

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН <b>MEDISINA</b> <b>AKADEMIASY</b> «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN <b>MEDICAL</b> <b>ACADEMY</b> АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Ішкі аурулар пропедевтикасы» кафедрасы		044 – 47 / 11 ( )
«Ішкі аурулар пропедевтикасы-2» пәні бойынша дәріс кешені		20 бетгің 1 беті

## ДӘРІС КЕШЕНІ

Пән:	«Ішкі аурулар пропедевтикасы – 2»
Пәннің коды:	ІАР 3302 – 2
ББ атауы:	6В10101 «Жалпы медицина»
Оқу сағаттары/ кредиттерінің көлемі:	150 сағат/(5 кредит)
Оқытылған курс және семестр:	3 курс, VI семестр
Дәріс көлемі:	15

**Шымкент, 2023 ж.**

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН <b>MEDISINA</b> <b>AKADEMIASY</b> «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN <b>MEDICAL</b> <b>ACADEMY</b> АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Ішкі аурулар пропедевтикасы» кафедрасы		044 – 47 / 11 ( )
«Ішкі аурулар пропедевтикасы-2» пәні бойынша дәріс кешені		20 бетгің 2 беті

Дәріс кешені «Жалпы медицина» ББ сәйкес құрастырылып, кафедра мәжілісінде талқыланды

Кафедра меңгерушісі, м.ғ.д., профессор: Бекер Бекмурзаева Э. К.

Хаттама № 11, «29» 06 2023ж.

## №1 дәріс

1. Тақырыбы: Неврологиядағы жетекші клиникалық синдромдар. Диагностикалық маңызы.
2. Мақсаты: Жүйке жүйесінің патологиялық синдромдарын зерттеуді, сондай-ақ менингеальды және геморроидальды синдромының диагнозының маңызды және міндетті сәттерін бағалау үшін студентті үйрету.

## 3. Дәріс тезистері:

Менингеальды белгілерді анықтау

1) мойын бұлшықеттерінің ригидтілігі симптомы — науқастың мойын омыртқаларының тұрақсыздығына көз жеткізу керек (мысалы. жарақаттан кейін немесе ревматоидты артритпен), науқастың кеудесін бір қолмен ұстап, екіншісін шүйде аймақтың астына қойып, иегін төске жақындатуға тырысу керек. Егер симптомы оң болса, еріксіз қысқарту бұлшық затылқа жасайды пригибание бас пациенттің кеуде мүмкін емес, оятатын кедергісі және ауыруы. Қаттылықтың ауырлығы-науқастың иегі мен төс арасындағы қашықтық. Төтенше жағдайларда омыртқаның ұзын бұлшықеттерінің кернеуі соншалықты жоғары, бұл өздігінен бастың артқа бүгілуіне және дененің алға қарай иілуіне әкеледі (опистотонус). Оны бастың бүгілуін шектеудің басқа себептерінен ажырату керек (мойын омыртқасының дегенерациясы, паркинсонизм, мойынның лимфа түйіндерінің қабынуы, ауыр фарингит).

2) Брудзинский симптомы:

а) жоғарғы-бастың артқы бұлшықеттерінің қаттылығын зерттеу кезінде иектің кеудеге жақындауы төменгі аяқтың жамбас және тізе буындарында еріксіз бүгілуін тудырады;

б) төменгі-төменгі буынның қысылуынан туындаған төменгі аяқтың иілу реакциясы;

3) Керниг симптомы — науқасты кушеткаға арқасымен жатқызып, төменгі аяқ-қолын жамбас буынында 90° бұрышпен бүгу керек, содан кейін оны тізе буынында түзетуге тырысу керек. Егер симптом оң болса, бұлшықеттің еріксіз жиырылуы тізе буынында түзетуді мүмкін емес етеді, бұл қарсылық пен ауырсынуды тудырады. Керниг симптомы екі жақты симптом болып табылады (сиатика кезіндегі ласега кернеуінің белгілерінен айырмашылығы).

Менингитті анықтаудағы менингеальды белгілердің сезімталдығы өте аз, әсіресе жаңа туған нәрестелер мен қарт адамдарда.

2. Қосымша зерттеулер: люмбальды пункция (жұлын сұйықтығының қысымын анықтау, цитологиялық, биохимиялық, сондай-ақ микробиологиялық зерттеулер [бактериоскопиялық зерттеу, егу, ПТР]); нейровизуализациялаушы зерттеулер (КТ, МРТ).

4. Иллюстрациялық материал: презентация

5. Әдебиет: силлабустың соңғы бетінде көрсетілген

6. Бақылау сұрақтары (кері байланыс):

1. Жүйке жүйесінің патологиясына тән қандай негізгі клиникалық синдромдарды білесіз?
2. Менингеальды синдром қандай патологияларда кездеседі?
3. Геморроидальды синдромға тән қандай белгілерді атауға болады?
4. Керниг симптомы қалай анықталады?

## №2 дәріс

1. Тақырыбы: Пульмонологиядағы жетекші клиникалық синдромдар (өкпе тінінің тығыздалуы, бронх өткізгіштігінің бұзылуы, өкпеде ауаның жоғарылауы). Диагностикалық маңызы.

2. Мақсаты: Тыныс алу патологиясын, сондай-ақ өкпе тінінің тығыздалуын, бронхтың өткізгіштігінің бұзылуын, өкпеде ауаның жоғарылауын диагностикалаудың маңызды және міндетті сәттерін бағалау үшін студентті үйрету.

3. Дәріс тезистері:

Синдром - бұл бірыңғай патогенезге байланысты өзара байланысты белгілердің жиынтығы.

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН <b>MEDISINA</b> <b>AKADEMIASY</b> «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 <b>SKMA</b> -1979-	SOUTH KAZAKHSTAN <b>MEDICAL</b> <b>ACADEMY</b> АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Ішкі аурулар пропедевтикасы» кафедрасы	044 – 47 / 11 ( )	
«Ішкі аурулар пропедевтикасы-2» пәні бойынша дәріс кешені	20 беттің 4 беті	

Тыныс алу жүйесінің патологиясының негізгі патологиялық синдромына мыналар жатады: өкпе тінінің тығыздау синдромы, бронх обструктивті синдромы, тыныс алу жеткіліксіздігі синдромы, өкпеде қуыстың пайда болу синдромы, плевра қуысында сұйықтық пен ауаның жиналуы.

Өкпе тінінің фокальды тығыздалу синдромы альвеолалардың қабыну экссудаты мен фибринмен, қанмен толтырылуына, өкпенің немесе ісік тінінің қабынуының ұзақ ағымына байланысты өкпенің дәнекер тінімен өніп шығуына байланысты.

Өкпеде қуыстың пайда болу синдромы абсцесс немесе туберкулез қуысына, өкпе ісіктерінің ыдырауында, үлкен қуыс мазмұннан бос болған кезде, бронхпен байланысып, қабыну "роликпен" қоршалған кезде пайда болады.

Плевра қуысында сұйықтықтың жиналу синдромы гидроторакс немесе экссудативті плеврит кезінде байқалады. Плевра қуысында ауа жиналуы бронхтардың плевра қуысымен байланысы кезінде, кеуде жарақаты немесе стихиялық пневмоторакс кезінде пайда болады.

4. Иллюстрациялық материал: презентация.

5. Әдебиет: силлабустың соңғы бетінде көрсетілген.

6. Бақылау сұрақтары (кері байланыс):

1. Тыныс алу жүйесінің ауруларына тән негізгі қандай клиникалық синдромдарды білесіз ?
2. Өкпе тінінің тығыздау синдромы қандай патологияларда кездеседі?
3. Өкпеде қуыстың пайда болу синдромына қандай перкуторлық өзгерістер тән?
4. Плевра қуысында сұйықтықтың жиналу синдромына қандай аускультативті өзгерістер тән?
5. Плевра қуысында ауаның жиналу синдромы қандай патологияларда кездеседі?

№3 дәріс

1. Тақырыбы: Жетекші клиникалық синдромдар (өкпеде сұйықтық пен қуыстың болуы, тыныс алу жеткіліксіздігі).

2. Мақсаты: Тыныс алу патологиясын бағалау, сондай-ақ өкпе мен тыныс алу жеткіліксіздігінде сұйықтық пен қуыстың болуын диагностикалаудың маңызды және міндетті сәттерін студентке үйрету.

3. Дәріс тезистері:

Өкпеде қуыстың пайда болуы пневмонияның абсцессі нәтижесінде, туберкулезде (қуыс), әдетте, өкпенің тығыздау аймағында болады. Сондықтан науқастарда өкпе тінінің тығыздалу белгілері мен қуыстық белгілері бір мезгілде байқалады, ал соңғысын анықтау диаметрі кемінде 4 см қуыстың кеуде қабырғасына жақын орналасқан бронхпен байланысатын ауасы бар тегіс қабырғалы болған кезде ғана мүмкін болады.

Науқастар жөтелге шағымданады, әдетте ірінді, қақырықты көп мөлшерде ("ауыз толтырып"), дене температурасының жоғарылауы.

Тексеру кезінде осы синдромға тән қандай да бір өзгерістерді анықтау мүмкін емес. Ұзақ уақыт бойы абсцесс немесе кавернамен инфекциялық интоксикацияға байланысты болуы мүмкін.

Қуыстың сенімді физикалық белгілері-бронхиалды тыныс алу және шектеулі аймақта естілетін үлкен көпіршікті дымқыл сырылдар. Қосымша зерттеу әдістері. Рентгенологиялық тұрғыдан дөңгелек пішінді шектеулі ағарту, әдетте қоршаған қараңғылықтың фондында анықталады. Қуыстың ішінде науқастың денесінің жағдайы өзгерген кезде жылжитын сұйықтықтың көлденең деңгейі анықталады.

Сұйықтықтың бір немесе екі плевра қуысында жиналуы мүмкін. Оның сипаты қабыну (экссудат) және қабыну емес (транссудат) болуы мүмкін. Экссудаттың пайда болу себептері туберкулез бен пневмониядағы плевраның қабынуы (плеврит), қатерлі ісік кезіндегі плевра карциноматозы. Көбінесе жеңіліс бір жақты болады. Плевра қуысында гидроторакстың немесе транссудаттың жиналуының себептері жүрек жеткіліксіздігінде кіші қан айналымында тоқырау

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН <b>MEDISINA</b> <b>AKADEMIASY</b> «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 <b>SKMA</b> -1979-	SOUTH KAZAKHSTAN <b>MEDICAL</b> <b>ACADEMY</b> АО «Южно-Казакстанская медицинская академия»
«Ішкі аурулар пропедевтикасы» кафедрасы	044 – 47 / 11 ( )	
«Ішкі аурулар пропедевтикасы-2» пәні бойынша дәріс кешені	20 беттің 5 беті	

немесе бүйрек ауруларында сұйықтықтың жалпы сақталуы болуы мүмкін. Процесс көбінесе екі жақты және көбінесе перифериялық ісіну, асцит, гидроперикардпен біріктіріледі.

Сұйықтықтың тез және едәуір жинақталуымен өкпе ателектазы және тыныс алу жеткіліксіздігі синдромы дамиды. Науқастар тыныс алудың қысқаруына шағымданады, сау жағында, кеуде қуысының жартысында ауырлық сезімі.

Науқастар көбінесе ауру жағында мәжбүрлі позицияны алады, зардап шеккен жағы аздап ұлғаюы мүмкін, тыныс алу кезінде артта қалады, интеркостальды кеңістіктер тегістеледі, тіпті ісінеді.

Ең маңызды белгілер-өкпенің төменгі бөліктеріндегі өткір перкуссиялық дыбыс тыныс алудың болмауы және түтіккен аймақта теріс бронхофония. Қосымша зерттеу әдістері. Өкпе өрісінің біртекті қараңғылануы, медиастинаның сау жаққа жылжуы рентгенологиялық түрде анықталады. Диагностикалық және емдік мақсатта плевралық пункция жасалады, бұл сұйықтықтың сипатын анықтауға мүмкіндік береді.

4. Иллюстрациялық материал: презентация.

5. Әдебиет: силлабустың соңғы бетінде көрсетілген.

6. Бақылау сұрақтары (кері байланыс):

1. Өкпедегі сұйықтық пен қуыстың жиналу синдромына тән негізгі қандай клиникалық белгілерді білесіз?
2. Өкпеде сұйықтық пен қуыстың жиналу синдромы қандай патологияларда кездеседі?
3. Өкпеде қуыстың пайда болу синдромына қандай перкуторлық өзгерістер тән?
4. Плевра қуысында сұйықтықтың жиналу синдромына қандай аускультативті өзгерістер тән?

№4 дәріс

1. Тақырыбы: Кардиологиядағы жетекші клиникалық синдромдар (қан қысымының жоғарылауы және жүректің ишемиялық ауруы).
2. Мақсаты: Артериялық гипертензияның негізгі белгілерін, АГ және ЖИА себептерін анықтауды, симптомдардың даму механизмін түсіндіріп, науқастың зертханалық және аспаптық зерттеулеріндегі осы ауруға тән өзгерістер анықтауды студенттерге үйрету.
3. Дәріс тезистері:

АГ- ең көп таралған аурулардың бірі. АГ 40-50 жастағы ерлердің 25%-ында кездеседі. Осындай зерттеулермен АГ-ның 40% - дан астамы алғаш рет анықталады, дегенмен көптеген жағдайларда нысана органдары тарапынан айқын өзгерістер де анықталады. Бұл жағдайлар қандай да бір себептермен немесе басқа себептермен емханаға баратындардың барлығында қан қысымын өлшеу қажеттілігі туралы тағы бір рет ескеріледі.

Дені сау адамдарда қан қысымы жүректің, тамыр жүйесінің және олардың қызметін реттейтін функционалды жүйелердің (жүйке және гуморальды) физиологиялық өзара әрекеттесуімен анықталатын қатаң белгіленген шектерде болады. Қан қысымының деңгейі, бір жағынан, жүректің систолалық және астыңғы функциясының күйіне байланысты жүрек шығарындысының мөлшерімен, екінші жағынан, қан ағымына артериялық тамыр арнасының кедергісімен анықталады (жалпы перифериялық қан тамырларының кедергісі - ОПСС). Сондықтан, АҚ-ның өсуіне жауап беретін механизмдер не ЖЖБИ-нің жоғарылауы, не қан тамырларының қарсыласу деңгейінің жеткіліксіздігі, Жүрек шығарудың жоғарылауы немесе олардың үйлесуі болуы мүмкін. Сұйықтықтың ішкі және тамырдан тыс көлемінің ұлғаюы белгілі бір мәнге ие болады. Қан қысымын жоғарылату механизмін талдау кезінде үлкен негізгі артериялық тамырлардың созылуына және қанның жүрекке оралуына, демек, жүректің шығуына әсер ететін веноздық жүйенің тонусының күйіне назар аудару керек.

Вегетативті жүйке жүйесінің жағдайы, әсіресе симпатикалық, гормоналды және басқа биологиялық белсенді заттардың әсері (атриальды натрийуретикалық факторды, брадикининдерді

O'NTUSTIK QAZAQSTAN <b>MEDISINA          AKADEMIASY</b> «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 <b>SKMA</b> -1979-	SOUTH KAZAKHSTAN <b>MEDICAL          ACADEMY</b> АО «Южно-Казакстанская медицинская академия»
«Ішкі аурулар пропедевтикасы» кафедрасы	044 – 47 / 11 ( )	
«Ішкі аурулар пропедевтикасы-2» пәні бойынша дәріс кешені	20 беттің 6 беті	

және т.б. қоса), артериялық барлардың немесе пресорепторлардың белсенділігі, эндотелий босаңсытатын және тамыр қабырғасын тарылтатын факторлар және т. б. әрине, осы соңғылардың үйлесімді өзара әрекеттесуі қан қысымының салыстырмалы тұрақтылығын және оның адаптивті ауытқуларының жеткіліктілігін анықтайды. Қан айналымы аппаратының әртүрлі ынталандыруларға реактивтілігін алдын-ала анықтайтын тұқым қуалаушылықтың рөлі де маңызды. Қазіргі уақытта АГ полигон ауруы екенін мойындауға негіз бар.

Жүрек бұлшықетінің зақымдануы бірқатар патологиялық жағдайларда байқалады: миокард инфарктісі, миокардит, миокард дистрофиясы, кардиосклероз, кардиомиопатия. Барлық осы жағдайлар толығымен анықталған, әртүрлі клиникалық көрініспен сипатталады, бірақ жүрек бұлшықетінің зақымдану синдромына біріктірілуі мүмкін кейбір жалпы белгілері бар.

Өздеріңіз білетіндей, миокардтың бірқатар нақты функциялары бар. Бұл автоматизм, қозғыштық, өткізгіштік және жиырылу. Жүрек бұлшықетінің зақымдануының локализациясына байланысты осы синдромның әртүрлі көріністері пайда болуы мүмкін. Сонымен, жүректің өткізгіш жүйесі зақымданған кезде әртүрлі аритмиялар байқалады, ал кардиомиоциттердің зақымдануы ауырсынуға және жүректің жиырылу қабілетінің төмендеуіне әкеледі. Соңғысы жүрек жеткіліксіздігі синдромының дамуына әкеледі, оның көріністері бұрын айтылған.

Жүрек бұлшықетінің зақымдануы бар науқастар ауырсынуға, әртүрлі сипаттағы жүректегі ыңғайсыздыққа, жүрек соғысына, жүрек жұмысындағы үзілістерге шағымдана алады. Ауырсыну стенокардитикалық болуы мүмкін (қысу, пароксизмальды, стернерумның артында локализацияланған, сол қолға, иық пышағының астына), сондай-ақ ауырсыну, тесу, ұзақ, негізінен жүректің жоғарғы жағында локализациямен, әдетте, радиациясыз.

Қарап-тексеру кезінде қан айналымы жеткіліксіздігіне тән белгілер анықталады (алдыңғы бөлімде баяндалған).

Жүрек бұлшықетінің зақымдануының ең сенімді белгілері: аритмиялық импульс, салыстырмалы жүрек түтігінің сол жақ шекарасынан тыс жылжу, жоғарғы жағында І тонның әлсіреуі және жүрек проекциясынан тыс систолалық шу, сондай-ақ "маятник тәрізді" ырғақ немесе "бөдене ырғағы".

Электрокардиограммада ырғақ пен өткізгіштіктің әртүрлі бұзылыстары, сондай-ақ коронарлық қан айналымы жеткіліксіздігінің белгілері байқалады.

Рентгенологиялық тұрғыдан жүректің көлеңкесінің кеңеюі, әлсіреген, кейде аритмиялық пульсация байқалады.

Эхокардиографиялық зерттеу миокардтың жалпы және жергілікті жиырылуының бұзылуын (гипокинезия, акинезия, дискинезия), оның гипертрофиясын немесе жұқаруын, жүрек қуыстарының кеңеюін, осыған байланысты клапанның жетіспеушілігін анықтауға мүмкіндік береді.

4. Иллюстрациялық материал: презентация.

5. Әдебиет: силлабустың соңғы бетінде көрсетілген.

6. Бақылау сұрақтары (кері байланыс):

1. Қан қысымының қандай көрсеткіштері артериялық гипертензияға сәйкес келеді?
2. Жүректің ишемиялық ауруы бар науқастарда аускультация кезінде қандай өзгерістерді анықтауға болады?
3. Жүректің ишемиялық ауруы кезінде ЭКГ-да қандай өзгерістерді анықтауға болады?
4. Артериялық гипертензияның қандай көрсеткіштері шекаралық артериялық гипертензияға жатады?
5. АГ және ЖИА синдромындағы негізгі шағымдарды білесіз бе?

№5 дәріс

1. Тақырыбы: Жетекші клиникалық синдромдар (жедел және созылмалы коронарлық жеткіліксіздік).



O'NTUSTIK QAZAQSTAN <b>MEDISINA          AKADEMIASY</b> «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 <b>SKMA</b> -1979-	SOUTH KAZAKHSTAN <b>MEDICAL          ACADEMY</b> АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Ішкі аурулар пропедевтикасы» кафедрасы	044 – 47 / 11 ( )	
«Ішкі аурулар пропедевтикасы-2» пәні бойынша дәріс кешені	20 беттің 7 беті	

2. Мақсаты: Студенттерге шағымдар мен ауру тарихын жинауға, коронарлық жеткіліксіздігі бар науқасты мақсатты зерттеу әдісіне және осы ауруға тән белгілер мен зертханалық және аспаптық зерттеу әдістеріндегі өзгерістерді анықтауға үйрету.

3. Дәріс тезистері:

Коронарлық жеткіліксіздік синдромы – пациенттің денсаулық жағдайына әсер етуінен, сондай – ақ өлім жағдайы қаупінен, диагностика қиындықтарынан, әлеуметтік мәнінен дәрігерлік практикадағы ең жетекші мәселелердің бірі.

Коронарлық жеткіліксіздіктің патоморфологиялық негізі коронарлық артериялардың атеросклерозы болып табылады, бұл Коронарлық қан айналымының абсолютті немесе салыстырмалы жеткіліксіздігіне, жүректің ишемиялық ауруының дамуына әкеледі.

Коронарлық синдромда жедел және созылмалы формалар бөлінеді. Жедел формаларға тұрақсыз стенокардия жатады; алғаш пайда болған; үдемелі, жиілеуі, ұстамалардың ұзағырақ болуы, дене жүктемесіне төзімділіктің төмендеуі, антиангинальді емнің тиімділігінің жеткіліксіздігі; жедел миокард инфарктісі; ерте инфаркттан кейінгі стенокардия. Созылмалы түрлері: үдемелі стенокардиясы, тыныштық стенокардиясы.

Жүректің ишемиялық ауруы-бұл миокардтың оттегіне деген қажеттілігі мен жүректің коронарлық артерияларының саңылауының тарылуына оны жеткізу арасындағы сәйкессіздікке байланысты жүрек бұлшықетінің жедел немесе созылмалы зақымдануы.

Коронарлық тамырлардың атеросклеротикалық өзгерістері коронароспазмға бейімділікті арттырады. Мұндай тамырлар қантамыр кеңейткіш әсеріне жауап бермейді.

Тамырдың саңылауы 30 – 45% төмендеген кезде максималды қан ағымының мәні төмендей бастайды. Сол жақ коронарлық артерияның негізгі магистралінің 50% - ға тарылуы, ишемия ұстамаларының пайда болуы мүмкін.

4. Иллюстрациялық материал: презентация.

5. Әдебиет: силлабустың соңғы бетінде көрсетілген.

6. Бақылау сұрақтары (кері байланыс):

1. Коронарлық жеткіліксіздік синдромы дегеніміз не?
2. Коронарлық жеткіліксіздіктің даму себептерін білесіз бе?
3. Коронарлық жеткіліксіздіктің қандай түрлерін білесіз?
4. Атеросклероз дегеніміз не?
5. Коронарлық жеткіліксіздіктің өткір түрлеріне не жатады?

№6 дәріс

1. Тақырыбы: Жетекші клиникалық синдромдар (қақпақша аппаратының зақымдануы).

2. Мақсаты: Жүрек қақпақшасының зақымдану белгілері мен синдромдарын анықтауға, қосымша аспаптық зерттеу әдістерінің жоспарын құруға, аускультация нәтижелері мен қосымша зерттеу әдістерін түсіндіруге, жетекші синдром мен оның белгілерін ажыратуға үйрету.

3. Дәріс тезистері:

Жүрек қақпақшасының зақымдану синдромы симптомдардың 2 тобын қамтиды.

Бірінші топ-патологиялық өзгерген қақпақшаның жұмыс істеуінің бұзылуынан және осының салдарынан қан ағымының өзгеруінен туындаған қақпақшалық (тікелей) симптомдар. Бұл белгілерге аускультативті белгілер жатады-бұл жүрек ақауы үшін тонның патогномоникалық өзгеруі, шу мен қосымша тондардың пайда болуы. Бұл белгілердің болуы жүрек ауруы диагнозын сенімді етеді. Егер бұл белгілер болмаса, онда ақаулық диагнозы өте күмәнді. Аускультацияны ФКГ толықтыруы мүмкін, бірақ оны ауыстырудың орнына ғана толықтырады.

Тікелей белгілерге аускультативті эквивалент болып табылатын кейбір пальпациялық белгілер жатады, мысалы, систолалық немесе диастолалық діріл – шудың баламасы.

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН <b>MEDISINA</b> <b>AKADEMIASY</b> «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SOUTH KAZAKHSTAN <b>MEDICAL</b> <b>ACADEMY</b> АО «Южно-Казакстанская медицинская академия»
«Ішкі аурулар пропедевтикасы» кафедрасы	044 – 47 / 11 ( )
«Ішкі аурулар пропедевтикасы-2» пәні бойынша дәріс кешені	20 беттің 8 беті

Жүрек ақауының тікелей белгілерін ультрадыбыстық зерттеу арқылы анықтауға болады, бұл жүрек клапанын және тұтастай алғанда жүректің нақты жұмысын визуализациялауға мүмкіндік береді. Бұл әдіс өте мазмұнды және алынған жүрек ақауларын диагностикалауда жаңа дәуірді ашты.

Екінші топ-жанама, жанама белгілер:

а) дамып келе жатқан компенсаторлық гипертрофиямен және жүрек бөлімдерінің дилатациясымен;

б) қан ағымының бұзылуы (оның әлсіреуі немесе күшеюі) әр түрлі тамырлы аймақтарда.

Компенсаторлық гипертрофия және жүректің дилатациясы перкуссия, рентген әдісі және электрокардиография арқылы анықталады. Алайда, перкуссия мен рентгендік зерттеу гипертрофия мен дилатацияның бастапқы кезеңдерін анықтауға мүмкіндік бермейді. Осыған байланысты ЭКГ әдісі анағұрлым ақпараттандырады.

Жүректің эко-локациясының ең сенімді әдісі, ол қуыстардың дилатациясының бастапқы кезеңдерін нақты анықтайды, сонымен қатар миокардтың гипертрофиясын, соның ішінде интервентрикулярлық септум мен артқы қабырғаны анықтайды.

Сонымен қатар, ультрадыбыстық миокардтың жиырылу ерекшеліктерін диагностикалауға мүмкіндік береді – гипер және гипокинезия аймақтарын анықтау. Сонымен, эхокардиография миокардтың жиырылуын бағалауға және гемодинамиканың бірқатар параметрлерін анықтауға көмектеседі.

Қан ағымының бұзылуына байланысты белгілер клапанның ақаулық дәрежесіне байланысты және оның ауырлығының өлшемі болып табылады.

Симптомдардың бұл тобына митральды және аорта стенозы кезінде қан айналымының үлкен шеңберінің артериялық бөлігіндегі қан ағымының төмендеу белгілері жатады. Бұл жалпы сипаттағы шағымдар (әлсіздік, шаршау) және ми тамырларындағы қан ағымының бұзылуынан туындаған нақты шағымдар (бас ауруы, әлсіздік, бас айналу, әлсіздік) және коронарлық артериялар (кеуде қуысының стенокардиясы). Объективті тексеру кезінде терінің бозаруы, қан қысымының төмендеуі (қан қысымы), импульстің аздығы анықталады.

Қан ағымының бұзылуы оның қанмен толтырылуының ауытқуына байланысты болуы мүмкін (аорта жеткіліксіздігі).

Кіші қанайналым шеңберіндегі қан ағымының бұзылуы көбінесе артериялық немесе веноздық өкпе гипертензиясына байланысты. Олардың клиникасы тыныс алу синдромынан, жүрек демікпесінің шабуылдарынан және өкпе ісінуінен, жүрек соғысының жиырылуынан және өкпе гипертензиясының рентген белгілерінен тұрады.

Қан ағымының бұзылуынан туындаған белгілердің болмауы тікелей (қақпақша) белгілер болған кезде ақау диагнозын қоюға кедергі келтірмеуі тиіс.

4. Иллюстрациялық материал: презентация.

5. Әдебиет: силлабустың соңғы бетінде көрсетілген.

6. Бақылау сұрақтары (кері байланыс):

1. Аорта жетіспеушілігімен жүректің қақпақша аппаратындағы морфологиялық өзгерістер қандай?
2. Қос жармалы қақпақшаның органикалық жеткіліксіздігінің себептері қандай?
3. Аорта қақпақшасының салыстырмалы жеткіліксіздігінің себептері қандай?
4. Жүректің қақпақша аппаратындағы қандай өзгерістер оң атриовентрикулярлық тесіктің стенозына әкеледі?
5. Флинт шуы қалай пайда болады?

№7 дәріс

1. Тақырыбы: Гастроэнтерологиядағы жетекші клиникалық синдромдар (асқазан және ішек диспепсиясы).



ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН <b>MEDISINA</b> <b>AKADEMIASY</b> «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 <b>SKMA</b> -1979-	SOUTH KAZAKHSTAN <b>MEDICAL</b> <b>ACADEMY</b> АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Ішкі аурулар пропедевтикасы» кафедрасы	044 – 47 / 11 ( )	
«Ішкі аурулар пропедевтикасы-2» пәні бойынша дәріс кешені	20 беттің 9 беті	

2. Мақсаты: Негізгі және клиникалық пәндерді интеграциялау негізінде студенттерді қалыпты және патологиядағы ас қорыту ағзаларын клиникалық тексеру негіздеріне оқыту, науқасты физикалық және зертханалық-аспаптық тексеру кезінде патологиялық синдромдарды диагностикалау.

3. Дәріс тезистері:

Эзофагит (oesophagitis) — өңештің қабынуы, әдетте оның шырышты қабығына әсер етеді, бірақ ауыр жағдайларда оның терең қабаттарының зақымдануы байқалады. Жедел, жеделдеу және созылмалы эзофагиттерді ажыратыңыз.

Қатерлі ісік-өңештің жиі кездесетін және ауыр аурулардың бірі. Асқорыту жолының қатерлі ісіктерінің құрылымында ол 20% құрайды. Өңеш қатерлі ісігі көбінесе 55 жастан асқан ер адамдарда кездеседі.

Асқазан ауруларының кең тобына дамудың ауытқулары, оның қозғалыс және секреторлық функцияларының әртүрлі функционалдық бұзылыстары (дискинезия, функционалды асқазан гиперсекрециясы және ахилия), қабыну аурулары (жедел және созылмалы гастрит), ойық жара ауруы, полиптер, қатерлі және қатерлі ісіктер, асқазан дивертикулалары жатады. Сондай-ақ, туберкулезге, мерезге асқазанның нақты зақымдануы мүмкін. Асқазанның жиі кездесетін ауруларына гастрит, асқазан жарасы, асқазан қатерлі ісігі жатады.

Ас қорыту жеткіліксіздігі (бұзылуы) синдромы (син.: мальдигестили синдромы) - ас қорыту жолында ас қорытудың бұзылуымен сипатталатын симптомдық кешен. Асқорытудың бұзылуының келесі формалары бөлінеді: 1) көбінесе сөздің кең мағынасында диспепсия ретінде белгіленетін, көбінесе қуысты ас қорытудың бұзылуы (грек тілінен. dyspepsia: функцияның бұзылуын білдіретін Dys префиксі, "қиындық", perisio-ас қорыту); 2) париетальды ішек ас қорытуының бұзылуы; 3) аралас формалар. Сондай-ақ, ас қорыту бұзылыстарының өткір, жеделдеу және созылмалы түрлері (диспепсиялар) бар.

Ішек сіңірілуінің жеткіліксіздігі синдромы (син.: мальабсорбция синдромы) - аш ішекте сіну процестерінің бұзылуы салдарынан пайда болатын симптомдық кешен. Жиі ас қорыту жеткіліксіздігі синдромымен біріктіріледі.

Дуоденит (duodenitis) деп он екі елі ішектің шырышты қабығының қабынуы мен құрылымдық қайта құрылуы байқалатын жедел немесе созылмалы (жиі) ауру түсініледі.

Созылмалы энтерит (enteritis chronica) - бұл ұзақ уақытқа созылатын ауру, онда аш ішектің шырышты қабығының қабыну және дистрофиялық өзгерістері байқалады.

Созылмалы колит (colitis chronica) созылмалы ауру деп түсініледі, онда қабыну және дистрофиялық өзгерістер негізінен тоқ ішектің шырышты қабығында дамиды.

Холецистит (cholecystitis) — өт қабының қабынуы. Бұл ауру өте кең таралған, әйелдерде жиі кездеседі.

Созылмалы холецистит жеделден кейін пайда болуы мүмкін. бірақ көбінесе ол өздігінен және біртіндеп дамиды.

Ұйқы безінің сыртқы секрециялық жеткіліксіздігі-негізгі ас қорыту ферменттері: трипсин, липаза, амилаза және т.б. (олардың 15-тен астамы бар), сондай-ақ осы ферменттердің әрекеті үшін оңтайлы орта реакциясын қамтамасыз ететін гидрокарбонаттар бар ұйқы безінің шырынының секрециясының бұзылуымен сипатталатын симптомдық кешен. Ұйқы безінің сыртқы секреция жеткіліксіздігі бастапқы (туа біткен) және қайталама (сатып алынған) болуы мүмкін.

Панкреатит (pancreatitis) — ұйқы безінің қабынуы. Жедел және созылмалы панкреатит бар.

Созылмалы панкреатит (pancreatitis chronica) көп жағдайда 30-70 жастағы әйелдерде кездеседі. Ол жедел панкреатиттен кейін немесе жедел этиологиялық факторлардың әсерінен созылмалы болуы мүмкін. Ерлерде созылмалы панкреатит көбінесе созылмалы алкогольизмнің салдары болып табылады.

4. Иллюстрациялық материал: презентация.



5. Әдебиет: силлабустың соңғы бетінде көрсетілген.
6. Бақылау сұрақтары (кері байланыс):
  1. Өңеш ауруларына тән қандай синдромдарды білесіз?
  2. Дисфагия синдромының пайда болуының себебі неде?
  3. Асқазан диспепсиясы синдромының пайда болуының себебі неде?
  4. Ұйқы безінің ішкісекреторлы жеткіліксіздігіне байланысты туындайтын синдром?
  5. Өт қабы мен ұйқы безінің ауруларына тән қандай синдромдарды білесіз?

#### №8 дәріс

1. Тақырыбы: Гепатологиядағы жетекші клиникалық синдромдар (сарғаю және бауыр жеткіліксіздігі).

2. Мақсаты: Студенттерге сұрақ қоюға, шағымдарды көрсетуге медициналық тарихты бағалауға, клиникалық зерттеу әдістерін зертханалық әдістермен үлестіруге негізделген клиникалық бағалауды жүргізуе, гепатобилиарлық жүйенің патологиясындағы клиникалық синдромдарды анықтауға үйрету.

3. Дәріс тезистері:

Сарғаю (icterus) — бұл тіндер мен қанда билирубин құрамының жоғарылауына байланысты терінің және шырышты қабықтардың сарғаюы. Шынайы сарғаюмен ауыратын науқастарда зерттеуге алынған қан сарысуы көп немесе аз қаныққан сары түске ие болады. Сарғаю жүреді, кейде зәрдің түсі өзгереді, ол қою сары немесе қоңыр (сыраның түсі) және ішек қозғалысын алады. кейбір жағдайларда олар ашық немесе толығымен түссіз болады, ал басқаларында олар бай қара қоңыр түске ие болады.

Сарғаю тез, 1-2 күн ішінде пайда болуы мүмкін. қарқындылықтың едәуір деңгейіне жету немесе біртіндеп және айқын емес (субикеризм). Көбінесе пациенттердің өздері (немесе айналасындағылар) терінің сарғаюының пайда болуын байқайды, бұл оларды дәрігерге қарауға мәжбүр етеді. Кейбір жағдайларда сарғаю терінің ауырсынуымен, мұрыннан және асқазан-ішек жолынан терінің геморрагиялық қан кетуімен бірге жүруі мүмкін.

Сарғаю бауырдың, өт жолдарының және қан жүйесінің көптеген ауруларында, сондай-ақ басқа мүшелер мен жүйелердің ауруларында пайда болуы мүмкін. бұл жағдайда билирубин алмасуы екінші рет бұзылады. Сарғаюмен бірге жүретін бірқатар клиникалық белгілер белгілі бір дәрежеде аурудың әр жағдайында оның түрі мен себебін болжайды. Сарғаюдың әртүрлі түрлерін дәл диагностикалау арнайы зертханалық зерттеу әдістерінің көмегімен мүмкін болады.

Порталдық гипертензия портал венасында қан қысымының тұрақты жоғарылауымен сипатталады және портокавальды анастомоздардың кеңеюімен, асцитпен және көкбауырдың ұлғаюымен көрінеді.

Порталдық гипертензия порталдық көктамырдан қанның сыртқа қарай қысылуы (ісік, бауыр қақпасының ұлғайған лимфа түйіндері және т.б.) немесе бауыр паренхимасының (цирроз кезінде) созылмалы зақымданулары кезінде бауыршілік тармақталуының бір бөлігінің облитерациясы не порталдық көктамырлардың немесе оның тармақтарының тромбозы салдарынан пайда болады. Бауыр циррозында өлі бауыр жасушаларының орнында дәнекер тіннің өсуі және кейіннен тыртықталуы бауыр синусоидалары мен ішілік тамырлардың бір бөлігінің тарылуына немесе толық облитерациясына әкеледі. Нәтижесінде қан ағымына кедергі жасалады, порталдық қысым жоғарылайды, іш қуысы мүшелерінен қан ағымы бұзылады. Мұндай жағдайларда сұйықтықтың тамырлы арнадан іш қуысына ауысуы күшейеді және асцит пайда болады. Бауыр циррозындағы асциттің дамуында бауырдағы альбумин синтезінің бұзылуы нәтижесінде плазманың онкотикалық қысымының төмендеуі де маңызды; бүйрек үсті бездерінің альдостерон өндірісінің жоғарылауы (қайталама гиперальдостеронизм) және бауырда оның және антидиуретикалық гормонның жеткіліксіз инактивациясы нәтижесінде натрий мен судың сақталуы маңызды. Асциттің пайда болу мерзімі кепілдік қан айналымының даму дәрежесіне — портокавальды анастомоздардың санына байланысты. Порталдық қан айналымының бұзылуы ұзақ уақыт бойы өтелуі мүмкін, өйткені

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН <b>MEDISINA</b> <b>AKADEMIASY</b> «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SOUTH KAZAKHSTAN <b>MEDICAL</b> <b>ACADEMY</b> АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Ішкі аурулар пропедевтикасы» кафедрасы	044 – 47 / 11 ( )
«Ішкі аурулар пропедевтикасы-2» пәні бойынша дәріс кешені	20 беттің 11 беті

калыпты анастомоздар арқылы портал венасынан қан жоғарғы және төменгі Вена каваларына түсуі мүмкін. Порталдық гипертензияда бұл анастомоздар өте күшті дамиды.

Гепатолиенальды синдром осы ағзалардың біріне алғашқы зақым келген кезде бауыр мен көкбауырдың бір мезгілде ұлғаюымен сипатталады. Бұл ағзалардың патологиялық процестерге (бауыр аурулары, қан жүйесі, кейбір инфекциялар, интоксикация) жалпы қатысуы олардың ретикулоэндотелий тінінің байлығымен түсіндіріледі. Кейбір жағдайларда (мысалы, бауыр веналарының тромбозы кезінде) бауыр мен көкбауырдың бір мезгілде ұлғаюы олардағы веноздық тоқырауға байланысты. Пальпация, ультрадыбыстық және сканерлеу әдістері гепатолиенальды синдромды анықтауға мүмкіндік береді.

Бауыр жеткіліксіздігі синдромы (*insufficiencia hepatis*) — клиницистер қабылдаған түрлі ауырлық дәрежесіндегі бауыр функциясының бұзылуының белгісі. Ауыр дистрофия мен гепатоциттердің өліміне байланысты бауырдың ауыр жедел және созылмалы аурулары, осы органның едәуір компенсаторлық мүмкіндіктеріне қарамастан, оның көптеген және организм үшін өте маңызды функцияларының терең бұзылуымен бірге жүреді.

Бауыр комасы (*coma hepatica*) — бауыр жеткіліксіздігінің төтенше дәрежесі.

Патогенезі бауыр кома азайтатын тяжелому самоотравлению салдарынан организмнің дерлік қызмет толық тоқтатылған бауыр. Улану ішек (бактериялық) ақуыздың ыдырауынан, метаболизмнің соңғы өнімдерінен және әсіресе аммиактан болады. Фенолдар да уытты әсерге ие. Бауыр жеткіліксіздігінде қанда басқа да улы заттар жиналады, электролит алмасуы бұзылады, ауыр жағдайларда гипокалиемия, алкалоз пайда болады.

Бауыр ауруларының арасында оның қабыну зақымдануы жиі кездеседі-өткір және созылмалы гепатит, сондай-ақ цирроз, гепатоз. Бауырдың бастапқы қатерлі ісігі сирек кездеседі, бірақ әртүрлі органдардан бауырға қатерлі іс

4. Иллюстрациялық материал: презентация.

5. Әдебиет: силлабустың соңғы бетінде көрсетілген.

6. Бақылау сұрақтары (кері байланыс):

1. Сарғаю дегеніміз не? Себептері, белгілері және түрлері?
2. Сарғаюдың қандай зертханалық және аспаптық диагностикалау әдістерін білесіз.?
3. Бауыр жасушаларының жеткіліксіздігі синдромы қалай көрінеді.? Себептері, симптомдары?
4. Бауыр жасушаларының жетіспеушілігін зертханалық және аспаптық диагностикалаудың қандай әдістерін білесіз?
5. Порталдық гипертензия дегеніміз не?

#### №9 дәріс

1. Тақырыбы: Нефрологиядағы жетекші клиникалық синдромдар (дизуриялық, нефротикалық, нефритикалық, гипертониялық және бүйрек жеткіліксіздігі).

2. Мақсаты: Студенттерге сұрақ қоюға, шағымдарды көрсетуге медициналық тарихты бағалауға, клиникалық зерттеу әдістерін зертханалық әдістермен үлестіруге негізделген клиникалық бағалауды жүргізуе, зәр шығару жүйесінің патологиясындағы клиникалық синдромдарды анықтауға үйрету.

3. Дәріс тезистері:

Бүйрек тектес ісіну көп жағдайда басқа шығу тегінен, атап айтқанда жүрек ісінуінен оңай ерекшеленеді. Олар, ең алдымен, аяқтарда емес, ең борпылдақ талшықтар орналасқан жерлерде — қабақтарда, бетте пайда болады. Бүйрек ісінуі тез пайда болады және көбейеді және тез жоғалады; айқын жағдайларда олар әдетте магистраль мен аяқ-қолдарда біркелкі таралады (дененің ұқсас жалпы ісінуі анасарки деп аталады). Тері мен тері астындағы тіндер ғана емес, сонымен қатар ішкі органдар да ісінеді. Әдетте бауыр ісінеді және көбейеді, алайда бүйрек ауруларында бауырдың ұлғаюы басқа мүшелердің ұлғаюына пропорционалды және ешқашан жүрек ісінуіндегідей маңызды

O'NTUSTIK QAZAQSTAN <b>MEDISINA          AKADEMIASY</b> «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 <b>SKMA</b> -1979-	SOUTH KAZAKHSTAN <b>MEDICAL          ACADEMY</b> АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Ішкі аурулар пропедевтикасы» кафедрасы	044 – 47 / 11 ( )	
«Ішкі аурулар пропедевтикасы-2» пәні бойынша дәріс кешені	20 беттің 12 беті	

емес. Серозды қуыстарда сұйықтықтың көп немесе аз мөлшері жиналады: плевра, іш, перикард. Ісінуді пальпация арқылы анықтауға болады. Ісінудің болуы күлдіреумен де расталады.

Эклампсия (грек. eclampsis-өршу, құрысулар) көбінесе жедел диффузды гломерулонефритте байқалады, бірақ созылмалы гломерулонефриттің, жүкті әйелдердің нефропатиясының өршуінде де пайда болуы мүмкін. Эклампсияның патогенезінде негізгі мән интракраниальды қысымның жоғарылауына, ми тіндерінің ісінуіне және церебральды ангиоспазмға беріледі. Барлық көрсетілген ауруларда эклампсия әдетте айқын ісіну және қан қысымының жоғарылауы кезінде пайда болады. Бүйрек жеткіліксіздігі (insufficiencia renalis) — организмнен азот алмасуының өнімдерін шығарудың кідірісімен және су, электролит, осмотикалық және қышқыл-негіз тепе-теңдігінің бұзылуымен бүйрек функциясының бұзылуымен сипатталатын патологиялық жағдай.

Уремия (грек. урина-зәр және haima-қан) — зәр шығару-бүйрек функциясының толық жетіспеушілігінен туындаған ағзаның ауыр интоксикациясы. Жедел уремия нефротоксикалық улармен (сынап қосылыстары, қорғасын, көміртектетрахлориді, барбитураттар және т.б.) улану, топтық үйлесімді қан құю және жаппай гемолиз, шок жағдайлары кезінде пайда болады. Созылмалы уремия нефросклерозбен аяқталатын көптеген созылмалы бүйрек ауруларының соңғы сатысында дамиды: созылмалы гломерулонефрит.

Клиникалық тәжірибеде көбінесе дистрофиялық сипаттағы бүйрек зақымдануымен болатын ауруларды байқауға тура келеді. Бүйректің мұндай зақымдануы бұрын бүйрек патологиясының тәуелсіз түрі ретінде қарастырылып, "липоидты нефроз" деп аталды. Болашақта бүйрек зақымдануының бұл тобы жоқ екені белгілі болды.

Уытты бүйрек (син.: жедел нефротикалық синдром, жедел нефроз, нефронекроз) іш сүзегі, безгек, тұмау сияқты жедел инфекциялық-уытты ауруларда, нефротоксикалық улармен улану кезінде (сулема, көміртегі тетрахлориді), сәйкес келмейтін қан құю кезінде, жаппай күйіктер және басқа да жағдайларда пайда болады.

Созылмалы нефротикалық синдром созылмалы гломерулонефрит, безгек, сепсис, туберкулез, коллагеноз, қант диабеті, амилоидоз және басқа да ауруларда байқалады. Сирек жағдайларда нефротикалық синдромның себебін бірден анықтау мүмкін емес. Алайда, көп жағдайда анамnestикалық деректерді талдау және науқасты мұқият тексеру созылмалы гломерулонефритті анықтауға мүмкіндік береді, нәтижесінде нефротикалық синдром пайда болды. Көбінесе нефротикалық синдромның бұл түрлері балалық шақта байқалады. Бүйректегі дистрофиялық құбылыстардың себебі түсініксіз болып қалатын жағдайлар липоидты нефроз ретінде белгіленеді.

4. Иллюстрациялық материал: презентация.

5. Әдебиет: силлабустың соңғы бетінде көрсетілген.

6. Бақылау сұрақтары (кері байланыс):

1. Бүйрек жеткіліксіздігінің қандай түрлерін білесіз?

2. Жедел бүйрек жеткіліксіздігі қандай патологияларда дамиды?

3. Уремияның клиникалық көрінісін қандай әдіспен анықтауға болады?

4. Нефротикалық синдромды диагностикалау үшін қандай зертханалық және аспаптық зерттеулер қолданылады?

5. Бүйрек пен жүрек ісінуінің айырмашылығы неде?

№10 дәріс

1. Тақырыбы: Эндокринологиядағы жетекші клиникалық синдромдар (гипо - гипертиреоз).

2. Мақсаты: Студенттерді шағымдарды, анамnestикалық деректерді бағалауға, диагностиканың зертханалық әдістерін қолдана отырып, клиникалық зерттеу әдістерін қолдану негізінде клиникалық баға беруге, гипо-гипертиреоздағы негізгі клиникалық синдромды анықтауға үйрету.

3. Дәріс тезистері:



ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН <b>MEDISINA</b> <b>AKADEMIASY</b> «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SOUTH KAZAKHSTAN <b>MEDICAL</b> <b>ACADEMY</b> АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Ішкі аурулар пропедевтикасы» кафедрасы	044 – 47 / 11 ( )
«Ішкі аурулар пропедевтикасы-2» пәні бойынша дәріс кешені	20 беттің 13 беті

Диффузды уытты зоб (син.: базедова ауруы, morbus Basedowi) - қалқанша безінің диффузды ұлғаюы, қалқанша безінің гормондарының секрециясының жоғарылауымен бірге жүреді. Диффузды уытты зоб халықтың 0,2—0,5% - ында, негізінен 20-50 жастағы адамдарда кездеседі, ал әйелдерде ерлерге қарағанда бірнеше есе жиі кездеседі.

Гипотиреоз (hypothyreosis) - қалқанша безінің гипофункциясымен сипатталатын ауру. "Микседема" термині ("шырышты ісіну") дәстүрлі түрде жалпы шырышты ісінумен бірге жүретін гипотиреоздың ең ауыр түрлерін білдіреді. Ауру 40-60 жастағы әйелдерде жиі кездеседі. Соңғы жылдары эндокриндік аурулардың жалпы құрылымында оның үлесі айтарлықтай өсті.

4. Иллюстрациялық материал: презентация.

5. Әдебиет: силлабустың соңғы бетінде көрсетілген.

6. Бақылау сұрақтары (кері байланыс):

1. Гипертиреоз дегеніміз не?

2. Гипотиреоз немен сипатталады?

3. Қалқанша безінің гиперфункциясын қандай әдіспен анықтауға болады?

4. Диффузды зобты диагностикалау үшін қандай зертханалық және аспаптық зерттеулер қолданылады?

№11 дәріс

1. Тақырыбы: Эндокринологиядағы жетекші клиникалық синдромдар (гипо - гипергликемия).

2. Мақсаты: Студенттерді шағымдарды, анамнестикалық деректерді бағалауға, диагностиканың зертханалық әдістерін қолдана отырып, клиникалық зерттеу әдістерін қолдану негізінде клиникалық баға беруге, гипо-гипергликемиядағы негізгі клиникалық синдромдарды анықтауға үйрету.

3. Дәріс тезистері:

Созылмалы гипергликемия синдромымен сипатталатын эндокриндік ауру инсулиннің жеткіліксіз өндірісінің немесе әсерінің салдары болып табылады, бұл метаболизмнің барлық түрлерінің, ең алдымен көмірсулардың бұзылуына, тамырлардың зақымдалуына (ангиопатия), жүйке жүйесіне (нейропатия), сондай-ақ басқа органдар мен жүйелерге әкеледі. Қант диабетінің екі негізгі түрі: инсулинге тәуелді қант диабеті (ISD) немесе I типті қант диабеті және инсулинге тәуелді емес қант диабеті (ISD) немесе II типті қант диабеті. Инсулинге тәуелді ҚД кезінде лангерган аралдарының  $\beta$ -жасушалары инсулин секрециясының күрт айқын жеткіліксіздігі (абсолютті инсулин жеткіліксіздігі) орын алады, науқастар инсулинмен тұрақты, өмір бойы емдеуді қажет етеді, яғни инсулинге тәуелді болып табылады. Инсулин жеткіліксіздігі кезінде ҚД инсулин әсерінің жеткіліксіздігі бірінші орынға шығады, шеткергі тіндердің инсулинге төзімділігі дамиды (салыстырмалы инсулин жеткіліксіздігі). Инсулин жеткіліксіздігі кезінде ҚД инсулинді алмастыратын терапия, әдетте, жүргізілмейді. Науқастар диета және ауызша гипогликемиялық агенттермен емделеді. Соңғы жылдары Инсулин жеткіліксіздігі кезінде ҚД инсулин секрециясының ерте фазасының бұзылғаны анықталды. Қант диабетінің барлық белгілерін екі топқа бөлуге болады: гипергликемия белгілері және I немесе II типті қант диабетіне тән белгілер.

Гипергликемияның белгілері: шөлдеу (қант диабетінің декомпенсациясы кезінде пациенттер күніне 3-5 литр немесе одан да көп сұйықтық іше алады, көбінесе түнде көп су ішеді; гипергликемия неғұрлым жоғары болса, шөлдеу соғұрлым айқын болады), полиурия, терінің қышуы, әлсіздік жалпы және бұлшықет (бұлшықеттерде энергия, гликоген және ақуыз түзілуінің болмауымен), құрғақ ауыз (дегидратацияға және сілекей бездерінің функциясының төмендеуіне байланысты) және әртүрлі инфекцияларға бейімділіктің жоғарылауы.

4. Иллюстрациялық материал: презентация.

5. Әдебиет: силлабустың соңғы бетінде көрсетілген.

6. Бақылау сұрақтары (кері байланыс):



1. Гипергликемия дегеніміз не?
2. Гипогликемия немен сипатталады?
3. Ұйқы безінің гиперфункциясын қандай әдіспен анықтауға болады?
4. Қант диабетін диагностикалау үшін қандай зертханалық және аспаптық зерттеулер қолданылады?

### №12 дәріс

1.Тақырыбы: Гематологиядағы жетекші клиникалық синдромдар (анемиялық).

2. Мақсаты: Студенттерге шағымдарды, анамнестикалық деректерді бағалау, диагностиканың зертханалық әдістерін қолдана отырып, клиникалық зерттеу әдістерін қолдану негізінде клиникалық бағалау, гемопоэтикалық жүйенің патологиясындағы негізгі клиникалық синдромдарды анықтауға үйрету.

3. Дәріс тезистері:

1. Анемия (анаеміае) - эритроциттер санының және(немесе) қан көлемінің бірлігінде гемоглобин құрамының ағзадағы жалпы азаюы салдарынан төмендеуімен сипатталатын патологиялық жағдайлар. Анемия грек тілінен аударғанда "қаназдық" дегенді білдіреді (an — жоқ, haima — қан). "Анемия" термині осы мемлекеттердің мәнін дәлірек көрсетеді.

2. Қазіргі уақытта анемияның 50-ден астам түрі бар. Шығу тегіне сәйкес анемияның келесі түрлері бөлінеді.

1. Қан жоғалту салдарынан болатын анемия (жедел және созылмалы).

2. Қан түзілудің бұзылуына байланысты анемия (эритроциттердің гемоглобинін, қалыпты эритропоэзге қажет, В дәруменін құру үшін организмде темір жетіспеген кезде. эндогендік немесе экзогендік токсикоз, радиациялық әсер немесе басқа, кейбір жағдайларда түсініксіз себептер нәтижесінде, сондай — ақ қызыл сүйек кемігін басқа тінмен-миеломалық өсінділермен, бірнеше ісік метастаздарымен және т.б. алмастыру нәтижесінде сүйек кемігінің белсенділігі бәсеңдеген кезде).

Шамадан тыс қан кету салдарынан анемия — гемолитикалық. Бұл топта: А) гипербилирубинемиямен және спленомегалиямен өтетін көкбауыр макрофагтарындағы эритроциттердің тамырдан тыс (жасушаішілік) гемолизі басым анемия, аз дәрежеде сүйек кемігі мен бауыр (эритроциттердің туа біткен морфологиялық және функционалдық жетілмегендігінен туындайтын анемия, сфероциттік, сопақша жасушалы және т. б., аутоиммундық гемолитикалық анемия); б) қан тамырішілік гемолизі бар анемия, әдетте жіті (түрлі уытты әсерлер кезінде, топтық үйлесімді қан құю кезінде, суық, және т.б.), плазмаға еркін гемоглобин мен гемоглобинуриямен шығатын; созылмалы гемолизде (мысалы, Маркиафава—Микеле ауруы кезінде) ішкі ағзалардың гемосидерозы да байқалады. Бұл бөлім шартты болып табылады, өйткені кейбір жағдайларда гемолитикалық анемияның бір түрінде жасушаішілік және тамырлы гемолиз болуы мүмкін.

4.Иллюстрациялық материал: презентация.

5.Әдебиет: силлабустың соңғы бетінде көрсетілген.

6. Бақылау сұрақтары (кері байланыс):

1. Сіз анемияның қандай түрлерін білесіз?
2. Анемия синдромы қандай патологияларда дамиды?
3. Апластикалық анемияны қандай әдіспен анықтауға болады?
4. Анемияны диагностикалау үшін қандай зертханалық және аспаптық зерттеулер қолданылады?

### №13 дәріс

1.Тақырыбы: Гематологиядағы жетекші клиникалық синдромдар (геморрагиялық және тромбоцитопениялық).



O'NTUSTIK QAZAQSTAN <b>MEDISINA          AKADEMIASY</b> «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 <b>SKMA</b> -1979-	SOUTH KAZAKHSTAN <b>MEDICAL          ACADEMY</b> АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Ішкі аурулар пропедевтикасы» кафедрасы	044 – 47 / 11 ( )	
«Ішкі аурулар пропедевтикасы-2» пәні бойынша дәріс кешені	20 беттің 15 беті	

2. Мақсаты: Студенттерге шағымдарды, анамнестикалық деректерді бағалауға, диагностиканың зертханалық әдістерін қолдана отырып, клиникалық зерттеу әдістерін қолдану негізінде клиникалық баға беруге, геморрагиялық және тромбоцитопениялық синдромды анықтауға үйрету.

3. Дәріс тезистері:

Миелоапластикалық синдром этиологиясы мен патогенезі бойынша әртүрлі жағдайлардың үлкен тобын біріктіреді, олардың негізгі клиникалық көріністері сүйек-ми қан түзілуіне байланысты. Шығу тегі бойынша туа біткен, яғни генетикалық тұрғыдан анықталған және миелоидты аплазияның пайда болған түрлерін ажыратады; ағымында — жедел және созылмалы. Сондай-ақ, сүйек кемігін қалпына келтіру қабілетінің толық емес тежелуімен, оның гипоплазиясымен және оның қызметін аплазиямен толық басумен сипатталатын формалар бар.

Гемобластоздар-гемопозтикалық ұлпадан пайда болатын ісіктер; патологиялық жасушалардың өсуі диффузды және фокалды болуы мүмкін.

Гемобластоздар-қан жүйесінің қатерлі аурулары, олар мынадай белгілермен сипатталады: а) әрбір жағдайда аурудың морфологиялық мәнін құрайтын белгілі бір жасушалардың көбеюі (пролиферация) процестерінің олардың жетілу (саралау) процестерінен және олардың типтік морфологиялық және функционалдық қасиеттерін жоғалтуынан күрт басым болуымен; б) қан түзу органдарының қалыпты жасушаларының осы патологиялық жасушалармен алмастырылуымен (метаплазиямен); в) әртүрлі органдарда қан түзудің патологиялық ошақтарының пайда болуымен.

Жедел лейкомия (leucosis acuta) қанның ең жас (Бласт) элементтерінің үздіксіз көбеюімен, олардың кейінгі дифференциациясының бұзылуымен, сондай-ақ әртүрлі органдардағы патологиялық қан түзілу ошақтарының дамуымен сипатталады. Оның лимфа және миелобластикалық нұсқалары жиі кездеседі (жедел лимфолейкоз, жедел миелолейкоз).

Жедел лейкомия кез-келген жаста байқалады, 20-30 жас аралығындағы ерлер мен әйелдер жиі ауырады.

Созылмалы лимфолейкоз (lympholeucosis chronica) қазіргі уақытта иммунокомпетентті тіндердің қатерлі ісіктеріне жатады. Оның гематологиялық негізі-в лимфоциттері (морфологиялық тұрғыдан жетілген, бірақ функционалды түрде төмен). Ол "лимфоидты аппараттың" жүйелік гиперплазиясымен, көкбауырдың, сүйек кемігінің және басқа органдардың лимфоидты метаплазиясымен көрінеді. Созылмалы лимфолейкоз-лейкоздың кең таралған түрлерінің бірі. Көбінесе бұл орта және егде жаста (25-70 жас), негізінен ер адамдарда байқалады.

Эритропения (erythraemia; син.: созылмалы эритромиелоз, Вакез ауруы) қатерсіз "миелопротрофиеративті аурулар тобына жатады және эритроциттік өскінде барынша байқалатын сүйек кемігінің жасушалық элементтерінің жаппай гиперплазиясымен сипатталады. Эритропению алғаш рет 1892 жылы француз клинигі Вакез сипаттаған, Ауру көбінесе қарт адамдарға, негізінен ер адамдарға әсер етеді.

Лимфогрануломатоз (lymphogranulomatosis) - бұл лимфа түйіндерінің, көкбауырдың, содан кейін басқа мүшелердің нақты ісік зақымдалуымен сипатталатын қатерлі лимфомалар тобындағы жүйелік ауру. Ауруды алғаш рет 1832 жылы ағылшын дәрігері Ходжки сипаттаған, сондықтан оны оның аты деп атайды.

Геморрагиялық диатез-бұл өздігінен де, жаракаттың әсерінен де пайда болатын, тіпті ең кішкентай, сау адамда қан кетуді тудырмайтын аурулар тобы.

Тромбоцитопениялық пурпура (purpura trombocitopenica; син.: верлгоф ауруы) - қан тромбоциттерінің жетіспеушілігінен туындаған геморрагиялық диатез. Ауруды алғаш рет 1735 жылы неміс дәрігері Верль-Гог сипаттаған. Тромбоцитопениялық пурпура жас кезінде, негізінен әйелдерде жиі кездеседі

4. Иллюстрациялық материал: презентация.

5. Әдебиет: силлабустың соңғы бетінде көрсетілген.

6. Бақылау сұрақтары (кері байланыс):

OÑTÛSTIK QAZAQSTAN <b>MEDISINA          AKADEMIASY</b> «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SOUTH KAZAKHSTAN <b>MEDICAL          ACADEMY</b> АО «Южно-Казакстанская медицинская академия»
«Ішкі аурулар пропедевтикасы» кафедрасы	044 – 47 / 11 ( )
«Ішкі аурулар пропедевтикасы-2» пәні бойынша дәріс кешені	20 беттің 16 беті

1. Лейкемия дегеніміз не?
2. Лимфолейкоз немен сипатталады?
3. Миелолейкозды қандай әдіспен анықтауға болады?
4. Лимфа және миелолейкозды диагностикалау үшін қандай зертханалық және аспаптық зерттеулер қолданылады?

#### №14 дәріс

1. Тақырыбы: Ревматологиядағы жетекші клиникалық синдромдар. Диагностикалық маңызы.  
 2. Мақсаты: Студенттерге шағымдарды, анамнестикалық деректерді бағалауға, диагностиканың зертханалық әдістерін қолдана отырып, клиникалық зерттеу әдістерін қолдану негізінде клиникалық баға беруге, тірек-қимыл аппаратының патологиясындағы негізгі клиникалық синдромды анықтауға үйрету.

#### 3. Дәріс тезистері:

Артроз (остеоартроз) — баяу дегенерациямен және буын ішіндегі шеміршектің бұзылуымен байланысты буындардың дистрофиялық ауруы. Уақыт өте келе сүйектердің артикулярлы ұштарын қайта құру, периартикулярлық тіндердің қабынуы және дегенерациясы пайда болады. "Артроз" ұғымы (Деформацияланатын остеоартрит) әртүрлі шығу тегі мен ұқсас механизмдері бар дегенеративті-қабыну сипатындағы буын ауруларының тобын қамтиды.

#### Себептері:

Жасқа байланысты және/немесе биомеханикалық өзгерістер аясында бастапқы артроз. Екінші, жарақаттан кейін, қант диабеті немесе қалқанша безінің аурулары аясында, тамырлы бұзылуларға байланысты және т.б. аяқтың буындарының зақымдалуына және аяқтың амортизациялық функцияларын бұзатын жалпақ аяқтың артрозының дамуына ықпал етеді. Арнайы таңдалған ортопедиялық ішектерді уақтылы қолдану аяқтың деформациясын түзетуге және буындарға жүктемені азайтуға мүмкіндік береді.

Артроз-буындардың жиі кездесетін аурулары, олардың жиілігі жасына қарай артады. Бірақ бұл ауру тек қарт адамдарда ғана емес, оның әлеуметтік маңыздылығын анықтайды.

#### Симптомдары:

- \* демалу кезінде ауырсыну;
- \* буын қозғалысының шектелуі және сықырлауы;
- \* буын аймағындағы бұлшықет кернеуі;
- \* ісінудің пайда болуы, буынның біртіндеп деформациясы мүмкін.

Бастапқы артроз 40-50% жағдай. Ауру сау буында дамиды және оның себебі буынның зақымдануы емес, мысалы, ауыр физикалық жұмыс.

Қайталама артроз-50-60% жағдай. Артрозға бейім буын ауруға дейін деформацияланған мысалы, жарақат нәтижесінде.

Көбінесе дененің төменгі жартысындағы буындардың артрозы дамиды (жамбас, тізе, бірінші табан сүйек-бақайшақ буындары). Қолдарда артроз ауруы көбінесе саусақтардың фалангтарының буындарына ұшырайды. Артроз әдетте алдымен бір буында, содан кейін екіншісінде - біріншісінде симметриялы болады.

#### **КОКСАРТРОЗ**

Коксартроз (жамбас артрозы) прогрессивті курспен және тірек-қимыл аппаратының статодинамикалық функциясының бұзылуымен сипатталады. Тірек-қимыл жүйесінің дегенеративті-дистрофиялық аурулары арасында алғашқы орындардың бірін алады. Дистрофиялық процесс артикулярлы шеміршектен басталады-оның жұқаруы, ыдырауы, фрагментациясы жүреді, амортизациялық қасиеттері жоғалады. Жамбас буынының артикулярлы беттерінің компенсаторлық реакциясы ретінде сүйектердің шеткі өсуі пайда болады. Склероз одан әрі дамиды және кисталар аналық бас пен ацетабулумның артикуляциялық бөліктерінде пайда болады.



## ГОНАРТРОЗ

Гонартроз (тізе буынының артрозы) аяқ-қол буындарының артроздық зақымдану тобында жетекші орын алады. Гонартрозбен ауыратын науқастар емханаларға баратын науқастар арасында үнемі басым болады. Стационарлық жағдайда емдеу "өндірістен қол үзбей" амбулаториялық терапияға қарағанда әлдеқайда үлкен әсер етуі мүмкін. Дәрігерлерге 100 жылдан астам уақыт бойы белгілі болған бұл ауру күнделікті өмірде "тұздардың тұнбасы" деп аталады.

4. Иллюстрациялық материал: презентация.

5. Әдебиет: силлабустың соңғы бетінде көрсетілген.

6. Бақылау сұрақтары (кері байланыс):

1. Артроз дегеніміз не?

2. Артрит немен сипатталады?

3. Кокс-гонартрозды қандай әдіспен анықтауға болады?

4. Артроз – артритті диагностикалау үшін қандай зертханалық және аспаптық зерттеулер қолданылады?

5. Артроз мен артриттің айырмашылығы неде?

### №15 дәріс

1. Тақырыбы: Қарт және егде жастағы адамдарда клиникалық синдромдардың ерекшеліктері (ішкі органдар мен эндокриндік жүйенің аурулары, қатерлі ісік және психикалық бұзылулар).

2. Мақсаты: Студенттерге шағымдарды, анамнестикалық деректерді бағалауға, зертханалық диагностикалық әдістерді қолдана отырып, клиникалық зерттеу әдістерін қолдану негізінде клиникалық баға беруге, қарттардағы ішкі ағзалардың патологиясы синдромдарының кейбір негізгі ағымдарының ерекшеліктерін анықтауға үйрету.

3. Дәріс тезистері:

Қартаю-ағзаның физиологиялық функцияларының жеткіліксіздігіне әкелетін экзогендік және эндогендік факторлардың жасына байланысты зиянды әсерінің нәтижесінде дамидын деструктивті процесс. Кәрілік-бұл екі түрлі бағыттағы процестердің өзара әрекеттесуі ретінде қарастырылатын жасқа байланысты дамудың табиғи кезеңі: қартаю мен витауктаның деструктивті процесі (лат. vita-өмір, және auctum - артады) - организмнің тіршілік әрекетін тұрақтандыратын, оның сенімділігін арттыратын, тірі жүйелердің жасына байланысты зақымдануының алдын алуға және өмір сүру ұзақтығын арттыруға бағытталған процесс. Қартаюдың жеке ерекшеліктері денедегі жасқа байланысты өзгерістерді зерттеу сонымен бірге ағзаның жоғалуы мен қарсыласуының өзара байланысты процестері өмірдің өзгертін ішкі және сыртқы жағдайларына жаңа бейімделуге көмектесетін өзіндік қорғаныс механизмдерін құратынын көрсетеді. Осының арқасында көптеген 2 адам қартайғанға дейін қанағаттанарлық әл-ауқат пен өнімділікті сақтайды. Табиғи қартаю белгілі бір адамның популяциясының биологиялық бейімделу және реттеуші мүмкіндіктеріне сәйкес келетін жасқа байланысты өзгерістердің белгілі бір қарқынымен және реттілігімен сипатталады. Ерте қартаю-жеделдетілген, жасқа байланысты өзгерістердің ертерек дамуымен немесе белгілі бір жас кезеңінде олардың ауырлығымен сипатталады. Бұған аурулар, қоршаған орта жағдайы, стресс және т. б. ықпал етеді. Ерте қартаю белгілері: психикалық және физикалық көрсеткіштердің төмендеуі, шаршау, есте сақтау қабілетінің нашарлауы, эмоциялар мен жыныстық функцияның әлсіреуі, жүрек-тамыр және басқа дене жүйелерінің бейімделу қабілетінің төмендеуі, аурудың дамуына жас алғышарттарының ерте пайда болуы. Қартаюдың баяулауы жасқа байланысты өзгерістердің баяу көрінісімен немесе олардың ең аз ауырлығымен сипатталады, өмір сүру ұзақтығы мен ұзақ өмір сүруге ықпал етеді. Кәріліктің түрлері хронологиялық (күнгізбелік) Кәрілік (хронологиялық немесе күнгізбелік немесе паспорттық жас) – туғаннан бастап есептелетін сәтке дейінгі жас – өмір сүрген жылдар саны. Физиологиялық (физикалық) Кәрілік – биологиялық жас – ағзаның морфологиялық және физиологиялық даму дәрежесі (ағзаның қартаюының шынайы



өлшемі). Психологиялық Кәрілік-адам өмірінің сәті, ол өзі ескі туралы біле бастайды. Әлеуметтік Кәрілік-белгілі бір уақыт аралығында белгілі бір елдегі орташа өмір сүру ұзақтығына байланысты.

2. Геронтология және гериатрия: негізгі ұғымдар 3 қарт пен кәріліктің жас кезеңдері: 60 - 74 жас – 75 – 89 жас – 90 және одан жоғары жас – ұзақ өмір сүрушілер. Геронтология-тірі организмдердің, соның ішінде адамның қартаюу процесін және ерте қартаюудың алдын алуды зерттейтін ғылым (грек. Герон-ақсақал, логос-ілім). Гериатрия-егде және кәрілік жастағы адамдардың ауруларын зерттейтін, оларды диагностикалау, алдын алу және емдеу әдістерін жасайтын клиникалық медицина саласы. (Грек: Герон-қарт, иатрия - емдеу - қарт + емдеу). 3. Қартаюудың негізгі теориялары мен механизмдері • қартаюуды бағдарламаланған процесс ретінде қарастыратын Теория. Бұл гипотезаға сәйкес, әр жасушада қартаюу бағдарламасы бар, барлық қалыпты жасушалар белгілі бір бөлімдерден өтеді. \* Гендік-реттеуші теория. Бұл гипотезаға сәйкес бастапқы өзгерістер арнайы реттеуші гендерде жүреді, олардың белсенділігі өмір процесінде жасушалардың құрылымы мен қызметіндегі жас ерекшеліктерін анықтайтын құрылымдық гендердің қосылуына немесе өшірілуіне әкеледі.

4. Иллюстрациялық материал: презентация.

5. Әдебиет: силлабустың соңғы бетінде көрсетілген.

6. Бақылау сұрақтары (кері байланыс):

1. Геронтология дегеніміз не?

2. Қартаюу немен сипатталады?

3. Қартайғанда метаболизмнің қандай өзгерістері байқалады?

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН  
MEDISINA  
AKADEMIASY



SOUTH KAZAKHSTAN  
MEDICAL  
ACADEMY

«Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ

АО «Южно-Казakhstanская медицинская академия»

«Ішкі аурулар пропедевтикасы» кафедрасы

044 – 47 / 11 ( )

«Ішкі аурулар пропедевтикасы-2» пәні бойынша дәріс кешені

20 беттің 19 беті

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН

**MEDISINA  
AKADEMIASY**

«Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ



SOUTH KAZAKHSTAN

**MEDICAL  
ACADEMY**

АО «Южно-Казakhstanская медицинская академия»

«Ішкі аурулар пропедевтикасы» кафедрасы

«Ішкі аурулар пропедевтикасы-2» пәні бойынша дәріс кешені

044 – 47 / 11 ( )

20 беттің 20 беті