

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SKMA -1979-	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Ішкі аурулар пропедевтикасы» кафедрасы		044 – 47 / 11 ()
«Ішкі аурулар пропедевтикасы» пәні бойынша дәріс кешені		24 беттің 1 беті

ДӘРІС КЕШЕНІ

Пәннің атауы:	«Ішкі аурулар пропедевтикасы»
Пәннің коды:	IAP 3205
БББ атауы:	6B10103 «Стоматология»
Оқу сағаттары/кредиттерінің көлемі:	180 с (6 кредит)
Оқытылатын курс және семестр:	3 курс, V семестр
Дәріс көлемі:	10

Шымкент, 2023-2024 ж.



Дәріс кешені «Адам және денсаулық» ББ «Медицина» модульдік оқу бағдарламасына сәйкес құрастырылып, кафедра мәжілісінде талқыланды

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

Хаттама № 11, «29» 06 2023ж.



- 1. Тақырып:** №1 Ішкі аурулардың жалпы медициналық білім берудегі мәні. Пропедевтикалық клиниканың міндеттері. Сырқатнаманың сызбанұсқасы. Науқастарды сұрастыру және жалпы қарау.
- 2. Мақсаты:** Клиникалық медицинаның кіріспесімен ішкі ағзалар аурулары туралы жалпы түсінік негізгі дәрігерлік деонтологияның ішкі медицинаның тапсырмаларымен студенттерді таныстыру. Науқасты жалпы қарау қағидаларын оқыту: есті бағалау, жағдайы, тері және тері астылық май клеткалары, сүйек буын жүйесі.
- 3. Дәріс тезистері.**

Дәрігердің сырқат адаммен тіл табысып сөйлесе алуы өте маңызды сәт болып табылады. Дәрігер мен ауру адамның қарым-қатынасы, дәрігердің парызы мен міндеттері дәрігерлік деонтология (грекше *deon, deonos* — парыз, *logos* — оқу) деп аталады. Медициналық деонтология дегеніміз — медицина қызметкерлерінің мамандығы бойынша міндеттерін атқаруда этикалық ережелерді сақтауы.

Енді жоғарыда айтқандарды ескере отырып, клиникалық зерттеу жолындағы негізгі бағыттарды атап өтпекшіміз: 1. Ауру — организмнің патологиялық өзгеріске ұшырауы болып табылады, сондықтан оның қайсысы патологиялық өзгеріс, қайсысы организмнің реакциясы екенін ажырата білу қажет. 2. Ауруды жеке орган немесе бір жүйенің зақымдануы деп қарастырмай, барлық физиологиялық жүйелердің сол кездегі қызметін зерттей білу керек. Аурудың болмыс түрі мен тіршілігін анықтау міндет. 3. Адам организмі мен қоршаған ортаның бірлік принципі ескере отырып, этиологиялық себептерді анықтап, оның ішінде қоғамдық, саяси-әлеуметтік жағдайды ескерген жөн. 4. Нервизм принципі, яғни аурудың пайда болуы және дамуындағы нерв жүйесі, соның ішінде нерв жүйесінің орнын белгілеу шарт.

НАУҚАСТАРДЫ КЛИНИКАЛЫҚ ТЕКСЕРУ ӘДІСТЕРІ

Дерт белгілерін, яғни симптомдарын (грекше *symptoma* — тура келу) *субъективтік* және *объективтік* деп бөлеміз. Сырқаттанған организмдегі объективтік өзгерістердің оның санасындағы көрінісі (жүрек айну, бас айналу, жүректің тез соғуы, ауырсыну сезімі, т. б.) — субъективтік белгі. Ал сырқатты тексеру кезінде анықталған ауру белгілері (бауырдың ұлғаюы, ісіктер, жүрек аритмиясы, т. б.) — объективтік деп саналады.

Сұрастыру алдымен науқастың шағымдарын жинаудан басталады. Ауруды анықтауда адам сезімдерінің маңызы объективтік тексеруден кем емес. Кейбір диагноздар (мысалы стенокардия, немесе кеуде қыспасы) субъективті шағымдар негізінде қойылады. Ауру белгілері қашан пайда болды, алғашқы белгілері қандай, осы уақытқа дейінгі өзгерістер (*anamnesis morbi* — осы дерттің дамуы туралы естеліктер) диагноз қоюға өзіндік көмегін тигізеді. Сырқат анамнезінен соң оның өмір тарихы (*anamnesis vitae* — өмір туралы естеліктер) сұрастырылады. Науқастың өмір жолдары өз сөзінен немесе туыс-қандар әңгімесінен құралады. (сырқатнама қараңыз)

Сырқаттың сол сәттегі жағдайын объективті зерттеу (*status praesens*) ауру адамды тексерудің негізгі саласы болып табылады. Көптеген зерттеу әдістері — қарау, дене ыстығын өлшеу, пальпация, перкуссия, аускультация әдістерімен қатар лабораториялық, рентгендік және т. б. зерттеулер арқылы дене мүшелері мен жүйелердің құрылысындағы патологиялық өзгерістер анықталады.

Диагностикалық зерттеу әдістері негізгі және қосымша болып бөлінеді. Негізгі клиникалық әдістерге науқасты сұрастыру, қарау, пальпация, перкуссия және аускультация жатады. Дәрігер оларды әрбір ауруға қолдануы тиіс, сонан соң ғана диагнозды дәлелдеу үшін қосымша зерттеу әдістерінің ішінен қажеттісін тандап алады.

НАУҚАСТЫ СҰРАСТЫРУ

Науқасты сұрастыру әдісі "анамнез жинау" деп те аталады. "Анамнез" гректің *anamnesis* — еске түсіру деген сөзінен шыққан. Сұрастыру мына тәртіппен өткізілуі тиіс: 1) құжат бөлімі; 2) арыз — шағымдар; 3) сырқат тарихы; 4) науқастың өмір тарихы. Төлқұжаттық мәліметтерге науқастың фамилиясы, есімі, әкесінің аты, жасы, жынысы, мамандығы, тұратын жері жатады. Әр түрлі ауруларды анықтауда олардың өз орындары бар. Мысалы, жас шақта ойық жара ауруы, сарып баспа т.б. көбірек кездеседі,



қатерлі ісік, атеросклероз, миокарды инфарктысы т.б. жас ұлғайғанда жиірек ұшырасады. Сондықтан дәрігер диспепсиялық шағымдармен келген науқастың жасына қарап, егер ол осы егде тартқан адам болса, алдымен асқазан-ішек жолдарының ісігін, ал жас адамнан, одан гөрі жеңілрек гастрит, ойық жара ауруларын іздестіреді. Қызылша, қызамық, көк жөтел ауруларымен көбіне балалар ауырады.

НАУҚАСТЫҢ АРЫЗ ШАҒЫМДАРЫ

Науқастың арыз шағымдарын бірден *негізгі* және *қосымша* деп ажыратып қараған дұрыс. Кейде олардың маңыздылық дәрежесін анықтау қиынға түседі. Эмоциялармен айтылған шағымның негізгі ауруға тіке қатынасы болмауы да мүмкін. Дәрігер науқастың әрбір негізгі шағымын тәптіштеп анықтауға міндетті. Соның өзі маңызды диагностикалық шешім. Шағымдардың ішінде ауырсыну сезімінің орны бөлек. Науқастан— мына сауалдарға нақты жауап алу керек: 1) ауыру сезімінің орналасқан орны; 2) оның сипаттамасы (жедел, созылмалы, ұстамалы); 3) күштілігі, немесе үдемелілігі; 4) таралуы, берілуі; 5) ауыру сезімін тудырған себептер, оның пайда болған уақыты; 6) ауыру сезімін күшейтетін немесе азайтатын шаралар (дене еңбегі, қобалжу т. б.). Төс сүйегі тұсындағы ауыру сезімінің физикалық жүктемеден пайда болып, тоқтауы немесе нитроглицеринмен тарауы жүрек кісіпасынан екені сөзсіз. Ал аурудың тамақ қабылдауға байланыс-п.ілығы, яғни аш қарында пайда болып, тамақтан соң бәсеңсуі, асқазан ойық-жарасының бар жоғын анықтауға жәрдемдеседі.

АУРУДЫҢ ДАМУ ТАРИХЫ

Науқас адамның сырқатының даму тарихына (*anamnes morbi*) үңілгенде төмендегі сұрақтарға нақтылы жауап алынуы керек: 1) сіз қашан ауыра бастадыңыз?; 2) аурудың алғашқы белгілері (симптомдары); 3) ауруды тудырған себептер; 4) аурудың даму барысы, ағымы (күшеюі, уақытша өлсіреуі, жаңадан қосылған я өзгерген белгілері); 5) осы уақытқа дейін өткізілген зерттеу әдістері және қабылдаған емдер, оның қорытындылары, емнің әсері

АУРУДЫҢ ӨМІР ТАРИХЫ

Науқастың өмір тарихы (*anamnes vitae*) — оның өмірінің негізгі кезеңдерін (нәрестелік, балалық, жастық, кемел шақ) бейнелейтін медициналық өмірбаяны болып табылады.

Отбасылық және тұқым қуалаушылық анамнезі. Ата-анасы мен жақын туысқандардың сырқаттары және өлген себептері туралы мәліметтердің диагностикада, әсіресе ауруды болжауда, маңызы зор. Жұқпалы аурулар бір отбасында бірнеше адамға жұғуы мүмкін, мысалы, туберкулез. Патологиялық тұқым қуалаушылық көбіне ауруға бейімділік түрінде беріледі, ол белгілі бір жағдайларда ғана ауруға айналуы мүмкін. Егер сырқатты ушықтыратын жағдай туындамаса, адам организмі ауруға қарсы тұра алады.

Жалпы қарап көру (*inspectio*) — бұл әдіс әр түрлі ауруларды танып білуде үлкен көмек көрсетеді. Дәрігерлер кейде басқа зерттеу әдістерімен (рентгендік, лабораториялық, инструменталдық) әуестеніп, физикалық зерттеу әдістерінің көптеген аурудың диагозын қоюдағы шешуші маңызын ескере бермейді.

Бұл зерттеу әдісіне ерте заманда ерекше мән берілген, себебі дәрігердің қолында басқа тексеру әдістері болмаған, сондықтан да науқастың диагнозын анықтауда тек қарап көруге сүйенген. Қазір біздің заманымызда әр түрлі сезгіш инструменталдық әдістер кеңінен қолданылады. Соған қарамастан физикалық зерттеу әдістері өзінің мәнін жойған жоқ.

Қарап көру ережелері. Науқасты толық тексеру үшін мына ережелер сақталуы тиіс:

1. Науқасты көріп тексеретін бөлмеге жарық түсуі шартты нәрсе. Ал күнделікті қолданылатын электр шамы жарығының астында терінің және көздің шырышты қабығының сарғаюы жақсы көрінбейді, сондықтан күндізгі жарық, болмаған жағдайда, күндізгі жарық шамдарын қолданған дұрыс. Ал әр түрлі тамыр соғуларын, кеуденің тыныс қимылдарын, асқазан және ішек қимыл әрекеттерін көзбен анықтау үшін жарық түсіп тұрған жаққа ауруды жанамайлап тұрғызады, отырғызады, я жатқызады.

2. Науқасты қарап отырған бөлме тек жарық қана емес, жылы да болуы шарт. Ауруды біртіндеп шешіндіріп қарайды. Ұзақ уақыт жалаңаш ұстамауға тырысып, тексеру жүйелі де тез атқарылуы керек. Науқасты алдымен тұрған қалпында, сонан соң жатқызып тексереді.



3. Дәрігердің қолының және стетофонендоскоптың басының жылулығы шамамен адам денесінің қызуына жақын болуы тиіс.

4. Жалпы қарап көру әрқашан белгілі бір жүйемен орындалған жөн: алдымен жалпы мағынасы бар белгілерді, кейін дене бөлшектерін (бас, бет-әлпет, мойын, тұлға, аяқ-қолдар, тері, сүйектер, буындар, кілегей қабаттар, шаш, **өскен жабыңды**) кезекпен қарайды.

Жалпы көруді аурудың ес-түсін, қалпын, дене құрылысын бағдарлаудан бастайды, содан соң қызуын өлшеп, антропометриялық мәліметтер жиналады. Науқастың жалпы жағдайын төрт түрлі деп анықтауға болады: қанағаттанарлықтай (қалыпты жағдайда), орташа (қалыпты жағдайдан төмен), ауыр және агониялық (өліммен жанталас). Сонан соң барып аурудың сана-сезімін тексереді.

Сана-сезім жағдайы мына түрлермен анықталады: **1) ашық сана; 2) бұлыңғыр сана** - науқас сұраққа дұрыс жауап бергенмен, қоршаған айналасын анықтай алмайды. **3) ступор (*stupor*)** — науқас қоршаған ортасын түсіне бермейді, сраққа жай, сылбыр жауап береді. **4) сонор (*sopor*)** — науқас үнемі ұйықтап жатады да, тек қатты дыбыстан не айқайлағанда ғана жауап береді, бірақ айтқан сөздің мәнін түсіне бермейді. **5) кома (*coma*)** — науқастың ес-түссіз, санасыз күйі, кейде рефлекстер де мүлдем жоғалады.

Дене бітімінің түрлері. Адамның дене құрылысы (конституциясы) дегеніміз — ол көбінесе атадан балаға берілетін, бірақ қоршаған ортаның, әсіресе қоғамы — әлеуметтік жағдайдың әсерінен өзгерістерге ұшырап тұратын организмнің морфологиялық және функционалдық ерекшелерінің жиынтығы. Конституцияның өзгеруі нерв және эндокриндік жүйелерінің қызметіне сәйкес болады. Сондықтан бұл тұста адам темпераментінің түрлерін де ескергеніміз жөн. Олар төмендегіше болады: **1) холерик** — мінезі тез ауытқығыш, күшті; **2) флегматик** — мінезі ұстамды, жәй; **3) сангвиник** — мінезі ұстамды, тез; **4) меланхолик** — мінезі сылбыр, әлсіз.

Адам организмнің морфологиялық және функционалдық ерекшелеріктерін ескере отырып, профессор М. В. Черноруцкий адамдарды үш конституционалдық типке бөлген: **астеник, нормостеник, гиперстеник.**

Тері қабатын зерттеу. Тері қабатының жағдайына назар аударатын шағым - **терінің қышуы.** Терінің қышуы кейде тері қабатының өзгеруімен (псориаз) байланысты, я ішкі ағзалар ауруларының сыртқы көрінісі ретінде де пайда болуы мүмкін (бауыр және өт жолдары аурулары, лимфогранулематоз), сондай-ақ аллергиялық аурулардың алғашқы белгісі ретінде де байқалады.

Теріге келесі бір көңіл аударатын жағдай: оның **түсінің өзгеруі.** Вегетативтік нерв жүйесі аурулары бар адамдардың терісінің бозаруы мен қызаруы кезектесіп тұрады. Ал терінің үнемі бозарып тұруы және күннен-күнге бозарғанының ұлғая түсуі мына жағдайларда байқалады: кенеттен не біртіндеп қан кету (ойық жара ауруы, геморрой, гинекологиялық аурулар), қан жүйесі аурулары (гемолиттік анемия, Верльгоф ауруы, т. б.), жедел және созылмалы жұқпалы аурулар, сепсис, қатерлі өспелер, улану және т. б. Бірақ кейде дені сау адамның өзінде тері асты тамырларының нашар дамуынан бет-әлпетінің бозғылт тартуы байқалады.

Сондай-ақ терінің бозаруы басқа себептерден де болады: бүйрек аурулары кезінде тері тамырларының қысылуы; тамырлардың тарылуына әкеліп соғатын жағдайлар (қорқу, естен тану, құсу, гипертониялық криз, тоңу); тамырлар жүйесіндегі қанның жеткіліксіздігі (қолқа сағасының тарылуы, қолқа қақпақшасының жетіспеушілігі). Әсіресе терінің кенеттен бозаруына көңіл бөлген жөн, себебі бұл жағдайларда (ойық жара ауруы, перитонит, т. б.) науқасқа шұғыл көмек көрсету қажет болуы мүмкін. Әдетте бұл аурулардың бет-әлпеті кенеттен бозарып, басы айналып, есінен танып қалады, тамыр соғуы жиілеп, қан қысымы төмендейді.

Бозару әр түрлі болады. Терінің аздап сарғыштанып бозарып гемолит себепінен туындаған қан аздықтан (Аддисон-Бирмер анемия-ясы, гемолиттік анемия) болса, хлороз кезінде жасыл ренді, ал қатерлі өспелерде жердің түсі тәрізді болып келеді. Кейбір сырқаттар жағдайында терінің түсі көкшіл тартады, оны **көгеру (цианоз)** деп атайды. Терінің мұндай реңі қанның құрамындағы бұрынғы қалпына келтірілген гемоглобиннің көбеюіне байланысты болады. Оның екі түрлі себебі бар: бірінші шеткі қан

айналымының нашарлауы, екіншісі өкпедегі газ алмасудың жетіспеушілігі. Кейде осы екі себеп те қатар келеді, яғни бір адамның басынан табылады.

Жүрек қызметінің нашарлауы нәтижесінде өкпеден аққан артериялық қан оттегіге қаныға түседі, алайда, қан айналымының баяулауына байланысты шеткі қан тамырларында оттегі тіндерге әдеттегіден көп беріледі. Соның нәтижесінде веналық қанның құрамындағы бұрынғы қалпына келтірілген гемоглобин артады. Мұндай көгеру *перифериялық көгеру* деп аталады.

4. Иллюстрациялық материал: презентация.

5. Әдебиет: силлабустың соңғы бетінде көрсетілген.

6 Бақылау сұрақтары (кері байланыс):

1. Ауру дегеніміз не?

2. Аурудың себептерін атаңыз.

3. Жалпы қараудың ережесін атаңыз.

4. Науқастың терісін қарағанда қандай белгілерге көңіл аудару керек?

1. Тақырып №2: Тыныс алу жүйесінің патологиясы бар науқастарды пальпация жасау сұрастыру және қарау. Диагностикалық мәні.

2. Мақсаты: Тыныс алу ағзаларының зақымдану зерттеу әдістерімен таныстыру.

3. Дәріс тезистері:

Кеудені қарау

Жалпы қарауда тыныс мүшелерінің патологиясында кездесетін көп белгілер анықталады.

Ауыр тыныс жеткіліксіздігінде негізгі белгілердің арасында пульмонологиялық науқаста бас миының гипоперфузиясын көрсететін есінің тежелуі дамиды. Науқастың жалпы түріне, төсектегі қалпына, терінің және көрінетін кілегейлі қабығының түсіне, ісіну болуына, соңғы фалангылардың өзгешелік пішініне (саусақтар «дабыл таяқшалар» түрінде).

Нақтылап қарауға кіреді:

- мұрын қуысын қарау;
- дауыстың өзгерісі;
- кеудені қарау;
- тыныс көрсеткіштерін бағалау

Мұрын қуысын қарау:

- мұрынның сыртқы пішіні өзгеруі;
- мұрынның кілегейлі қабығының жағдайы;
- герпестік бөртпелер (зақымданған жағында байқалады);
- тыныстың тәсілі (мұрынмен, ауызбен, бос, қиындаған);
- мұрынның қосалқы қойнаулары (пальпацияда ауырғыштық бола ма?);
- мұрыннан бөлінетін заттар (аз мөлшерде, болмайды, көп мөлшерде, кілегейлі, ірінді, қанды);
- мұрынының қанаттарының жылжуы (бар, жоқ).

Көмей: дауыс өзгерісі (қарлыққан, афония) көп аурулардың белгісі болуы мүмкін, одан басқа тыныс мүшелерінің ауруларында (ларингит, көмейдің ісігі, дауыс байламдарының полипы және т.б.).

Кеуде

Кеудені қарауды қатаң түрде реттілікпен жүргізу керек:

- кеуденің түрі;
- кеуденің симметриялылығы;
- тыныс экскурсиясы (кеуденің шеңберін өлшеу);
- тыныс көрсеткіштерін бағалау;
- тыныстың түрі (кеуделік, құрсақтық, аралас).

Науқасты қарауда науқас беліне дейін жалаңаштанып шешінуі керек, тұрғанда немесе отырғанда, барлық жағынан біркелкі жарық түсуі керек.



Кеуденің түрі

Конституционалды түрлері: нормостениялық, гиперстениялық, астениялық.

Кеуденің конституционалды формасын анықтау критерийлері:

- алдыңғы-артқы және көлденең диаметрмен ара қатысы;
- қабырғалардың және бұғаналардың қозғалыс бағыты;
- қабырға аралықтардың көлемі;
- төс денесінің және тұтқасының қосылу бұрышының айқындылығы (Людовик бұрышы);
- эпигастральды бұрыштың өлшемі;
- кеуде сыртына жауырынның орналасуы.

Қалыпты кеуде түрлерінің нұсқалары

◆ Нормостениялық:

- алдыңғы-артқы өлшемі көлденең өлшемінен артық;
- қабырғалар қисық төмен, қабырға аралықтар айқын емес;
- эпигастральды бұрыш 90°.

◆ Астениялық:

- алдыңғы-артқы өлшемі көлденең өлшемінен артық;
- қабырғалар өте төмен, қабырға аралықтар айқын;
- эпигастральды бұрыш 90°-тан төмен;

◆ Гиперстениялық:

- алдыңғы-артқы өлшемі көлденең өлшеміне тең;
- қабырғалар көлденең орналасқан, қабырға аралықтар тар;
- эпигастральды бұрыш 90°-тан артық.

Кеуденің патологиялық формалары

◆ *Эмфизематозды* — қысқа, өте кеңейген, бөшке тәрізді, көлденең орналасқан қабырғалар, қабырға аралықтар өте үлкейген және көтерілген иықтар (барынша терең дем алудың жағдайына ұқсайды), бұғана үсті аймағында томпайған болады, пальпацияда кеуденің серпімділігі азаяды және перкуссияда қорапты перкуторлы дыбыс, өкпе эмфиземасымен ауыратын науқастарға тән.

◆ *Салкөкірек* — өте ұзын, жалпақ, қабырғалар төмен өте қисайған, бұғаналар өте алға шығыңқы, бұғана үсті шұңқырлар төмен түсіп кетеді (максималды дем шығарудың қалпына ұқсайды), арықтаған науқастарға, әсіресе туберкулезбен ауырғандарға тән.

◆ *Мешел (рахитикалық, құс төс)* — кеуде бүйірден батып кеткен, төс алдына алдына қарай шығып тұрады («тауық кеудесі») және қабырғалардың шеміршекке ұласатын тұстары жуандап, кедір-бұдырланады («мешел бұдырлары»), ерте балалық шақта мешелмен ауырған науқастарда кездеседі.

◆ *Құйғы (воронка) тәрізді кеуде («етікші кеуде»)* — төстің төменгі бөлігінің туа біткен тереңдеуі.

◆ *Қайық тәрізді кеуде* — төстің жоғары және орта бөлігінің денгейінде туа біткен сопақша тереңдеуі.

◆ *Омыртқаның қисаюы:* латеральды — **сколиоз**, алдына — **лордоз**, артына — **кифоз** және **кифосколиоз**, латеральды және артына кеуденің өте айқын дамыған асимметриясын тудырады (жарақаттар, қаңқаның ауытқулары, сүйектердің туберкулезді зақымдануы, мешел және т.б.).

Кеуденің екі жартысының симметриялылығын тік және бүйірінен түскен жарықта, алдынан және арқасынан еркін, қалыпты тыныс алған кезде бағалайды. Тыныстың симметриялылығы науқастың терең тыныс қозғалыстарының фондында алдынан және арқасынан кеудесін қарауда өткізіледі. Сонда алдында ыңғайлы бағдарлармен қабырға доғаларының орналасуы және олардың тыныс экскурсиясы болып табылады, ал артында — жауырындардың орналасуы және тыныс алғанда олардың қозғалыстары. Дене бітімі астениялық науқастарда жауырын аралықтар тар болады, сондықтан науқасты қолды шүйдеге көтеруге, ал шынтақты жан-жаққа ажыратуға өтіну қажет, бұл кезде қабырғалық доғалар жақсы пішінді болып табылады және тыныс алғанда кеуденің бір жартысының кішкентай қалып қоюын байқауға болады. Арқасынан қарағанда науқастың қолы дене бойы бос орналасады (3-кесте). Қалыпты кеуденің екі жартысының қозғалыстары симметриялық болады.

**Кеудені пальпациялау. Дауыс дірілі**

Кеуденің пальпациясында бағалайды:

- серпімділігін (резистенттілігін);
- дауыс дірілін (өзгермеген, күшейген, әлсіреген, болмайды, өзгерістердің орналасуы);
- ауырудың орналасуы;
- плевра үйкеліс шуын сипағанда анықтау;
- экскурсияның дәрежесін анықтау — 4 қабырға аралықтың денгейінде кеуденің шеңберін анықтау:

тыныш тыныста, терең дем алғанда және дем шығарғанда.

Кеуденің серпімділігі негізінде қабырға шеміршектері сүйектенуінің дәрежесіне байланысты және кеудені басқанда оның қарсылық сезіміне қарай анықталады.

Кеуде серпімділігінің төмендеу себептері (ригидтігі):

- өкпе тінінің қатты қатаюы;
- гидроторакс;
- өкпе эмфиземасы;
- плевра ісігі.

Дауыс дірілі— науқас «Р» дыбыс кіретін сөздерді айтқанда («қырық төрт») дауыс байламдарынан ауа таралатын жолдары және өкпе тінінің кеуде сыртына симметриялық ошақтарда пальпациямен анықталатын тербелістер кездеседі. Сол кезде төмен жиілікті дыбысты тербелістерінің өткізуін бағалау керек. Дауыс төменгі тембрімен, кеуденің оң жартысында және жоғарғы бөлігінде, әсіресе ұшы аймағында науқастарда дауыс дірілі күшті болады (қысқа оң бронх дыбысты күштірек өткізеді). Әйелдерде дауыс дірілі нашар өткізіледі (дауыстың жоғары тембрімен байланысты).

Дауыс дірілі бронх ағашының өткізгіштігіне, өкпелік ұлпаның тығыздығына және тербелістер бір тығыздығымен тіннен басқа аз немесе көп тығыздығы тінге өткенде бөгет болуына байланысты (өткізілетін орталардың бөлу феномены, мұнда тербелістер өте әлсірейді).

Қалыпта дауыс дірілі дауыс байламдарының тербелісі нәтижесінде пайда болатын оң және сол кеуденің симметриялық ошақтарына біркелкі таралады.

4. Иллюстрациялық материал: презентация**5. Әдебиет:** силлабустың соңғы бетінде көрсетілген**6. Бақылау сұрақтары (кері байланыс):**

1. Тыныс алу ағзалары ауруларындақандай негізгі және қосымша шағымдарды білесіз?
2. Жөтел және ауырсыну дегеніміз не?
3. Кеуде клеткасының түрлері.
4. пальпация дегеніміз не?
5. Кеуде клеткасының перкуссиясына сипаттама беріңіз.

1. Тақырып №3. Қалыпты және патологиялық жағдайдағы өкпе аускультациясы. Диагностикалық мәні.

2. Мақсаты: Қалыпты жағдайдағы тыныс алу ағзаларының клиникалық тексеру негіздерін студенттерге фундаментальды және клиникалық пән ретінде оқыту; қарап тексеру дағдыларын меңгеру, кеуде клеткасының пальпациясы және өкпе аускультациясы.

3. Дәріс тезистері:**Өкпе аускультациясы**

Аускультация— жұмыс істейтін мүшелерде пайда болатын дыбыстарды тыңдай отырып зерттеудің объективті әдісі. Дыбыстардың сипатына байланысты тыңдалатын мүшелердің физикалық жағдайын зерттейді.

Аускультация жасағанда келесі ережелерді ұстану қажет:

- бөлме тыныш және жылы болуы керек;
- науқастың кеудесі толық жалаңаш болуы қажет, науқас тігінен тұруы қажет;



- дәрігердің жағдайы ыңғайлы, бос болу керек;
- стетоскопты (фонендоскопты) науқастын денесіне тығыз орналастырып, қатты баспау керек;
- науқас терең, тыныш, мұрын арқылы дем алу керек. Науқастың бірнеше терең тыныс қозғалыстарын жасап, содан сон тыныш, еркін дем алуын өтіну керек;
- аускультация кезінде науқас кеудесінің қозғалыстарына қарай тыныстың фазасын үнемі анықтау қажет;
- аускультацияның әрбір нүктесінде кем дегенде 2 тыныс циклын тыңдау керек;
- бір ғана стетоскопты (фонендоскопты) пайдалану қажет.

Аускультацияның тәртібі:

- кеуденің екі жартысында симметриялық нүктелерде жүйелілікпен тыңдау керек (салыстырмалы перкуссия сияқты ошақтарда).
- егер зақымдануы мүмкін орындар туралы мәліметтер болса аускультацияны сау жағынан бастайды;
- тыңдауды өкпе ұштарынан бастайды, сосын фонендоскопты кеуденің алдыңғы сыртынан жоғарыдан төменге қарай жылжытады, онан кейін қолтық асты шұңқырларды, кеуденің бүйір және артқы сырты тыңдалады;
- кеуденің бүйір бөлігінде өкпе аускультациясын өткізгенде науқас қолын басына көтереді;
- жауырын аралық кеңістікке аускультация өткізгенде дәрігердің көрсетуімен науқас қолын кеудеге салады, сонда жауырындар омыртқадан сыртқа қарай жылжиды;
- негізгі тыныс шуларын бағалау үшін мұрын арқылы науқастың еркін тынық фонында жоғарыда айтылған ошақтарды тыңдайды;
- қосымша тыныс шулары болғанда дыбыстардың сипатын анықтау үшін мынадай арнайы әдістер қолданылады: науқас ауызымен терен дем алуы керек, күшейген дем алу және дем шығару фонында тыныс тыңдалады, жөтелден кейін бүйірде немесе арқада жатқанда, фонендоскопты тығыз салғанда дәрігер науқастан дем алуын өтінеді және басқа диагностикалық әдістер қолданылады.

Өкпенің аускультациясында бағалайды:

- негізгі тыныс шуларын (тыныстың сипатын);
- өкпеде қосымша тыныс шуларын және оның сипатын;
- бронхофонияны.
- стетоскопты (фонендоскопты) науқастың денесіне тығыз орналастырып, қатты баспау керек;
- науқас терең, тыныш, мұрын арқылы дем алу керек. Науқастың бірнеше терең тыныс қозғалыстарын жасап, содан сон тыныш, еркін дем алуын өтіну керек;
- аускультация кезінде науқас кеудесінің қозғалыстарына қарай тыныстың фазасын үнемі анықтау қажет;
- аускультацияның әрбір нүктесінде кем дегенде 2 тыныс циклын тыңдау керек;
- бір ғана стетоскопты (фонендоскопты) пайдалану қажет.

4. Иллюстрациялық материал: презентация

5. Әдебиет: силлабустың соңғы бетінде көрсетілген

6. Бақылау сұрақтары (кері байланыс):

1. Негізгі тыныс шулары дегеніміз не?
2. Әлсіз везикулярлы тыныс қай кезде пайда болады.
3. Ылғалды сырылдың пайда болуына алып келетін себептері.
4. Құрғақ сырылдың пайда болуына алып келетін себептері
5. Ылғалды сырылдардыңсықыр мен үйкеліс шуынан айырмашылығы?



1. **Тақырыбы №4: Жүрек қантамыр жүйесінің аурулары бар науқастарды сұрастыру, қарау, пальпациялау және перкуссиялау. Диагностикалық мәні.**
2. **Мақсаты:** Клиникалық зерттеу әдістерін меңгеру және жүрек қантамыр жүйесінің зақымдалу семиотикасы.
3. **Дәріс тезистері:**

Жүрек ұшын және жүрек дүмпуін 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 бағыттталып 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 тұрған нүктені дәл анықтап белгілеу керек. Егер жүрек ұшының түрткісі едәуір жерді алып көлбеп жатса, ең сыртқы, төменгі нүктені тандап аламыз. Науқастың кеудесін алға еңкейтіп ұстауын өтіну керек, неге десеңіз бұл кезде жүрек ұшының түрткісін табу ыңғайлы болады.

Жүрек түрткісінің аумағы деп түрткінің әсерінен кеуде клеткасының қозғалуын айтамыз, оның қалыпты жағдайда диаметрі 1—2 см болады. Егер ол 2 см-ден үлкен болса — *жайылған* және одан кіші болса — *шектелген* деп есептеледі. Жайылған түрткі жүрек өлшемдерінің ұлғайғанын көрсетеді, бұл жағдай адам жүдеу болғанда, қабырға аралықтары кең болғанда, сол жақ өкпенің төменгі бөлігі жиырылғанда кездеседі. Семіздікте, өкпе ауруларында, диафрагманың төмен орналасуында түрткінің шектеулі түрі кездеседі, яғни жүрек кеудеге аз көлемімен түйіседі.

Жүрек түрткісінің биіктігі деп — кеуде қуысы тербелісінің амплитудасын айтамыз. Биіктігі жағынан жүрек түрткісі *жоғары және төмен* болып екіге бөлінеді.

Пальпация әдісімен зерттеу кезінде жүрек ұшының саусақтарға әсер ететін қысымы — *жүрек ұшы түрткісінің күші* деп аталады. Ол сол жақ қарыншаның жиырылуына байланысты болады. Алдыңғы екі қасиеті сияқты, түрткінің күші де кеуде қуысының қалыңдығына және оған жүрек ұшының жақын орналасуына байланысты. Ең бастысы, ол сол жақ қарыншаның жиырылу күшіне сәйкес келеді.

Пальпация жасалғанда *жүрек түрткісінің серпімділігін* байқауға болады, бұл дегеніміз гипертрофия кезінде сол жақ қарыншаның бұлшық еті тығызданады, серпімділігі артады. Ал сол жақ қарынша қатты қалындағанда "күмбез" тәрізді түрткі сезіледі, себебі бұл кез-де жүрек кеуде қуысына тығыз жанасып жатады.

Қалыпты жағдайда жүрек ұшы түрткісі ортаңғы бұғана сызығынан 1—2 см оңға қарай бесінші қабырға аралығында жатады. Егер науқас сол жағымен жатса, бұл нүкте солға 2 см, оң жағымен жатса, оңға 1—1,5 см ығысуы мүмкін. Ал адам тік тұрғанда мұндай өзгерістер болмауы тиіс. Жүрек ұшының ығысуына жүректен тыс себептер де әсерін тигізеді. Оларға кеуде пердесінің жоғары тұруы, кеуде қуысы көлемінің өзгеруі, өкпенің бүрісіп қалуы т. с. с себептер болады.

Құрсақ қуысында қысымның артуынан кеуде пердесі жоғары тұрады (шемен, күпсек, семіздік, жүктілік т. б.). Бұл кезде жүрек ұшы солға ығысып, жоғары көтеріліп, көлденең жатады. Керісінше, кеуде пердесі төмен түскенде (құрсақ қуысында қысымның төмендеуінде, өкпе эмфиземасы, дене құрылысының астеникалық типі, жүдеулік, висцероптоз) — ол төмендейді. Осының бәрі жүрек ұшының төмен, оңға бұрылып, тік орналасуына әсерін тигізеді.

Өкпе қабы қуысының бір жақ бөлігінде қысымның көтерілуі мүмкін, бұл көбінесе сұйықтық жиналғанда, ол сияқты (экссудатты плеврит ауруында, бір жақты гидроторакс, гемоторакс) жүрек қарама-қарсы жаққа ығысқанда пайда болады. Бұл кезде жүрек ұшының түрткісі де соған сәйкес жылжиды.

Өкпе бүрісіп, көлемі кішірейген кезде және обтурациялық ателектаздар кезінде (бронхтан өкпеге тараған қатерлі ісік, бөгде заттар) жүрек ұшы патологияның өсерінен өзгерген жаққа қарай жылжиды. Жүрек ауруларының өсерінен сол жақ қарыншаның кенеюі және қалындауы (қолқа қақпақшасының



қауы, екі жармалы қақпақша қызметі жетіспеушілігі, қан қысымының үлкен қан айналымында жоғарылауы, атеросклерозда, кардиосклерозда) жүрек ұшының түрткісін солға қарай жылжытады, қолқа қақпақшасы қызметінің жетіспеушілігінен ол солға және төмен қарай жылжиды.

Туа біткен аномалияларда — іш құрылыстары қарама-қарсы жақта орналасса (*situs visceruminversus*), жүрек оң жақта жатады, сондықтан жүрек ұшының түрткісі де оң жақта болады.

Ерекше ескеретін нәрсе — жүрек қабына сұйық көп жиналса жүрек ұшының түрткісі мүлдем сезілмейді және ол салыстырмалы тұйықтыққа сәйкес келмейді. Сол жақ өкпе қабы қуысына сұйықтық жиналғанда (экссудативті плеврит, гидроторакс, гематорокс), жүрек ұшының түрткісі сезілмейді.

Жүрек қабы кеудеге жабысып тұрса, бұл кезде систола фазасында жүректің алға қарай ығысудың орнына, артқа жылжығаны байқалады, осындай түрткіні *жүрек ұшының теріс түрткісі* депатайды.

Жүрек ұшының түрткісінен басқа жүрек түрткісіне де көңіл бөлу қажет, ол оң жақ қарыншаның қызметін сипаттайды. Бұл түрткі сау адамдарда байқалмайды, сондықтан оны анықтау өте қиынға түседі. Жүрек түрткісі қарынша қалындағанда (гипертрофия) және кеңейгенде (дилатацияда) пальпация әдісімен анықталады.

"Мысық пырылы" (*flemissement cateare* — кошачье мурлыканье) симптомын анықтаудың диагностикалық маңызы өте зор, оны француз оқымыстылары жазған. Бұлай аталу себебі: жүрек үстін пальпация жасағанда мысықтың арқасын сипағанда білінетіндей пырыл сезіледі. Бұл симптом диастола фазасында митралды саңылаудың тарылуы кезінде, қолқада систола фазасында оның да қақпақшасының тарылуы кезінде, өкпе бағанасында өкпе артериясының немесе Батталов өзегінің жабылмауы салдарынан пайда болады.

4. Иллюстрациялық материал: презентация

5. Әдебиеттер: силлабустың соңғы бетінде көрсетілген

6. Бақылау сұрақтары (кері байланыс):

1. «Кеуде бақасы» дегеніміз не?
2. Жүрек пайда болу себептері қандай?
3. Жүрек ұшы түрткісі қалай сипатталады және қайда орналасқан?
4. Салыстырмалы жүрек тұйықтығы қалай анықталады?
5. Абсолютті жүрек тұйықтығы не үшін анықталады?

1. Тақырып №5: Ірі және перифериялық қантамырларды зерттеу әдістері. Диагностикалық мәні.

2. **Мақсаты:** Ірі және перифериялық қан тамырлардың зақымдану семиотикасы және клиникалық зерттеу әдістерін меңгеру.

3. Дәріс тезистері:

Жүрек ұшы түрткісін 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 тұрған нүктені дәл анықтап белгілеу керек. Егер жүрек ұшының түрткісі едәуір жерді алып көлбеп жатса, ең сыртқы, төменгі нүктені тандап аламыз. Науқастың кеудесін алға еңкейтіп ұстауын өтіну керек, неге десеңіз бұл кезде жүрек ұшының түрткісін табу ыңғайлы болады.

Жүрек түрткісінің аумағы деп түрткінің әсерінен кеуде клеткасының қозғалуын айтамыз, оның қалыпты жағдайда диаметрі 1—2 см болады. Егер ол 2 см-ден үлкен болса — *жайылған* және одан кіші болса — *шектелген* деп есептеледі. Жайылған түрткі жүрек өлшемдерінің ұлғайғанын көрсетеді, бұл жағдай адам жүдеу болғанда, қабырға аралықтары кең болғанда, сол жақ өкпенің төменгі бөлігі



жиырылғанда кездеседі. Семіздікте, өкпе ауруларында, диафрагманың төмен орналасуында түрткінің шектеулі түрі кездеседі, яғни жүрек кеудеге аз көлемімен түйіседі.

Жүрек түрткісінің биіктігі деп — кеуде қуысы тербелісінің амплитудасын айтамыз. Биіктігі жағынан жүрек түрткісі *жоғары және төмен* болып екіге бөлінеді.

Пальпация әдісімен зерттеу кезінде жүрек ұшының саусақтарға әсер ететін қысымы — *жүрек ұшы түрткісінің күші* деп аталады. Ол сол жақ қарыншаның жиырылуына байланысты болады. Алдыңғы екі қасиеті сияқты, түрткінің күші де кеуде қуысының қалыңдығына және оған жүрек ұшының жақын орналасуына байланысты. Ең бастысы, ол сол жақ қарыншаның жиырылу күшіне сәйкес келеді.

Пальпация жасалғанда *жүрек түрткісінің серпімділігін* байқауға болады, бұл дегеніміз гипертрофия кезінде сол жақ қарыншаның бұлшық еті тығызданады, серпімділігі артады. Ал сол жақ қарынша қатты қалындағанда "күмбез" тәрізді түрткі сезіледі, себебі бұл кез-де жүрек кеуде қуысына тығыз жанасып жатады.

Қалыпты жағдайда жүрек ұшы түрткісі ортаңғы бұғана сызығынан 1—2 см оңға қарай бесінші қабырға аралығында жатады. Егер науқас сол жағымен жатса, бұл нүкте солға 2 см, оң жағымен жатса, оңға 1—1,5 см ығысуы мүмкін. Ал адам тік тұрғанда мұндай өзгерістер болмауы тиіс. Жүрек ұшының ығысуына жүректен тыс себептер де әсерін тигізеді. Оларға кеуде пердесінің жоғары тұруы, кеуде қуысы көлемінің өзгеруі, өкпенің бүрісіп қалуы т. с. с себептер болады.

Құрсақ қуысында қысымның артуынан кеуде пердесі жоғары тұрады (шемен, күпсек, семіздік, жүктілік т. б.). Бұл кезде жүрек ұшы солға ығысып, жоғары көтеріліп, көлденең жатады. Керісінше, кеуде пердесі төмен түскенде (құрсақ қуысында қысымның төмендеуінде, өкпе эмфиземасы, дене құрылысының астеникалық типі, жүдеулік, висцероптоз) — ол төмендейді. Осының бәрі жүрек ұшының төмен, оңға бұрылып, тік орналасуына әсерін тигізеді.

Өкпе қабы қуысының бір жақ бөлігінде қысымның көтерілуі мүмкін, бұл көбінесе сұйықтық жиналғанда, ол сияқты (экссудатты плеврит ауруында, бір жақты гидроторакс, гемоторакс) жүрек қарама-қарсы жаққа ығысқанда пайда болады. Бұл кезде жүрек ұшының түрткісі де соған сәйкес жылжиды.

Өкпе бүрісіп, көлемі кішірейген кезде және обтурациялық ателектаздар кезінде (бронхтан өкпеге тараған қатерлі ісік, бөгде заттар) жүрек ұшы патологияның өсерінен өзгерген жаққа қарай жылжиды. Жүрек ауруларының өсерінен сол жақ қарыншаның кеңеюі және қалындауы (қолқа қақпақшасының ақауы, екі жармалы қақпақша қызметі жетіспеушілігі, қан қысымының үлкен қан айналымында жоғарылауы, атеросклерозда, кардиосклерозда) жүрек ұшының түрткісін солға қарай жылжытады, қолқа қақпақшасы қызметінің жетіспеушілігінен ол солға және төмен қарай жылжиды.

Туа біткен аномалияларда — іш құрылыстары қарама-қарсы жақта орналасса (*situs viscerum inversus*), жүрек оң жақта жатады, сондықтан жүрек ұшының түрткісі де оң жақта болады.

Ерекше ескеретін нәрсе — жүрек қабына сұйық көп жиналса жүрек ұшының түрткісі мүлдем сезілмейді және ол салыстырмалы тұйықтыққа сәйкес келмейді. Сол жақ өкпе қабы қуысына сұйықтық жиналғанда (экссудативті плеврит, гидроторакс, гемоторакс), жүрек ұшының түрткісі сезілмейді.

Жүрек қабы кеудеге жабысып тұрса, бұл кезде систола фазасында жүректің алға қарай ығысудың орнына, артқа жылжығаны байқалады, осындай түрткіні *жүрек ұшының теріс түрткісі* деп атайды.

Жүрек ұшының түрткісінен басқа жүрек түрткісіне де көңіл бөлу қажет, ол оң жақ қарыншаның қызметін сипаттайды. Бұл түрткі сау адамдарда байқалмайды, сондықтан оны анықтау өте қиынға түседі. Жүрек түрткісі қарынша қалындағанда (гипертрофия) және кеңейгенде (дилатацияда) пальпация әдісімен анықталады.

"Мысық пырылы" (*flemissement cateare* — кошачье мурлыканье) симптомын анықтаудың диагностикалық маңызы өте зор, оны француз оқымыстылары жазған. Бұлай аталу себебі: жүрек үстің пальпация жасағанда мысықтың арқасын сипағанда білінетіндей пырыл сезіледі. Бұл симптом диастола фазасында митралды саңылаудың тарылуы кезінде, қолқада систола фазасында оның да



қақпақшасының тарылуы кезінде, өкпе бағанасында өкпе артериясының немесе Батталов өзегінің жабылмауы салдарынан пайда болады.

Жүрек маңындағы басқа солқылдатулар (пульсациялар)

Дені сау адамда қолқаның соғуы, астениктерді ескермегенде, айтарлықтай байқалмайды. Ол тек кеңейгенде ғана пальпация әдісімен анықталады. Қолқаның жоғарғы бөлігі кеңейсе, соққысытөстің оң жағынан, ал оның доғасы кеңейсе - төс сүйегі сабының маңайынан байқалады.

Эпигастриялық пульсация (*Хатцер симптомы*) дегеніміз - құрсақ үстінің көрер көзге жүрек соққысымен синхронды көтеріліп түсуі, ол оң жақ қарыншаның ұлғаюымен қатар құрсақ қолқасының және бауырдың соғуына байланысты болады. Егер эпигастралдық пульсация оң жақ қарыншаның соғуынан пайда болған болса, демді ішке тартқан кезде анығырақ көрінеді, ал ол құрсақ қолқасының пульсациясынан болса, керісінше дем алу кезінде азайып кішірейеді. Пальпация әдісімен бауыр пульсациясын анықтауға болады. Бауырдың соққысы көбінесе үш жармалы қақпақшаның жетіспеушілігінен пайда болады, яғни систола кезінде қан оң жақ жүрекшеден төменгі қуыс көктамырына және бауыр көктамырларына қайтып айдалуы нәтижесінде туындайды.

4. Иллюстрациялық материал: презентация

5. Әдебиет: силлабустың соңғы бетінде көрсетілген

6. Бақылау сұрақтары (кері байланыс):

1. Мойын тамыр пульсациясының соғуы немен байланысты?
2. Ұйқы артерия пульсінің пайда болу себептері?
3. Оң және теріс вена пульсінің айырмашылығы.
4. Теріс апикальды импульс қашан пайда болады?
5. АҚҚ анықтауда қандай әдістер қолданады.

1. Тақырып №6: Қалыпты және патологиялық жағдайдағы жүрек аускультациясы.

Диагностикалық мәні.

2. Мақсаты: Студенттерге жүрек қантамыр жүйесін аускультациясын үйрету. Жүректі тыңдау қантамырлар жүйесіндегі ең маңызды физикалық әдісі болып табылады. Аускультация кезінде жүректен шыққан дыбыстар бағаланады.

3. Дәріс тезистері:

Аускультация

Жүректі төменде көрсетілген тәртіппен тыңдау қажет.

Науқастың қалпы. Дәрігер жүрек-қан тамырлар жүйесі ауыратын науқастарды тыңдағанда әр жағдайда, яғни тік тұрғызып та, жатқызып та тыңдауға дағдылануы 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 тыңдағанда дәрігер науқастың оң жағында тұруы керек. Дәрігердің тыңдайтын нүктелеріне стетоскопты қоюына ештеңе кедергі болмауы тиіс.

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

Жүректі дем алудың 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 тындауды бірнеше рет қайталауға болады.

Кеуде алдынан жүректі тындайтын нүктелер мен олардың орындары. Жүрек қақпақшаларының саңылаулары жүрек негізінде жатады, олар кеуде алдындағы проекцияда біріне-бірі өте жақын орналасқан (28-сурет).

Екі жармалы қақпақшаның проекциясы сол жақта үшінші қабырғаның төске түйіскен жерінде; ал қолқа қақпақшасы төстің ортасында үшінші қабырғаның шеміршегі тұсында; өкпе артериясының қақпақшасы - төстің сол жағында, екінші қабырға аралығында; үшжармалы қақпақша төстің артында, екі нүктенің арасынан өтетін сызықтың ортасында, яғни сол жақта үшінші қабырғаның шеміршегі түйіскен тұста, ал оң жақтан бесінші қабырға шеміршегінің түйіскен жерінде.

Әрине қақпақшалардың осыншама жақын орналасуы жүректе пайда болған дыбыстарды бір-бірінен айыру үшін өте қиындық туғызады. Сондықтан клиникалық ұзақ бақылаудың нәтижесінде жүректі тындау нүктелерін және дыбыстың әрбірқақпақшадан қайда жақсы берілетініне байланысты мынадай тұжырым жасалған : екі жармалы қақпақша пайда болған дыбысты жүректің ұшынан жақсы естілетіні дәлелденген.

Қолқа қақпақшасы төстің оң жақ жиегінде екінші қабырға аралығында орналасады (Б). Өкпе артериясы - төстің сол жақ жиегінде екінші қабырға аралығында (В). Үш жармалы қақпақша - төстің төменгі жағында оның семсер тәрізді өсіндісінің негізінде орналасқан (Г).

Қолқа қақпақшасынан қосымша нүктені С. П. Боткин ұсынған болатын, сонымен бұл нүкте сол кісінің есімімен *С. П. Боткин нүктесі* аталады. Бұл үшінші және төртінші қабырғаның төстің сол жақ жиегіне бекітілген жеріне сәйкес келеді. Айтылған нүктелердің ішінде өзінің нағыз проекциясына жетпей жатқан ол екі жармалы қақпақша. Бұл қақпақшада пайда болатын дыбыс сол жақ қарыншаның қалың бұлшық еті арқылы систола фазасында кеудеге жақындайды, сондықтан дыбыс жақсы естіледі. Қолқа қақпақшасы екінші қабырға аралығында - оң жақта төстің жиегінде - оның нағыз проекциясынан бірталай жерде, мұндай дыбыстың жақсы естілуі қанның ағымына тікелей байланысты болады.

Жүректі тындау тәртібі. Жүректі төменде көрсетілген тәртіппен тындайды: ең бірінші жүрек ұшынан екі жармалы қақпақшада пайда болатын дыбыстар (бірінші нүкте). Екінші қабырға аралығы оң жақтан қолқа қақпақшасы (екінші нүкте), кейін сол жақ екінші қабырға аралығында өкпе артерия қақпақшасы (үшінші нүкте). Төстің төменгі жағында семсер тәрізді өсіндінің негізінде — үш жармалы қақпақша (төртінші нүкте). Ең соңында Боткин нүктесі, ол үшінші мен төртінші қабырғаның арасында төстің сол жағында орналасқан. Бұл нүктеден қолқа қақпақшасынан естілетін дыбысты тындайды. Жүрек қақпақшаларында кездесетін ақаулар көбінесе екі жармалы және қолқалық қақпақшаларда кездеседі.

Жүректі физикалық күш түсіргеннен соң тындау өте тиімді. Жүректі тындағанда дыбыс түсініксіз айқын естілмесе, егер науқастың хал жағдайы көтере алатын болса науқастан бірнеше рет тізесін бүгіп отырып тұруды сұрау қажет. Бұл кезде жүрек бұлшық етінің жиырылуының тездігінен қан ағымы жылдамдайды да бұл дыбысты айқын ажыратуға көмектеседі (екі жармалы қақпақшаның тарылуындағы пресистолалық шуыл).

Сау адамның жүрегін тындағанда естілетін дыбыстар. 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 тындағанда осы кезеңде қанның қарыншадан қолқаға, өкпе артериясына өткені естілмейді, неге десеңіз қарынша мен қан тамырлар арасындағы саңылау кең, қан өткенде ешқандай кедергі болмайды, сондықтан қан шусыз өтеді, бұл кезде қосымша дыбыстар пайда болмайды.

I дыбыс (тон) қысқа үзіліспен, яғни қарыншаның систола фазасынан тұрады.

II дыбыстан (тон) кейін ұзақ үзіліс болады, бұл кезде қан жүрекшеден қарыншаға өтеді, атриовентрикулярлық саңылауы қалыпты жағдайда кең болғандықтан, қан қарыншаға дыбыссыз өтеді.

Сондықтан дыбыс естілмейді. II дыбыстан (тон) кейінгі ұзақ үзіліс қарыншаның диастоласынан тұрады. Үлкен үзіліс шамамен 0,43 сек. созылады. Кей жағдайларда I және II дыбыстан (тон) басқа III-IV дыбыстар да (тон) естілуі мүмкін (29-сурет).

III дыбысты (тон) ең бірінші В. П. Образцов естіп, оның пайда болу механизмін жазған. Бұл қарынша қанмен жылдам толғанда,

Жүрек дыбыстарының (тон) пайда болу механизмі. Бұның механизмін жақсы түсіну үшін, алдымен жүректің қызметін жақсы меңгерген жөн. Алғашында жүрекшенің жиырылуы, кейін қарыншаның жиырылып, ішіндегі қанды сығып шығаруы фазасын білу шарт. Жүрек дыбыстарының пайда болуын білу үшін: жүрек циклының фазаларын түсіну қажет.

Қарыншаның жиырылуы мен оның бастапқы ерекше кезеңдері:

1. Асинхронды жиырылу фазасы; бұл кезде миокардтың бар бөлігі дерлік жиырылмайды, яғни бүкіл аумағы қамтылмайды, ал қарып шаның ішіндегі қысым көтерілмейді.

2. Изометриялық жиырылу фазасы; бұл кезде миокардтың негізгі аймақтары бөліктері жиырылады, осы фазада атриовентрикулярлы қақпақшалар жабылады, сөйтіп аз да болса қарынша ішінің қысымы жоғарылай бастайды.

3. Қанды айдау фазасы: қарынша ішіндегі қысымның жоғарылауының нәтижесінде ірі қан тамырларының қақпақшалары ашылады. Сөйтіп қан өрі қарай ағады (жүреді).

Қанды айдағаннан кейін қарынша босаңси бастайды — бұл диа-стола кезеңі, осы кезде қолқаның айшық төрізді қақпақшалары жабылады. Атриовентрикулярлы және айшық төрізді қақпақшалар жабылғанымен қарыншалар әлі босаңсуда болады, бұл мерзім қарыншадағы қысым жүрекшенің қысымынан төмен болғанға дейін созылады (изометриялық босаңсу фазасы). Осыдан кейін атриовентрикулярлы саңылаулар ашылып, қан қарыншаларға өте бастайды. Диастоланың басында жүрекше мен қарыншадағы қысымның айырмашылығы өте жоғары болады, сондықтан да қарынша қанға жылдам толады (қарыншаның жылдам толу фазасы). Кейін қанның ағымы бөсең-си бастайды (жөй толу фазасы). Осыдан кейін барып жүрекшенің систоласы басталады, сөйтіп жүрек циклі осылай қайталап отырады.

Естілетін I дыбыс (тон) систоланың басындағы дыбыстардан пайда болады. Бұл дыбыстың пайда болуы қарыншаның бұлшық сттерінің жиырылуының нәтижесінде (**бұлшық ет компоненті**). Атрионентрикулярлы қақпақшалардың қозғалысы және жабылуы, сонымен қатар папиллярлы еттердің қозғалысы да (**қақпақша компоненті**) осының әсерінен. Бұлардан басқа, I дыбыстың пайда болуына жүрекшелердің жиырылуының да үлесі бар (**жүрекше компоненті**). Қан қарыншадан қан тамырларына өткенде (оның алғашқы кезінде) қолқаның және өкпе артериясының қозғалысы (**қан тамырлар компоненті**) болатынын білдік. Сонымен, I дыбыс изометриялық қарыншаларға күш түскенде және қанды қан тамырларға айдаудың бастапқы кезінде пайда болады. I дыбыстың (тон) ұзақтығы 0,08—0,12 сек.

II дыбыстың пайда болу механизмі қолқаның және өкпе артериясының айшық төрізді қақпақшаларының жабылуынан және қантамырларының қозғалысы әсерінен болады. Оның ұзақтығы 0,05— 0,08 сек.

Тындағанда қарыншаның систоласын диастоладан қалай ажыратуға болады?

Жүректі тындағанда қарыншаның систоласын диастоладан ажырата білу керек. Оның жүрек ауруларының диагностикасында маңызы өте зор.

Жүре келе пайда болатын жүрек қақпақшаларының ақауында (екі жармалы және үш жармалы қақпақшалар қызметінің жетіспеу-шілігінде, қолқа сағасының тарылуы), іштен туған жүрек ақауларында да (өкпе артериясының сағасының тарылуы, Баталов түтігінің жабылмауы және қарыншалар аралығында саңылау қалу) кездеседі.

Бұл кезде жүректе систолалық шуылдар естіледі, ал басқа ақауларда да бұндай дыбыстар естілуі мүмкін (сол жақтағы, оң жақтағы атриовентрикулярлық саңылаулардың тарылуы, қолқа және өкпе артериясының қақпақшалары қызметі жетіспеушілігінен шуыл диастола фазасында естіледі).

Сондықтан қауаларды бірінен-бірін айырғанда өте қажетті нәрсе — ол жүректің қай фазасында шуылдың пайда болу механизімін білу қажет.

Систоланы диастоладан ажырата білу үшін, I дыбысты (тон) II дыбыстан (тон) айыра білу қажет. I дыбыс (тон) пен II дыбыстың (тон) арасында қысқа үзіліс болады, бұл қарыншаның систоласына сәйкес келеді, яғни I дыбыс пен одан кейін пайда болатын қысқа үзілістен тұрады. Қарыншаның диастоласы II дыбыс (тон), ұзақ үзілістен — алдында тұрады. Екі дыбыс та өздеріне тән қасиеттерімен ерекшелінеді.

1. I дыбыс (тон) жүректің ұшынан жақсы естіледі, күштілеу де және қатты, ұзақ.

2. II дыбыс (тон) қысқа үзілістен кейін пайда болады. Мұның себептері жүрек ұшына екі жармалы қақпақшада болатын дыбыстар жақсы тарайды. Ол сол жақ қарыншаның күшейіп жиырылуынан, қақпақшалардың хордалық жіпшелерінің қозғалысынан I дыбыс (тон) пайда болады. II дыбыс (тон) бұдан қашықтау жерде пайда болады және бұл аймаққа әлсіз тарайды.

3. I дыбыс (тон) жүрек ұшының түрткісімен, ұйқы артериясы-ның және пульстің соғуына сәйкес келеді.

4. II дыбыс қабырға аралығында оң жақта (қолқа) және төстің жиегінде, сол жағында (өкпе артериясы) I дыбысқа қарағанда II дыбыс жақсы естіледі. Осы жерге айшық тәрізді қақпақшалардың жабылғанынан пайда болатын II дыбыс та жақсы естіледі.

4. Иллюстрациялық материал: презентация

5. Әдебиет: силлабустың соңғы бетінде көрсетілген

6. Бақылау сұрақтары (кері байланыс):

1. Жүрек шуылдарының пайда болу себептерін атаңыз.

2. Жүрек аускультациясында не естіледі?

3. Жүрек шуылдарының диагностикалық маңызы.

4. Жүрек аускультациясының ерекшеліктері.

5. Жүректің тыңдау нүктелерін атаңыз.

1. Тақырып №7: Асқорыту жүйесінің патологиясы бар науқастарды зерттеу әдістері.

Диагностикалық мәні.

2. **Мақсаты:** Қауіп тобын ажырату және медициналық профилактика жиынтығын жүргізу үшін асқазан ішек тракты ауруларының қауіп факторларын студенттерге оқыту (АІТ).

3. Дәріс тезистері:

Дисфагия — тағамның өңеш арқылы өтуінің нашарлауы. Бұл өңеш ауруларында ең жиі кездесетін симптомдардың бірі. Науқас өңешіне астың тұрып қалуы (өңеші түйіліп) мен оның ауырғанын сезінеді. Дисфагия өңештің органикалық немесе функционалдық тарылуынан болады. Органикалық тарылу біртіндеп басталады, ол қатерлі ісікте күшейе түседі. Алғашқыда қою, сосын жұмсақ, соңында сұйық тағамның да жүруі нашарлайды. Қатерлі ісіктің ыдырауы кезінде уақытша болса да өңештің өткізгіштігі қалпына келгендей сезім пайда болады. Өңешке бөгде зат түскенде, сол сияқты өңештің ішкі қабаты улы заттардың түсуіне байланысты күйгенде, дисфагия лезде пайда болады. Сонымен қатар ол өңешке сыртқы денелердің батып, оның қысылуынан, көбінесе қолқа аневризмасы кезінде, жүрек қабының ісігінің әсерінен де пайда болуы мүмкін. Өңештің функционалдық тарылуы өңеш бұлшық еттерінің рефлекторлы болуынан, яғни невроз кезінде иннервациясының бұзылуы себебінен екені сөзсіз, сол сияқты оған өңеш бұлшық еттерінің қатты тарылып, жиырылуы да әсер етеді.

Ауру (dolor) — бұл өңештің кілегей қабатының қабынуы кезінде, яғни эзофагит ауруында байқалады. Өңештің ішкі қабаты сілтілер мен қышқылдардың әсерінен күйіп қалғанында, науқас ауырғанын бүкіл өңештің ұзына бойына сезінеді. Өңештің ауруы жауырынның екі ортасына беріледі. Кардия ахалазиясы ауруында ауыру сезімі әдетте арқаға, төс сүйегінің жоғарғы жағына қарай, мойынға, иек асты, жақ сүйекке беріледі. Аурудың ұзақтығы бірнеше минутқа немесе сағатқа созылуы мүмкін. Кеуде пердесіндегі өңеш тесігінің жарығы жөно асқазан-өңеш рефлюкс ауруы кезінде ауырғанын кеуде клеткасының сол жағына қарай беріледі және ол жүрек ауруы сияқты сезіледі.



Құсу (*emesis, vomitus*) — бұл өңештің тарылуынан болады. Тағам өңештің тарылған жерінен жоғары кеңейген жеріне жиналады да, оның бұлшық еттерінің жиырылуының нәтижесінде тағамды сыртқа рефлекс түрінде итеріп шығарады. Құсу бірнеше белгілермен ерекшелінеді: ол лоқсусыз болады, науқас тағам тұрып қалған сияқты сезінеді. Құсықтың құрамын зерттегенде, онда қорытылмаған ас қалдығы немесе тұз қышқылы, пепсин бар-жоқтығына көз жеткізу керек. Егер құсықта шіріген иіс пайда болса, ол өңеш дивертикуласын немесе қатерлі ісіктің ыдырауың көрсетеді.

Тамақтың өңештен кері қайтарылуы, ол өңештің тарылған жерінен өте алмағандығынан болады. Бұл белгі көбінесе нерв жүйесі сырқаттарында жиі байқалады. Сонымен бірге ол өңештің төменгі бөлігінің тарылуынан да болуы мүмкін.

Сілекейдің ағуы — бұл белгі эзофагит ауруында кездеседі. Өңештің тесігінің (тырысып, бүрісіп) тарылуы, кейде қатерлі ісіктің салдарынан да болады.

Шірік иісті сезіну — өңештің қатерлі ісігінде және кардия ахалазиясы кезінде ас қалдықтарының жиналып қалуынан және оның шіруінен пайда болады.

Қыжылдау (*pirosis*) симптомы — ол төстің төменгі жағынан сезіледі. Ол асқазандағы ас қалдығы өңештің төменгі бөлігіне қайта түсуінен және сол сияқты эзофагит рефлюксінің (кері ағуының) өсерінен де болады.

Қан кету. Ол өңештің жарасы кезінде байқалады, сондай-ақ бөгде заттардың әсерінен өңештің жарақаттануынан, қатерлі ісіктің ыдырауынан болады. Кейде өңештің кеңейген вена қан тамырынан қан кету себебінен, оның кілегей қабатының өңеш пен асқазанның кардиалды бөлігінің байланысынан, оның аймағындағы кернеудің күшеюінен, тамырлардың кішігірім жарылуынан пайда болады (Меллори-Вейса синдромы).

Ауру тарихы

Аурудың ағымы өңештің органикалық зақымдануы кезінде күшейіп, оның функционалдық ауруларында (ахалазия кардии) психикалық себеп-шарттарға байланысты кейде қайталап кезек-кезек алмасып отыруы мүмкін. Науқастың өмір тарихын сұраудың нәтижесінде өңештің күйгенін (сілтімен, қышқылмен) анықтауға болады. Бұрын басқа қандай аурумен ауырғанын, әсіресе мерез ауруымен ауырған-ауырмағанын білген жөн. Науқастың арыз-шағымы дисфагияға, кейде мерездік өзгерістеріне байланысты болады. Өңеш бүйірқалтасының болуы бұрын ауырған бронхоаденит, әсіресе туберкулез ауруына байланысты болуы мүмкін.

Физикалық зерттеу әдістері

Өңеш ауруларының диагностикасында физикалық зерттеу әдістерінің маңызы айтарлықтай емес, ол өңештің анатомо-топографиялық орналасуына және тікелей зерттеу әдістерін қолдану мүмкіндігінің аздығына байланысты. Жалпы қарау кезінде науқастың қатты жүдегенін байқауға болады, себебі өңеш рагы және ахалазиясы кезінде астың өңеш бойымен жүруі бұзылады. Ұзақ уақытқа созылған өңештің тарылуы кезінде оның жоғарырақ орналасқан бөлігі біршама кеңейеді, ол біртіндеп өкпені қысып, тыныстың рестриктивті тарылуын тудыруы мүмкін.

Аспаптық және зертханалық зерттеу әдістері

Рентгенологиялық зерттеу. Рентген әдісімен зерттеу кезінде науқас контрастты затты жұтады, оның өңешпен өтуі кезінде кілегей қабатының жағдайы, қозғалу қызметі, орналасуы, пішіні, көлемі және контуры зерттеледі. Қазіргі кезде рентген әдісінің мына төмендегідей түрлері қолданылады: контрастты рентгеноскопия мен рентгенография, екі есе күшейтілген контрасттау әдісі, рентгенокимография, рентгенотелевидение, рентгенокинематография, компьютерлік томография, пневмомедиастинография, ядерлі-магнитті резонанс және т. б. Әсіресе науқастың қалпын әр түрлі жағдайда өзгертіп отырып рентгенге түсіру көп мәлімет береді.

Эзофагоскопия

Эзофагоскопия өңештің обыр және ойық жарасын, кілегей қабатының зақымдануын (қабынуы, атрофиясы, геморрагиялық және эрозивті өзгерістер) сипаттауда рентген әдісіне қарағанда көбірек мәлімет береді. Қажет болған кезде өңештің кілегей қабатынан биоптат алынады, алынған материал

гистологиялық және бактериологиялық зерттеуге бағытталады. Эзофагоскопия бірқатар емдік манипуляциялар өткізуге мүмкіндік береді: өңешті кеңейту (бұждау), варикозды кеңейген веналарды склероздату, полипэктомия, қан ағып тұрған тамырды электр ағымымен күйдіру.

Басқа да зерттеу әдістері

Цитологиялық зерттеу. Бұл әдіс өңештің қатерлі ісіктерін зерттеу де қолданылады. Материал ретінде өңешті жуып-шайған су немесе кілегей қабатының зақымдалған, не күдікті деген жерінен алынған қырынды зерттеледі.

Өңешішілік рН-метрия. 10 секунд ішінде өлшенген өңешішілік рН көрсеткішінің 4,0-тен төмен болуы асқазанның қышқыл құрамының үнемі өңешке түсіп көтеріліп отыруының (гастроэзофагалды рефлекс) белгісі болып табылады.

Өңештік манометрия. Бұл әдіс өңештің бұлшық еттерінің жиырылу қабілетін зерттейді. Өңештің әр түрлі деңгейіне өдейі сенсорлар орналастырылады. Науқасқа су жұтқызады. Қалыпты жағдайда өңештің төменгі сфинктерінің тұсындағы қысым 20—40 мм. сынап бағанасына тең. Ахалазия кезінде қысым жоғары көтеріледі және сфинктердің босаңсу қабілеті томендейді.

Баллонокимографиялық әдіс. Бұл әдіс өңештің функционалдық және құрылымдық өзгерістерін анықтау үшін қолданылады. Шетінде жұқа резеңкеден жасалған баллон орнатылған сүңгіні науқасқа жұттырады, оған шамамен 100—200 мл. ауа жіберіледі. Сүңгінің екінші шетін тіркейтін құралға жалғап, эзофаграмма жазылып отырады. Бұл әдіспен өңеш бұлшық еттерінің күшін, ырғағын, жиырылу жиілігін (қалыпты жағдайда минутына 3 рет), толқи жиырылуын анықтауға болады.

Фармакологиялық сынақтар. Науқасқа тіл астына нитроглицерин беріледі немесе атропин ертіңдісін тері ішіне енгізеді. Функционалдық сипатты өзгерістер тұсында дәрілердің әсерінен өңештің тарылған бөлігінің тонусы төмендейді де, оның өткізгіштігі жақсартады. Ал өңештің органикалық тарылуында мұндай құбылыс байқалмайды.

4. Иллюстрациялық материал: презентация

5. Әдебиет: силлабустың соңғы бетінде көрсетілген

6 Бақылау сұрақтары (кері байланыс):

1. Асқорыту ағзалары ауруларының қандай негізгі шағымдарын білесіздер?
2. Науқасты жалпы қарағанда неге көңіл аудару қажет?
3. Іш пальпациясының қандай түрлерін білесіз?
4. Іштің терең пальпациясы қандай мәлімет береді?
5. Науқастарды тексеру кезінде қандай физикалық әдістер қолданылады?

1. Тақырып №8: Зәр шығару жүйесінің патологиясы бар науқастарды зерттеу әдістері.

Диагностикалық мәні.

2. Мақсаты: Қауіп тобын ажырату және медициналық профилактика жиынтығын жүргізу үшін зәр шығару жүйесі ауруларының қауіп факторларын студенттерге үйрету.

3. Дәріс тезистері:

Бүйрек ауруларымен ауыратын науқастың шағымдары әр түрлі болады. Негізгі шағымдар: ауыру (бас ауыруы, бүйрек және несеп жолдары тұсының ауыруы, несепке отырған кездегі ауыру сезімі), ісіну, несеп бөрудің бұзылуы, көздің көруінің нашарлауы, қызудың көтерілуі, тері қышымасы.

Ауыру сезімі. Кейбір жағдайларда науқастың басының ауыруы, бас айналуы, көрудің нашарлауы сияқты шағымдар болады. Жедел және созылмалы нефритте, созылмалы пиелонефритте, біріншілік және екіншілік нефросклерозда, бүйрек поликистозында бұл шағымдардың барлығы дерлік қан қысымының көтерілуінен болады. Бүйрек және несеп жолдары зақымданғанда ауыру сезімі & л^й мағынға, несеп жол-дарының бойында және қ^ык/гүсыңца болады. Жедел және созылмалы гломерулонефритте, пиелонефритте бел аймағы тұрақты түрде сыздап ауырады. Аталған аурулардағы луру механизмі негізінен қанның іркілуіне сәйкес бүйректің үлкейіп, оның сыртқы қабышың керілуіне байланы-сты болады. Бүйрек тұсынан басталып несеп жолы бойымен төмен қуық маңыша тарайтын жедел ұстамалы ауыру бүйрек тас ауруларыша тән. Мұндай ауру сезімінің механизмі — тастың несеп жолымен қозға-лған кезінде зәр жолындағы нерв ұштары тітіркеніп несеп жолының



тегіс бұлшығқ етінің жиырылғанынан болады. Қуық ауруларында (ци-стит, туберкулез, папилломатоз) қасағанын үсті сыздап ауырады. Ал үрпі қабынғанда ауыру сезімі зәр бөлінгенде де пайда болады.

Науқастың негізгі шағымдарының бірі — **ісік**. Ол созылмалы гло-мерулонефритте, липоидты нефрозда, бүйрек амилоидозында болады. Бүйрек ісіктерінің пайда болу механизмдері: 1) зәрмен белок-тың тұрақты түрде болініп отыруынан қан плазмасындағы жалпы белок мөлшері азаяды (гипопротеинемия). Сондықтан онкотикалық қысым төмендейді; 2) бүйрек ауруларының себебінен шумақтық сүзілуі мен өзекшелік қайта сіңірілуі бұзылып, натрий мен судың болінуі нашар-лайды, тіңцерде су жиналады; 3) капилляр қабырғаларының өткізгіштігі күшейеді; 4) тұз-су алмасуының нейроэндокриндік реттелуі бұзыла-ды. Бүйрек ісіктері тез дамиды да, тез тарайды, беттен басталып, бүкіл денеге тарайды, түсі бозғылт, басып қарағанда жұмсақ (57-сурет). (Түрлі-түсті суретті қараңыз).

Келесі негізгі шағымның бірі — **зәр бөлудің бұзылуы**. Оның түрлері: полиурия, анурия, олигурия, поллакиурия, никтурия, изурия, дизурия, странгурия. Белгілі бір уақыт мезгілінде болінген зәр мөлшерін диурез деп атайды. Қалыпты жағдайда сау адамның тәуліктік диурезі 1—1,5 л шамасында, зәр белудің бұзылуы **дизурия** деп аталады. Полиурия деп тәуліктік диурездің екі литрден көп болінуін айтады. Полиурияның себептері бүйректен тыс және бүйрекке байланысты больш екіге бөлінеді.

Бүйрекке байланысты себептері: 1) бүйрек жеткіліксіздігінің теңгергештік сатысы, 2) ісік қайтқан кезде.

Полиурияның бүйректен тыс себептері: 1) қант диабеті; 2) қант-сыз диабет; 3) зәр жүргізетін дәрілер қабылдағанда.

Олигурия деп тәуліктік диурездің 500 мл-ден аз бөлінуін атайды. Олигурияның себептері бүйрекке байланысты жене бүйректен тыс больш болінеді.

Бүйрекке байланысты себептері: 1) жедел нефрит; 2) нефроздың ісіну сатысы; 3) бүйректің жедел жеткіліксіздігі.

Бүйректен тыс себептері: 1) қызу көтерілгенде (қатты терлегенде); 2) тоқтаусыз құсықта; 3) іш откенде; 4) ісікте.

Анурия деп несептің болінуінің тоқтауын айтады. Анурия бүй-ректік және бүйректен тыс себепті болып болінеді. Бүйректік анурия бүйреkte несеп түзілмейтіндіктен болады (бүйректің жедел жеткіліксіздігінде). Бүйректен тыс анурия — ишурия деп те аталады. Ол несеп жолдарында кедергі пайда болғанда кездеседі (тас, ісік, қуықасты безінің гипертрофиясы).

Поллакиурия — кіші дәретке жиі отыру. Бұл қуық пен үрпінің қабынуына тән. Қалыпты жағдайда несепке отыру тәулігіне 4—7 рет болады.

Никтурия — несептің түнге қарай көп болінуі. Қалыпты жағдайда күндізгі диурездің түңгі диурезге қатынасы 3:1 тең. Бүйрек аурула-рында болатын никтурия полиуриямен қосарланып кездеседі.

Изурия — тәулік ішінде несептің әр уақытта бірдей мөлшерде болінуі. **Дизурия** — несеп шығару кезде сыздап ауруына байланысты қиналу, ауырсыну.

Стриангурия — несеп сыздаған — ашыған ауру сезімімен бөлінеді, бұл жағдай қуық пен үрпінің қабынуына тән.

Несеп түсінің өзгерістері. Қалыпты жағдайда несептің түсі ақшыл сары болады. Несептің түсі оның концентрациясына, құрамындағы заттардың мөлшеріне байланысты өзгеріп отырады. Несеп құрамында билирубин болса — жасыл қоңыр түске, уробилин болса — қызш қоңыр түске, кейбір дәрілер (аспирин) ақшыл қызыл түске боялады,

Несеп түсі мөлшеріне де байланысты болады. Полиурия кезінде несеп ақшыл сары, олигурия кезінде қою сары түсті болады. Несепке қан араласқанда оның түсі ет жуындысының түсіндей, ірің араласса -лайлы, ақ түсті болады. Көздің көруінің нашарлауы - көз түбі арте-рияларының тарылуынан, көздің тор қабығының ісінуі-нен болады. Пиелонефрит, пиелит, цистит, уретрит ауруларында несеп бөлу жол-дарының қабынуының саддарынан науқастың қызуы көтеріледі. Уре-мия кезінде - зәр қышқылдарының тәрі бездерінің тесіктеріне жина-луына және терідегі нерв ұштарының тітіркенуіне байланысты тері қышиды, онда тырнақпен қасыған іздер қалады.

Аурудың даму тарихы. Бүйрек ауруларының дамуын анықтау үшін науқастан бұрын жедел түрде қандай жұқпалы аурулармен ауырғанын анықтау керек. Көбіне баспа, тымау, жоғарғы тыныс жолдарының қабынуы жедел нефриттің дамуына себеп болады. Ал созылмалы инфекциялар (туберкулез, мерез), созылмалы іріңді аурулар (өкпе абсцесі, бронхоэктаз ауруы, остеомиелит) бүйрек амилоидозының дамуына әкеліп соғады. Сулема, висмут, йодпен ула-нған науқастар некронефроз ауруына шалдығуы мүмкін.

Аурудың өмір тарихы. Науқастан бұрын қандай аурулармен ауырғанш сұрау керек: пиелит, пиелонефрит ауруларының дамуыша себепші бола-тыш жедел нефритпен, бүйрек тас ауруларымен, асқынған баспа, скарла-



тина ауруларының болғанын, я болмағанын анықтау керек. Әйелдерден жүктілік кезеңі қалай өткенін, сол кезеңде ісік, зәр өзгерістері бодды ма соны сұрастыру керек. Бүйрек ауруларымен ауыратын науқастың тұрмыс және жұмыс жағдайы, аурудың даму ағымына немесе күшеюіне әсер ететін қатты суық-тигенін білу дәрігер үшін өте маңызды.

Физикалық зерттеу әдістері

Қарап тексеру. Науқасты сырттай қарағанда тері қабатының боз-ғылттығы және ісінуі байқалады. Тері қабатының бозғылттануы қан тамырларының ісік сұйығымен басылып қалуына және анемияға (эритроциттердің түзілуі азаяды) байланысты болады.

Бүйрек ауруларында ісіну әр түрлі дәрежеде болады; көзге көрінер-көрінбес ісінуден бастап, ісіктің жаппай бүкіл денені басып кетуі мүмкін. Мұндай бүкіл денеге тараған ісікті **анасарка** деп атайды. Бүйрек ісігінің жүрек ісігінен бірқатар айырмашылығы бар: 1) бүйрек ісігі тез дамиды, тез тарайды, жүрек ісігі баяу дамып, баяу тарайды;

Несеп түсі мөлшеріне де байланысты болады. Полиурия кезінде несеп ақшыл сары, олигурия кезінде қою сары түсті болады. Несепке қан араласқанда оның түсі ет жуындысының түсіндей, ірің араласса -лайлы, ақ түсті болады. Көздің көруінің нашарлауы - көз түбі артерияларының тарылуынан, көздің тор қабығының ісінуінен болады. Пиелонефрит, пиелит, цистит, уретрит ауруларында несеп бөлу жол-дарының қабынуының сандарынан науқастың қызуы көтеріледі. Уремия кезінде - зәр қышқылдарының тері бездерінің тесіктеріне жиналуына және терідегі нерв ұштарының тітіркенуіне байланысты тері қышиды, онда тырнақпен қасыған іздер қалады.

4. Иллюстрациялық материал: презентация

5. Әдебиеттер: силлабустың соңғы бетінде көрсетілген

6. Бақылау сұрақтары (кері байланыс):

1. Зәр шығару жүйесі ағзалары ауруларының қандай негізгі шағымдарын білесіз?
2. Науқастарды жалпы қарау кезінде неге көңіл аудару қажет?
3. Бүйрек пальпациясы қалай жүргізіледі?
4. Бүйрек пальпациясы қандай мәлімет береді?
5. Науқастарды тексеруде қандай физикалық әдістер қолданылады?

1. Тақырып №9: Эндокринді жүйенің патологиясы бар науқастарды зерттеу әдістері.

Диагностикалық мәні.

2. Мақсаты: Қауіп тобын ажырату және медициналық профилактика жиынтығын жүргізу үшін эндокринді жүйе ауруларының қауіп факторларын студенттерге үйрету.

3. Дәріс тезистері:

Өмір анамнезін жинау

Өмір тарихын сұрастырғанда науқастың туған жері және қазіргі тұратын мекені анықталады. Мысалы, тұратын жерінің географиялық орналасуы эндемиялық жемсауға әкелуі мүмкін (тұрған жерінің топырағында және суында йод жетіспеуінен).

Балалық шақта және жасөспірім кезінде науқастың жеке физикалық даму ерекшеліктеріне үлкен назар аударылады. Баланың туғандағы салмағының үлкен болуына және бойының ұзын болуына (ірі ұрық) қарап, шешесінде кантты диабетке немесе науқаста туа біткен гипотиреозға күдіктенуге болады.

Қантты диабеттен және бірқатар аурулардан басқасында эндокринді патология жас кезінде жиі дамиды.

Жыныстық жетілу басталуына және екіншілік жыныстық белгілердің пайда болуына ерекше назар аударылады, эндокриндік аурулар жыныстық жетілу кезеңінде жиі пайда болады. Медициналық анамнез жинағанда науқас бұрын қандай аурулармен ауырғанын, жарақаттар және операциялар болды ма, эпидемиологиялық, аллергологиялық және дәрілік анамнезді сұрау қажет.

Бас сүйек-милық жарақаттар, қалқанша бездің, гипоталамо-гипофизарлық аймақтың және бүйрек үсті бездің сәулелік емдеуі және операциялары болды ма деп сұрау керек. Жайылмалы уытты жемсаудың дамуына әкелетін факторлар: психикалық жарақаттар, жүкпалы-қабыну аурулары, бас сүйек-милық жарақаттар, мұрын-жүтқыншақтың аурулары.

Дәрілік анамнезге үлкен мән беріледі. Келесі жағдайлар орын алуы мүмкін:

- дәрілік тиреотоксикоз және гипотиреоз;
- кортикостероидтарды ұзақ енгізгенде Иценко—Кушингтың ятрогенді синдромы пайда болады;

• контрацептивтерді, нейролептиктерді, антидепрессанттарды, гормондарды қолданғанда гиперпролактинемия синдромы-нын, ятрогенды түрлері;

- цитостатиктерді қолданғанда бүйрек үсті безінің уытты зақымдануы;
- глюкокортикоидпен ұзақ емдегенде бүйрек үсті безінің жеткіліксіздігі.

Әйелдерден гинекологиялық анамнезді толық жинау керек. Эндокриндік жүйенің ауруларында әйелдерде репродуктивті қызметінің бұзылыстары дамиды (бедеулік, түсік тастау, мезгілінен ерте босану), менструалды циклдың бұзылыстары.

Тұқым қуалаушылық қднтты диабет, жайылмалы уытты жем-сау, семіздік, кантсыз диабет, бездердің аутоиммунды аурулары, ергежейлілік, алыптық сияқты аурулардың дамуында маңызды рөл атқарады.

Эндокринді жүйе ауруларымен ауыратын науқастарды қарау

Эндокринді жүйе ауруларымен ауыратын науқастарды қарау — физикалық зерттеудің көпшілік мақұлдаған әдістері бойынша жүргізіледі. Оларға жалпы қарау, жүйелер бойынша зерттеу және қалқанша безінің тікелей қарауы жатады.

Эндокриндік бұзылыстардың диагностикасында — қарау әдісі бағалы әдіс болып табылады.

Жалпы қарау кезінде науқастың бет-әлпетіне және мінез-құлқының ерекшеліктеріне назар аударған жөн:

• қозғалғыштық, беймазалық, қызу жестикуляция және абыржыған, үрейлі кейіп, көздері сирек жыпылықтайды, көз алмасы шығынқы, көздері жылтыр болады;

• қимылдарының баяу болуы, ұйқышылдық, еш мимикасыз ісінген бет;

• науқастың тұйық мінезді болуы, қоршаған ортаға нем-құрайлылығы;

• «ай тәрізді бет»;

• мойын пішінінің өзгеруі;

• науқас денесінің өлшемдері және бөлімдерінің қатынасы, бойы:

- алып бойлы;

- ергежейлі;

- аяқ-қолдардың өлшемдерінің үлкеюі, бет-әлпетінің ірі, басының үлкен болуы;

• дененің түктену өзгерістері:

- сирек шаш шығу;

- балаларда шаштың тез өсуі;

- шаш шығу типінің өзгерісі;

• тамақтану сипаты және май қыртыстарының ерекшеліктері:

- арықтауы;

- дене салмағының өсуі;

- жамбас белбеуінің аймағында май қыртыстарының жиналуы;

- майдың бүкіл денеге біркелкі тарауы;

- енесінде, бетінде май қыртыстарының көп жиналуы;

• терінің өзгерістері:

- нәзік, ылғалды, қызарған, сипағанда ыстық болуы;

- қатқыл тері, бозарған;

- жіңішке, атрофиялы, бос тері, көп ұсақ әжімдермен;

- қатқыл тері, қалыңданған, тығызданған;

- май басқан, безеулі, стриялармен;

- қола түсті.

Эндокриндік бездердің қызметі бұзылғанда науқастың сыртқы бейнесі өзгереді. Бет сүйектің, иектің, мұрынның өлшемдерінің ұлғаюымен, аяқ-қолдарының ұзарауымен науқас бойының биік болуы акромегалияда кездеседі.

Акромегалия — соматотропты гормонның шектен тыс өндірілуінен қаңқаның, жұмсақ тіндердің және ішкі мүшелердің диспропорционалды өсуімен сипатталатын ауру. Аурудың себебі гипофиздың эозинофилды аденомасы болып табылады (8-сурет).



Аддисон ауруымен ауыратын науқастар қатты жүдейді, кейпі кайғылы болады. Аддисонауруымен ауыратын науқастың сыртқы түрі бүйрек үсті бездің қыртысты қабатының гормондарының жеткіліксіздігінің нәтижесінде дамиды.

Аддисон ауруы (бүйрек үсті бездің қыртысты қабатының бі-ріншілік созылмалы жеткіліксіздігі) — бүйрек үсті бездің біріншілік

Қалқанша безді қарау және пальпациялау

Науқастың бетін кдраудың манызы зор: эутиреодты жағдайда — науқастың бет-әлпеті калыпты, гипотиреозда — амимиялық, ісінген, тиреотоксикозда — мазасыз, жүдеген, үрейлі, көздері ұлғайған. Төс артында орналасқан жемсауда науқастың мойын және төс алды көктамырлары білеуленеді. Симпатикалық, жүйкенің басылуынан Бернар—Горнер синдромы дамиды (птоз, миоз, энфталъм).

Науқастың мойнын алдыңғы жақтан қарау керек. Жемсау бар болса (әр түрлі себептерден қалқанша бездің ұлғаюы) науқастан жұтынуды талап ету керек. Науқас жұтынғанда жемсау жоғары қарай жылжиды. Дәрігер жемсаудатүйіндердің пайда болуын анықтауы керек (мысалы, жемсаутөс артында орналасса).

Қалыпты қалқанша без қараған кезде көрінбейді, консис-тенциясының жұмсақ болуына байланысты пальпацияланбай-ды, ұлғайған кезінде ғана көрінеді. Бездің мойындұрығын науқас жұтынған кезде пальпациялауға болады.

Қалқанша бездің пальпациясы. Қалқанша бездің пальпациясы қалқанша без ауруларын анықтауға көмектесетін маңызды әдіс болып табылады. Қалыпты жағдайда қалқанша без пальпациялан-байды. Пальпация арқылы жемсауды, зақымданудың жайылма-лы немесе түйінді екенін, түйіндердің орналасуын, бездің жұтыну кезіндегі жылжымалылығын, қалқанша бездің зақымдануына тән сыртқы өзгерістерді анықтауға болады.

Төс артында орналасқан жемсауда компрессиялық синдром сал-дарынан мойын және төс алды көктамырлары білеуленеді, енгіту және дисфагия байқалады. Көлемі үлкен түйіндерде (диаметрі 3,0 см артық) мойын деформацияланады, мойын көктамырлары білеуленеді, «алып» жемсау байқалады.

Қалқанша бездің перкуссиясы — көкірекаралықтың жоғарғы жағында (төстің үстіңгі жағында) төс артында орналасқан жемсауды анықтау үшін жүргізіледі.

Аускультация. Қалқанша бездің гиперфункциясы кезінде бездің үстінде шу естіледі. Шудың пайда болу себебі бездің васкуляризациясының өсуімен байланысты. Сонымен қатар бездің пульсациясы да байқалады. Қалқанша бездің үстіндегі систолалық шу жайылмалы уытты жемсауға тән. Кеңірдектің басылуына бай-ланысты ауқымды төс артында орналасқан жемсауда инспиратор-лы стридорлы тыныс естілуі мүмкін.

Шу жайылмалы уытты жемсауға тән. Кеңірдектің басылуына бай-ланысты ауқымды төс артында орналасқан жемсауда инспиратор-лы стридорлы тыныс естілуі мүмкін.

Жемсауда бездің келесі белгілерін сипаттау керек:

- өлшемін;
- пішінін;
- тығыздығын және консистенцияның біркелкілігін;
- жылжымалылығының дәрежесін;
- ауырсынуын және терімен және коршаған тіндермен бірігуін. Дертті анықтауда көп жылдар бойы дәрігерлер бездің пальпа-

циясына жүгінетін. Қазіргі кезде қалқанша без ауруларын анықтау үшін бездің ультрадыбыстық зерттеуі кеңінен қолданылады.

Қалқанша бездің өлшемдері тиреотоксикозда (Базедов ауруы, Грейвс ауруы), тиреоидитте, Пламмер ауруында, бездің ісігінде, жемсауда ұлғаяды.

Тиреотоксикозда қалқанша без біркелкі ұлғаяды немесе бездің белгілі бір бөлігі үлкейеді. Бездің консистенциясы калыпты бола-ды, без терімен және коршаған тіндермен жабыспайды, жылжыма-лы, ауырмайды.

Тиреоидитте — без біркелкі ұлғаймайды, тығыздалады, ауырсына-ды, без тұсындағы тері гиперемияланады, сипағанда ыстық болады.

Қалқанша бездің уытты аденомасында (Пламмер ауруы — түйіннің (аденоманың) түзілуімен жүреді) — безде контурлары анық түйін анықталады, түйін жұтынғанда жылжып отырады, ауырмайды.

Қалқанша бездің қатерлі ісіктерінде безде теріге жабысқан, жұтынғанда жылжымайтын, тығыз немесе бұдыр түзіліс анықталады. Науқастың дауысы қарлығады, инспираторлы шулы тыныс пайда болады.



Қалқанша бездің ұлғаю дәрежелері. Қалқанша бездің ұлғаю дәрежелері Дуниежүзілік денсаулық сақтау ұйымының (ДДСҰ) жіктеуі (1994) (6-кесте) және О.В. Николаев (1995) бойынша анықталады. ДДСҰ ұсыныстарына сәйкес, қалқанша бездің әрбір бөлігі науқастың үлкен саусағының дисталды фалангісінен үлкен болса, қалқанша без ұлғайған болып есептеледі (7-кесте).

Егер қалқанша безді пальпациялағанда түйін анықталатын болса, дәрігер келесі негізгі және қосымша зерттеулерді тағайындайды (8-кесте)

4. Иллюстрациялық материал: презентация

5. Әдебиеттер: силлабустың соңғы бетінде көрсетілген

6. Бақылау сұрақтары (кері байланыс):

1. Эндокринді жүйесі ағзалары ауруларының қандай негізгі шағымдарын білесіз?
2. Науқастарды жалпы қарау кезінде неге көңіл аудару қажет?
3. Қалқанша безі пальпациясы қалай жүргізіледі?
4. Қалқанша безі пальпациясы қандай мәлімет береді?
5. Науқастарды тексеруде тағы қандай физикалық әдістер қолданылады?

1. Тақырыбы №10: Қан түзу жүйесінің патологиясы бар науқастарды зерттеу әдістері. Диагностикалық мәні.

2. Мақсаты: Қауіп тобын ажырату және медициналық профилактика жиынтығын жүргізу үшін қан түзу жүйесі ауруларының қауіп факторларын студенттерге үйрету.

3. Дәріс тезистері:

Қан жасау жүйесі сырқаты кезіндегі зерттеу әдістері

Науқасты зерттеудің арнайы әдістер көмегімен алынатын мәліметтердің сөзсіз маңыздылығына қарамастан, жалпы тағайындалған клиникалық әдістемелері бағалы хабардар бере алады.

2.1. Қарау

Физикалық зерттеу, басқа органдармен жүйелердің жағдайын зерттеу кезіндегідей толық көлемде жүргізеді осы кезде келесілерге ерекше көңіл аудару қажет:

- Тері жамылғысымен шырышты қабаттардың түсі (сонымен қатар терімен оның жанамаларының өзгерісі)
- Тілдің өзгерісі
- Лимфа түйіндерінің ұлғаюы
- Бауыр мен көкбауырдың ұлғаюы
- Басқа органдармен жүйелердің жағдайының өзгеруі - бірінші қатарда сүйек және жүйке жүйесінің

Лимфа түйіндерінің пальпациясы

Қалыпты жағдайда шеткері лимфа түйіндері 5-тен 20 мм-ге дейін баратын домалақ немесе сопақ пішінді құрылым болып табылады. Олар тері деңгейінен аспайды, сондықтан жалпы қарау кезінде көзге көрінбейді. Келесі лимфа түйіндерін пальпациялайды: шүйделік, артқы мойындық, алдыңғы мойындық, жақастылық, иектік (металды), бұғана үстілік және астылық, қолтықтық, шынтактық, шаптық. Саусақтар ұшымен сырғанамалы айналмалы қозғалыспен берілген лимфа түйіндерінің жобаланған аймағында және тығыздық құрылымдарға (сүйек, бұлшық ет) мүмкіндігінше басып пальпацияны жүргізеді. Пальпация жасау барысында келексі қасиеттеріне көңіл аударады: өлшемі, пішіні, консистенциясы, ауырсынуы, қозғалғыштығы, өзара және жанындағы тіндермен жабысуы, лимфа түйіндерінің үстіндегі тері жамылғысының жағдайы.

Лимфалық түйіндерінің ультрадыбыстық зерттелуі лимфалық түйіннің айқын үлкеюін анықтауға мүмкіндік береді. Эхография кезіндегі өзгермеген лимфалық түйіндер қоршаған тіндердің акустикалық қасиетімен ұқсас аса үлкен өлшемдермен анықталмайды. Айқын лимфалық түйіндердің ең төменгі өлшемі 8-9 мм. Ультрадыбыстық зерттелу кезінде айқындалған лимфалық түйіндер патологиялық түрде өзгертілген болып табылады және одан әрі диагностикалық іс-шараның өткізілуін талап етеді. Көбіне лимфалық түйіндер магистральді тамырларда әрі немесе ағзалардың қақпаларында орналасады. Аса үлкен емес өлшем кезінде олар айқын тегіс пішінді гипозоногенді түрге келеді. Патологиялық үрдістің үдемелі дамуы кезінде лимфалық түйіндердің өлшемі артады, құрылымы біртекті болып келеді, эхогенділігі артуы мүмкін. Түйіндердің пішіні біркелкі болмайды, конгломераттардың құрылуына тенденция пайда болады. Түйін құрылымының өзгеруімен патологиялық үрдістің түрі арасындағы тәуелділік айқын бақыланбайды



Лимфалық түйіндердің барлық топтарын бағалаудың оптимальді әдісі КТ болып табылады. КТ кезінде лимфалық түйіндер жұмсақ тінді нығыздықтың біртекті дөңгелекше түрінде болады. Патологиялық үрдістің болуының негізгі критеріі түйіндердің өлшемін анықтау. КТ кезінде айқындалған артпаған лимфалық түйіндердің өлшемі Юм диаметрден аспайды. Осыған сәйкес 8-10 мм диаметр кезіндегі лимфалық түйіндер қалыпты болып табылады. Айқындалған көп лимфалық түйіндердің қалыпты өлшемі патологиялық үрдістің белгісі болып келеді. Түйіндердің құрылымы мен денситометриялық тығыздығы оның өлшемдерін шартты түрде өзгереді. Олардың локализациясынан тәуелді лимфалық түйіндердің өлшемінің аса дифференцияланған бағалары бар.

Бір қалыпты лимфалық түйіннің МРТ-суреті суреттің көріну түріне байланысты.

T1-ВИ - өзгермеген лимфалық түйін бірыңғай сопақ және дөңгелек пішінді, біртекті құрылымды, айқын пішінге ие. Ол өзін қоршаған тіндерден айқын сараланады. Патологиялық өзгерген лимфалық түйіндер маңызды өлшемге жетуі мүмкін, сонымен қатар біркелкі емес құрылым мен пішінге ие.

Күдікті жағдайларда радионуклеидті зерттеу әдісіне - позитронды-эмиссиялық томографияға (ПЭТ) сүйенеді.

Ультрадыбыстық зерттеу. Көкбауырдың орналасуы ультрадыбыстық зерттеу үшін қолайлы. Көкбауырдың құрылымы ұсақ түйіршікті (Сурет 12а), эхогенділігі бауырдың эхогенділігінен төмен, каптама гиперэхогенді сызық түрінде анықталады, қақпа маңайында тамырлар көрінеді (Сурет. 12б), көкбауырдың барлық өлшемдері оңай өлшенеді.

Компьютерлік томография. КТ агзаның нығыздығы мен өлшемін, құрылымын айқындайды. КТ кезінде көкбауырдың қапшығы анықталмайды. Контраст енгізгеннен кейін көкбауырдың тамырлары айқын көрінеді және ағзаға контрасттың жинақталуы визуалды көрінеді.

Магнитті-резонансты томография. Көкбауырдың тамырларын, құрылымы мен органның барлық өлшемдерін контрастсыз анықтауға мүмкіндік береді. (Сурет.13).

Зертханалық-аспаптық зерттеу әдістері:

Зертханалық әдістері:

1. ЖҚА
2. ЖЗА
3. Копроскопия
4. Қан биохимиясы: билирубин жалпы, фракциялармен, АЛТ, АСТ, ЖТБҚ, ТТҚ, ферритин, сарысу темірі, ақуыз және оның фракциялары

5.Эритроциттердің осмостық резистенттілігін анықтау

6.Кумбс реакциясы

Аспаптық әдістері:

1. Төстік пункция
2. Трепанобиопсия
3. Эндоскопиялық зерттеу
4. УДЗ
5. Рентгендік зерттеу

4.Иллюстрациялық материал: презентация

5.Әдебиет: силлабустың соңғы бетінде көрсетілген

6. Бақылау сұрақтары (кері байланыс):

- 1.Қан түзу жүйесі ағзалары ауруларының қандай негізгі шағымдарын білесіз?
- 2.Науқастарды жалпы қарау кезінде неге көңіл аудару қажет?
3. Лимфа бездері пальпациясы қалай жүргізіледі?
4. Көкбауыр пальпациясы қандай мәлімет береді?
- 5.Науқастарды тексеруде тағы қандай физикалық әдістер қолданылады?