

**«Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы»
АҚ жанындағы медицина колледжі**

Дәріс кешені

Пәні: АП 04 СД 04 «Ішкі аурулар »
Мамандығы: 09130200– «Емдеу ісі»
Біліктілігі: 4S09130201 – «Фельдшер»

Курс: 2/3

Семестр: 6

Оқу түрі: күндізгі

Жалпы еңбек сыйымдылығы барлық сағат/кредиттер КЗ: 6/144

Аудиториялық:36

Симуляция: 108

Шымкент 2024 ж.

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Клиникалық пәндер-1» кафедрасы		67/11
Дәріс кешені		

Дәріс кешені «Ішкі Аурулар» пәнінің жұмыс бағдарламасы (силлабусы) негізінде құрастырылды.

Құрастырушы: Қожантай М.Б.

Мамандығы: 09120100 – «Емдеу ісі»

Біліктілігі: 450912101 – «Фельдшер»

Әдістемелік нұсқаулық «Клиникалық пәндер» кафедра мәжілісінде бекітілді.

Хаттама № 1 «28» 08 2024 ж.

Кафедра меңгерушісі  Соптаева А.К.

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»	
«Клиникалық пәндер-1» кафедрасы	67/11	
Дәріс кешені		

№1 Дәріс

4.1.Дәріс тақырыбы: Жедел және созылмалы бронхит. Бронх демікпесі.Пневмония.

4.2.Мақсаты: білім алушыларда науқасты тексерудің маңызды кәсіби дағдыларын қалыптастыру үшін науқасты тексерудің негізгі әдістерін, клиникалық ойлау негіздерін, негізгі клиникалық синдромдарды диагностикалау бойынша білімді меңгеру.

4.3.Дәріс тезісі.

Жіті бронхит – бронхтардың сілемейлі қабатының жіті туындаған қабынуы түрінде, басым жағдайда инфекциялық, вирусты (респираторлық-синцитиальді, аденовирус, бактериалды-микоплазмалық), аллергиялы, физикалық-химиялық, факторлар туындатқан, 1 айға дейін созылатын ауру.

Жіктемесі

Қарапайым жіті бронхит, жіті обструктивті бронхит, жіті бронхиолит, рецидивті бронхит.

1. Этиологиясы бойынша:

- А. Инфекциялық мінездегі (вирустық, бактериалдық).
- В. Инфекциялық емес мінездегі (физикалық, химиялық факторлар).
- С. Аралас.

2. Патогенез бойынша:

- А. Біріншілік.
- Б. Екіншілік.

3. Бронх терегінің зақымдалуы бойынша:

- А. Проксимальді.
- Б. Дистальді.

4. Ағым варианттары:

- А. Жіті өтетін (2-3 апта).
- Б. Созылған (1 айға дейін.).

Диагностика критерилері

Диагноз 3 аптадан көпке созылған жіті пайда болған жөтел негізінде, жөтелдің себебі болатын пневмония және өкпенің созылмалы аурулары болмаған кезде, қақырықтыққа байланыссыз қойылады. Негізгі клиникалық көріністері: уыттану симптомдары (шаршау, қалтырау, субфебрилитет, арқадағы және бұлшықеттердегі ауырсынулар), жөтел, бастапқысында құрғақ, қажытатын, қақырық болса әлдеқайда жеңіл, ендікпе, өкпе мен жүректің фондық патологиясы жиі туындатады, фарингит және конъюнктивит симптомдары, аускультация кезінде – шашыранды құрғақ және сулы сырылдар. Вирусты этиология кезінде қосарланады: қалтыраумен қызба, мұрын бітелу, бас ауыру, бұлшықеттердің қақсауы.

Негізгі диагностикалық шаралар тізімі:

1. Анамнез жинау (күз-қысқы мезгілде науқаспен қатынас, қосарланған созылмалы аурулар).

Бронх демікпесі (БД) – көптеген жасушалар мен жасушалық элементтер қатысатын тыныс жолдарының созылмалы қабыну ауруы. Созылмалы қабыну бронхтың гиперреактивтілігінің дамуына алып келеді, түнде және таң ата жөтел және кеуде бітеліп қалғандай сезім тудырады. Бұл көріністер әдеттегідей кең таралған, бірақ айқындылығы өзгермелі, аяқ астынан, немесе емнің көмегімен қайтатын тыныс жолдарының бітелуімен байланысты.

Шағымдар және анамнез

Ендігу көріністері, ысқырықты сырылдар, жөтел және\немесе кеуденің бітеліп қалуы, әсіресе

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Клиникалық пәндер-1» кафедрасы		67/11
Дәріс кешені		

аллергендермен немесе бейспецификалық ирританттармен (түтін, газ, ауа температурасымен ылғалдылығының өзгеруі, мұрынды жаратын иістер, физикалық белсенділік және т.б.) жанасудан соң. Жөтел 3 аптадан асатын «созылған» суық тию ауруларына мән берген қажет.

Ауырлаған отбасы аллергиялық анамнездің болуы.

Науқаста атопия көріністерінің болуы: аллергиялық ринит, атопиялық дерматит, есекжем.

Физикалды зерттеулер

Клиникалық симптомдардың ұстама тәрізді көрінісі көп мағлұматты: дем шығарғандағы ысқырықты сырылдар, экспираторлы еңтікпе, тыныс алу кезінде қосымша бұлшықеттердің қатысуы, тахикардия. Симптомдардың болмауы диагнозды жоққа шығармайды.

Аспаптық зерттеулер:

Спирометрия – тыныс жолдарының бітелу дәрежесін бағалауға арналған (ФДШК1 және ФӨӨС өлшеу) басқаларынан артығырақ біріншілікті тестілеу болып табылады. БД көпшілік мақұлдаған критерийлері бойынша $ҮДШК1 \geq 12\%$ немесе ≥ 200 мл, 200-400 мкг сальбутамол ингаляциясынан соң. $ҮДШК1$ 80% артық өсу болмауы мүмкін. Бұл жағдайда ДШЕЖЖ-ң мониторингі көрсетілген.

Пикфлоуметрия – ДШЕЖЖ анықтау әдісі. Бронхолитикті 60л\мин ингаляциядан соң ДШЕЖЖ-ң өсуі немесе 1 тәулік ішінде ДШЕЖЖ 20% өзгеруі БД бар екенін көрсетеді.

Ауруханадан тыс пневмония – ауруханадан тыс шарттарда туындаған қатаң жұқпалы ауру (яғни стационардан тыс немесе одан шыққаннан кейін 4 аптадан соң, немесе емдеуге жатқызу сәтінен бастап алғашқы 48 сағ ішінде диагностикаланған, немесе мейірбикелік күтім/бөлімшелерінде ұзақ уақыт бойы медициналық бақылауда болмаған ≥ 14 тәулік төменгі тыныс жолдарының инфекцияларының сүйемелдеуші симптомдары бар болған (қалтырау, жөтел, қақырық бөлу, мүмкін, іріңді, кеуденің ауыруы, еңтігу) және рентгенологиялық белгісі "балғын" өкпеде ошақтық-инфильтративтік өзгерістер болмаған кезде айқын диагностикалық балама.

Ауруханадан тыс пневмония	Нозокомиальді пневмония	Медициналық көмек көрсетумен байланысты пневмония
I. Қалыпты (иммунитет бұзылушылықтары жоқ пациенттерде): а. бактериялық; б. вирустық; в. саңырауқұлақтық; г. микобактериялық; д. паразитарлық. II. Иммуитетінің айқын бұзылушылығы бар пациенттерде: : а. жұқтырылған иммун тапшылығы синдромы (ЖИТС); б. өзге сырқаттар/патологиялық жай-күйлер. III. Аспирациондық пневмония/өкпе абсцесі.	I. Жеке нозокомиальді пневмония. II. Желдеткіш-ассоциирленген пневмония. III. Иммуитетінің айқын бұзылушылығы бар пациенттерде Нозокомиальді пневмония : а. донорлық ағзалардың реципиенттерінде; б. цитостатикалық терапия қабылдаушы пациенттерде.	I. Қарттар үйінің тұрғындарындағы пневмония. II. Пациенттердің өзге де санаттары: а. алдыңғы 3 айда антибактериялық терапия; б. емдеуге жатқызу (кез келген себеппен) кейінгі 90 күнде ≥ 2 тәулік; в. Ұзақмерзімді қараудың өзге де мекемелерінде болуы; г. Созылмалы диализ ≥ 30 тәулік ішінде; д. үй шарттарында жарақат бетін өңдеу; е. иммундық тапшылық жай-күйлері/сырқаттар.

Шағымдар және анамнез:

- Жөтелге шағымдармен бірге қалтырау,
- демікпе,
- қақырықтың шығуы және/немесе кеуде қуысындағы ауырсынулар.

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»	
«Клиникалық пәндер-1» кафедрасы	67/11	
Дәріс кешені		

- Қосымша жиі әлсіздік;
- шаршағыштық;
- түнгі уақыттардағы қатты тершеңдік.

NB! Аурудың тез арада басталуы алдыңғы респираторлық жұқпалы ауруларға және сыртқы ортаның басқа да факторларына байланысты болуы мүмкін.

Физикалық зерттеп-қараулар:

Классикалық объективті белгілері:

- дауыс дірілінің күшеюі;
- өкпенің зақымданған бөлігіндегі перкуторлық дыбыстың қысқаруы ;
- бронхиалды немесе әлсіреген везикулярлы тыныс жергілікті естіледі;
- дыбыстық сырылдар немесе крепитация. Бір бөлігінде пациенттердің объективті белгілері

АТП ерекшеленуі мүмкін қалыпты немесе мүлдем болмауы (шамамен 20% науқастарда).

4.4. Көрнекілік құралдар: мультимедиялық проектор (презентация)/ видеолекция

4.5. Әдебиет: Қосымша №1

4.6. Бақылау сұрақтары.

1. Бронхиттің этиологиясы, клиникалық көрінісі
2. Бронхиттің диф диагностикасы, емі.
3. Бронхтық астманың этиологиясы, клиникалық көрінісі
4. Бронхтық астманың диф диагностикасы, емі

№2 Дәріс

4.1. Дәріс тақырыбы: Өкпенің қатерлі ісігі. Плеврит. Туберкулез.

4.2. Мақсаты: -білім алушыларда науқасты тексерудің маңызды кәсіби дағдыларын қалыптастыру үшін науқасты тексерудің негізгі әдістерін, клиникалық ойлау негіздерін, негізгі клиникалық синдромдарды диагностикалау бойынша білімді меңгеру

4.3. Дәріс тезісі.

Өкпе рагі (бронхогенді бронхоальвеолярлық рак) бронхтардың шырышты қабатының эпителилерінен және бездерінен дамиды қатерлі ісіктер.

Жіктелмесі

Ұсақ жасушалы емес карциномалар:

- жалпақ жасушалы карцинома (40-45% жағдайда) азаюға тән тенденция болуда;
- аденокарцинома және оның подтиптері, бронхиоальвеолярлық карцинома (25-30% жағдайда), көбеюге тән тенденция болуда;
- ірі жасушалы дифференциалданбаған карцинома (10% жағдайда);
- ұсақ жасушалы карцинома (20-25% жағдайда).

Науқастарды, егер оларда мынадай белгілері, 3 аптадан артық уақыт қандай да бір объективті себептерсіз болса - рентгенографияға жіберу керек:

- Жөтел;
- Кеудеде немесе кеуде қуысынан тыс ауыру сезімі;
- Ентігу;
- Салмақ тастау;
- Дауысының қарылуы (көмейдің қайтармалы нервтің медиастиналық ісікпен қысылуына байланысты);
- Соңғы фалангтардың қалыңдауы;

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ  SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»	
«Клиникалық пәндер-1» кафедрасы	67/11
Дәріс кешені	

- Өкпе рагының метастаздарына күдік тудыратын симптомдар (ОЖЖ зақымдалу белгілері, бауыр көлемінің ұлғаюы, оң жақ қабырға астындағы ауыру сезімдері, сүйектегі ауыру сезімдер);
- Лимфа түйіндерінің ұлғаюы (мойын, бұғана үсті, қолтық асты).

Пульмонологқа-онкологқа жолдау - егер науқаста келесі симптомдар болса, онда шұғыл түрде кеңеске жіберілуі тиіс:

- Қан қақыру;
- Рентгенологиялық зерттеу нәтижелері өкпе рагының бар екендігіне күдік туғызады (плевралдық бөлінділер және күңгірттену ошақтары да)
- Жоғарғы қуыс венаның қысылу синдромы (кеуде қуысы веналарының кеңеюі мен беттің цианозы, ісінуі, кеуде ішілік қысымның жоғарылауының қосарланып келуі, қан тамырдың кеуде аралық ісікпен қысылуымен шақырылады);
- Стридор (шұғыл жолдама).

Плеврит – плевра қабығының қабынуы, мембрана қуысында сұйықтықтың шамадан тыс жиналуымен сипатталады.

Этиологиясы бойынша плеврит жұқпалы және жұқпалы емес болуы мүмкін. Жұқпалы формаларға мыналар жатады:

- Бактериялық.
- Паразиттік.
- Саңырауқұлақ.
- Туберкулез.

Диагностика критерилері

- **Биопсия:** Кейбір жағдайларда дәрігер қатерлі ісік немесе туберкулездің бар-жоғын анықтау үшін өкпе тінінің шағын үлгісін алады.
- **Қан сынағы:** Дәрігерлер инфекция белгілерін немесе қызыл жегі немесе ревматоидты артрит сияқты аутоиммундық бұзылуларды іздеу үшін қан анализін пайдаланады.
- **Электрокардиограмма (ЭКГ немесе ЭКГ):** Бұл сынақ жүректің электрлік белсенділігін өлшеу үшін кеудеге қойылған шағын электродтарды пайдаланады. Бұл дәрігерлерге жүрек ақауларын немесе ақауларын болдырмауға көмектеседі.
- **Бейнелеу сынақтары:** Рентген сәулелері, КТ және ультрадыбыстық зерттеу сияқты бейнелеу сынақтары дәрігерге плевра кеңістігіндегі ауытқуларды, соның ішінде ауаны, газды немесе қан ұйығын көруге мүмкіндік береді.
- **Физикалық емтихан:** Өкпеңізді стетоскоппен тыңдау дәрігерге өкпеңізде плевриттің белгісі болуы мүмкін үйкеліс дыбысын естуге мүмкіндік береді.
- **Сұйықтықты экстракциялау (торацентез):** Дәрігер плевра кеңістігіне кішкене инені енгізеді және инфекция белгілерін немесе плевриттің басқа себептерін іздеу үшін сұйықтықты алып тастайды.

Туберкулез - туберкулез микобактериясы қоздыратын, жасушалық аллергия, әртүрлі ағзалар мен тіндерде арнайы түйіршіктер пайда болуымен, полиморфты клиникалық көріністермен сипатталатын инфекциялық ауру.

Өкпенің фиброзды-кавернозды туберкулезі - өкпенің деструктивті туберкулезінің соңғы кезеңі болып табылады және фиброзды каверна болуымен, кавернаны қоршаған өкпе тінінде фиброзды өзгерістер болуымен сипатталады. Фиброзды кавернаның қабырғасы өте күрделі құрылысты болып келеді: ішкі қабаты - бұл алынбайтын казеозды масса, әрі қарай арнайы түйіршікті тіндері бар ауқымды қабаты орналасады, келесі қабаты - фиброзды өзгерістері бар арнайы емес түйіршікті тін.

Шағымдар мен анамнез

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»	
«Клиникалық пәндер-1» кафедрасы	67/11	
Дәріс кешені		

Туберкулезбен ауыратын науқастармен контакт болу, бұрын туберкулезбен ауыруы, өкпеде туберкулездік қалдық өзгерістердің болуы, психикалық және дене жарақаттары, гиперинсоляция (күнге күй), медициналық банкарды қолдану, стероидты гормондарды және иммунодепрессанттарды қолдану.

Физикалық тексеру

Өкпенің фиброзды-кавернозды туберкулезінің клиникалық көрінісі аурудың ұзақтығына байланысты. Өкпенің фиброзды-кавернозды туберкулезі көбінесе туберкулездің басқа формаларын дұрыс емдегенде дамиды.

Негізгі диагностикалық шаралар тізімі:

1. Жалпы қан анализі (6 параметрі).
2. Жалпы несеп анализі.
3. Қан тобын және резус-факторды анықтау.
4. Билирубинді анықтау.
5. Тимол сынағасы.
6. АЛТ анықтау.
7. АСТ анықтау.
8. Мочевинаны анықтау.
9. Креатининді анықтау.
10. Қалдық азотты анықтау.
11. Қант деңгейі мен жалпы белокты анықтау.
12. ТЛЧ қою арқылы қақықты ТМБ микроскопия жасау және себу.
13. Микрореакция.
14. ВИЧ.
15. HbsAg.
16. Коагуллограмма.
17. ЭКГ.
18. ФВД.
19. Рентгендік-томографиялық зерттеу.
20. Фибробронхоскопия.
21. Іш қуысы ағзаларын УДЗ

Ем мақсаты: бактерия бөлінуін тежеу, интоксикация симптомдарын азайту және асқынуларды болдырмау.

4. Көрнекілік құралдар: мультимедиялық проектор (презентация)/ видеолекция

5. Әдебиет: Қосымша №1

6. Бақылау сұрақтары.

1. Өкпенің қатерлі ісігі.
2. Плеврит этиологиясы, клиникалық көрінісі
3. Туберкулез этиологиясы, клиникалық көрінісі
4. Туберкулез диф диагностикасы, емі.

№3 Дәріс

4.1 Дәріс тақырыбы: Ревматизм. Жүрек ақаулары. Атеросклероз. Артериялық гипертензия.

4.2. Мақсаты: білім алушыларда науқасты тексерудің маңызды кәсіби дағдыларын қалыптастыру үшін науқасты тексерудің негізгі әдістерін, клиникалық ойлау негіздерін, негізгі клиникалық синдромдарды диагностикалау бойынша білімді меңгеру.

4.3. Дәріс тезісі.

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»	
«Клиникалық пәндер-1» кафедрасы	67/11	
Дәріс кешені		

Ревматизм – генетикалық бейімді адамдарда туындайтын, А тобының гемолиздік стрептокогымен шақырылған, патологиялық процесске жүрек пен буындарды қосумен дене керектігінің жүйелік қабынбалы ауруы.

Шағымдар мен анамнез: жүрек тұсындағы ауырсынулар және қолайсыздық, ентікпе, жүректің қағуы, тахикардия.

Физикалық тексеру:

1. Үлкен критерилер - кардит, полиартрит, хорея, сақинатәрізді эритема, тері асты ревматизмдік түйіндер.
2. Кіші критерилер - клиникалық: артралгиялар, қызба.

Инструменталдық зерттеулер:

1. ЭКГ: өтімділіктің баяулауы, прекордиальді бөліктерде Т амплитудасының және S-T интервалының төмендеуі, аритмиялар.
2. Допплер-ЭхоКГ кезінде митралды және аорталық регургитация белгілері.
3. Жүрек рентгенографиясы: жүрек көлемінің ұлғаюы, жиырылғыштық қасиеттің төмендеуі.

Лабораторлық зерттеулер:

1. ҚЖА: ЭТЖ жоғарылауы, лейкоцитоз, лейкоцитарлық формуланың солға жылжуы.
2. ҚБА: α_2 - және γ -глобулиндер, серомукоидтар, гаптоглобин, фибрин деңгейінің артуы.
3. Қан ИИ: Т-лимфоциттер санының төмендеуі, Т-супрессорлар функциясының төмендеуі, иммуноглобулиндер деңгейінің және антистрептококкты антидене титрінің артуы.

Негізгі дәрі-дәрмектер тізімі:

1. *Бензатин-бензилпенициллин құтыдағы инъекция үшін ұнтағы 1 200 000 ЕД, 2 400 000 ЕД.
2. *Амоксициллин+клавулонды қышқыл табл, оның қабықшасын жабу 500 мг/125мг, 875 мг/125 мг.
3. *Калий диклофенагы 12,5 мг, табл.
4. Натрий диклофенагы 25 мг, табл, сыртқы пайдалану 1% гель.

Атеросклероз – липидтердің, күрделі көмірсулар, фиброзды тіндер, қан компоненттерінің жиналуы, кальциленумен және ортаңғы қабықтың (медия) қосарлы өзгерістерімен қосылған күре тамырдың ішкі қабығы (интимдер) өзгеруінің варибельді комбинациясы (БДҰ).

Шағымдар мен анамнез

Атеросклероздың бастапқы стадиясында ағым симптомсыз.

Орналасу бойынша күре тамырдың зақымдануына байланысты – коронарлық, церебралдық, аяқ артериялары, бүйректік артериялар, шажырқайлық артериялар – ауру шағымдары мен анамнезі қалыптастырылады (Жүрек ишемиялық ауруы, цереброваскулярлық аурулар, облитерациялаушы эндартериит, вазореналдық гипертензия, созылмалы шажырқайлық синдром).

Физикалық тексерулер

Атеросклероздың бастапқы стадиясы кезінде физикалық тексеру патологияны анықтамайды. Клиника болған кезде тиісті хаттамаларды қара.

Инструменталдық зерттеулер:

1. Брахиоцефалды жүйес қантамырларының УДДГ (ұйқы артерияларының доплерографиясы): интим-медия каротидті артериялардың қалыңдығы, атеросклероздық түйіндақтар болған кезде – артериялардың тарылу проценті анықталады.
2. Аяқ артерияларының УДДГ – атеросклероздық түйіндақтар болған кезде – артериялардың тарылу проценті.
3. Магниттік-резонанстық томография (амбулаторлық жағдайда тексеру мүмкіндігі кезінде): коронарлық артериялар, қолқа жағдайы, коронарлық «кальцийді» есептеу.

Мамандар консультациясы үшін көрсетімдер:

1. Коронарлық артериялар зақымдалуының симптоматикасы болған кезде – кардиолог.

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Клиникалық пәндер-1» кафедрасы		67/11
Дәріс кешені		

2. Аяқ, бүйрек және шажырқайлық артериялар, брахиоцефалды жүйе қантамырлары зақымдалуының симптоматикасы болған кезде – қантамырлық хирург.

Артериалдық гипертония - систолалық АҚ 140 мм.с.б. және жоғары мен/немесе диастолалық АҚ 90 мм.с.б. және жоғары тұрақты көтерілуі (тыныштық жағдайда, түрлі уақытта жүргізілген кем дегенде үш өлшем нәтижесінде. Науқас бұл кезде АҚ жоғарылататын, сонымен қатар төмендететін дәрілік заттарды қабылдамауы қажет).

АГ дәрежелері:

- 1 дәреже 140-159 / 90-99.
- 2 дәреже 160-179/100-109.
- 3 дәреже 180 /110

АГ стратификациясының критерилері

Жүрек қантамыр ауруларының қауіп қатер факторлары	Нысана ағзаларының зақымдалуы	Қосарланған (бірлескен) клиникалық жағдайлар
1. Қатерді стратификациялау үшін пайдаланылатын: - САҚ мен ДАҚ шамасы (1-3 дәреже); - жасы; - ерлер >55 лет; - әйелдер > 65лет; - темекі тарту; - қандағы жалпы холестерин деңгейі > 6,5 ммоль/л; - қантты диабет; - жүрек қантамыр аурулары ерте дамуының отбасылық жағдайлары. 2. Болжамға теріс әсер ететін басқа факторлар *: - ЛПВП холестеринінің төмендеген деңгейі; - ЛПНП холестеринінің артқан деңгейі; - қантты диабет кезіндегі микроальбуминурия (30-300 мг/тәулігіне); - глюкозаға толеранттықтың бұзылуы; - семіздік; - отырушылық өмір салты;	- сол жақ қарынша гипертрофиясы (ЭКГ, ЭхоКГ, рентгенография); - протеинурия және /немесе плазма креатининінің аздап артуы (106 – 177 мкмоль/л); - ұйқы, мықын және сан күре тамырлары, қолқаның атеросклеротикалық зақымдануының ультрадыбыстық немесе рентгенологиялық белгілері; - Көздің тор қабығы күре тамырларының жайылмалы немесе ошақтық тарылуы.	Церебро-васкулярлық аурулар: - ишемиялық инсульт; - геморрагиялық инсульт; - транзиторлық ишемиялық шабуыл. Жүрек аурулары: - миокард инфаркты; - стенокардия; - коронарлық қантамырлардың роеваскулярлануы; - іркімелік жүрек жеткіліксіздігі. Бүйрек аурулары: - диабеттік нефропатия; - бүйрек функциясының жеткіліксіздігі (креатинин > 177). Қантамырлық аурулар: - қабаттық аневризма; - клиникалық көріністермен перифериялық күре тамырлардың зақымдануы. Айқын гипертониялық ретинопатия: - геморрагиялар мен экссудаттар; - көру нерві емізігінің ісінуі.

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Клиникалық пәндер-1» кафедрасы		67/11
Дәріс кешені		

- қандағы фибриноген деңгейінің артуы; - жоғары қатермен әлеуметтік- экономикалық топтар; - жоғары қатердегі географиялық аудандар.		
---	--	--

Негізгі диагностикалық шаралар тізімі:

1. Анамнез деректерін бағалау (АГ жанұялық мінезі, бүйрек аурулары, жақын туыстарда ЖИА ерте дамуы, бұрын болған инсульт, миокард инфарктын көрсету, қантты диабетке, липид алмасу бұзылыстарына тұқымқуалаушылық бейімділік).
2. Өмір салтын бағалау (тамақтану, ас тұзын пайдалану, физикалық белсенділік), жұмыс, жанұя жағдайының мінезі, емделушінің психологиялық ерекшелігі.
3. Тексеру (бойы, дене салмағы, дене салмағының индексі, семіздіктің түрі мен дәрежесі, симптоматикалық гипертония белгілерін анықтау – эндокринді стигм).
4. АҚ бірнеше рет түрлі жағдайда өлшеу.
5. 12 құбылыстағы ЭКГ.
6. Көз түбін тексеру.
7. Популяцияда АГ таралуының жоғары болуына байланысты басқа жағдай себептері бойынша тұрақты тексеру шеңберінде ауру скринингін жүргізу қажет.
8. Әсіресе АГ скринингі, қауіп қатер факторларымен тұлғаларға көрсетілген: АГ бойынша бай жанұялық анамнез, гиперлипидемия, қантты диабет, темекі тарту, семіздік.
9. АГ клиникалық көріністерінсіз тұлғаларда, АҚ жыл сайын өлшеу. Әрі қарай АҚ өлшеу жиілігі бастапқы көрсеткіштермен анықталады

Рационалды комбинация:

1. БАБ + диуретик (метопролол 50-100 мг + гидрохлортиазид 12,5-25 мг немесе индапамид 1,5; 2.5 мг).
2. БАБ + дигидропиридиндік қатар АҚ (метопролол 50-100 мг + амлодипин 5-10 мг).
3. БАБ + ИАПФ (метопролол 50-100 мг + эналаприл 5-20 мг немесе лизиноприл 5-20 мг немесе периндоприл 4-8 мг).
4. БАБ + АТ1-рецепторларының бөгейіштері (метопролол 50-100 мг + эпросартан 600 мг).
5. БАБ + α -адреноблокатор (метопролол 50-100 мг + доксазозин 1 мг Аг кезінде простата аденомасы фонында).

4.4. Көрнекілік құралдар: мультимедиялық проектор (презентация)/ видеолекция

4.5. Әдебиет: Қосымша №1

4.6.Бақылау сұрақтары.

1. Ревматизм.
2. Жүрек ақаулары.Атеросклероз
3. Артериялық гипертензия этиологиясы, клиникалық көрінісі, диф.диагностикасы, емі.

№4Дәріс

4.1.Дәріс тақырыбы: Жүректің ишемиялық ауруы. Стенокардия, миокард инфарктісі.

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ  SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»	
«Клиникалық пәндер-1» кафедрасы	67/11
Дәріс кешені	

4.2.Мақсаты: білім алушыларда науқасты тексерудің маңызды кәсіби дағдыларын қалыптастыру үшін науқасты тексерудің негізгі әдістерін, клиникалық ойлау негіздерін, негізгі клиникалық синдромдарды диагностикалау бойынша білімді меңгеру.

4.3.Дәріс тезісі.

Стенокардия – кеуде клеткасындағы қысылу, басылу мінезде көрініс табатын, ығысу сезімімен клиникалық синдром, ол жиі жағдайда төс артында орналасып, сол қолға, мойынға, төменгі жақ сүйегіне, эпигастриге беріледі. Ауыру, физикалық жүктемемен, суыққы шығумен, тамақты көп мөлшерде қабылдаумен, тыныштықта басталып, нитроглицерин қабылдағаннан кейін бірнеше секунд немесе минуттан кейін жоғалатын эмоционалды қажумен туындайды.

ЖИА жіктемесі (КСРО 1989 ж.):

1. Кенет коронарлық өлім.

2. Стенокардия:

- жүктеме стенокардиясы;
- алғаш рет туындаған жүктемелік стенокардия (1 айға дейін);
- тұрақты жүктемелік стенокардия (I ден IV дейін функционалды класты көрсетіп);
- үдемелі стенокардия;
- тез үдемелі стенокардия;
- кенеттен пайда болған (вазоспастикалық) стенокардия.

3. Миокард инфаркты:

- іріюшақты (трансмуральді);
- ұсақшақты;
- біріншілік рецидив беретін, қайталамалы (3.1-3.2).

4. Миокард ошақты дистрофия.

5. Кардиосклероз:

- постинфарктты;
- ұсақшақты, диффузды.

6. Аритмиялық форма (жүрек ырғағының бұзылу типін көрсетумен).

7. Жүрек функциясының жеткіліксіздігі.

8. Ауырусыз форма.

Жүктемелік стенокардия

I ФК (жасырын стенокардия): стенокардия ұстамалары тек қана үлкен интенсивтілікпен физикалық жүктеме кезінде туындайды; игерілген жүктеме қуаты велоэргометриялық сынама бойынша (ВЭМ) 125 Вт, екі рет жүргізу 278 шарт. бірл аз; метаболиялық бірлік саны 7 астам.

II ФК (жеңіл дәрежедегі стенокардия): стенокардия ұстамалары 500 метр қашықтыққа тегіс жермен жүру кезінде, әсіресе суық ауа райында, желге қарсы; бір қабаттан жоғары баспалдақпен көтерілгенде; эмоционалды қозу кезінде туындайды. Игерілген жүктеме қуаты велоэргометриялық сынама бойынша 75-100 Вт, екі рет жүргізу 218-277 шарт.бірл. метаболиялық бірлік саны 4,9-6,9. Қарапайым физикалық белсенділік аздаған шектеулерді қажет етеді.

III ФК (орташа ауырлықтағы стенокардия): стенокардия ұстамалары қалыпты

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Клиникалық пәндер-1» кафедрасы		67/11
Дәріс кешені		

қарқынмен тегіс жерде 100-500 м қашықтықта жүру кезінде, бірінші қабатқа баспалдақпен көтерілу кезінде туындайды. Стенокардияның сирек ұстамалары тыныштықта пайда болуы мүмкін. Игерілген жүктеме қуаты велоэргометриялық сынама бойынша 25-50 Вт, екі рет жүргізу 151-217 шарт. бірл; метаболиялық бірлік саны 2,0-3,9. Қалыпты физикалық белсенділіктің айқын шектелуі болады.

IV ФК (ауыр форма): стенокардия ұстамалары аздаған физикалық жүктемелер кезінде туындайды, 100 м аз қашықтықта тегіс жерде жүруде, тыныштықта, науқастың горизонталды жағдайға ауысуында. Игерілген жүктеме қуаты велоэргометриялық сынама бойынша 25 Вт аз, екі рет жүргізу 150 шарт.бірл. аз; метаболиялық бірлік саны 2 ден аз. Жүктемелік функционалды сынақты жүргізбейді, науқастарда қарапайым физикалық белсенділікті айқын шектеу байқалады.

Шағымдар мен анамнез: ангинозды ауыру, тыныштықтағы ендікпе, 100-150 м ж.ру кезінде, 1-ші қабатқа көтерілгенде.

Физикалық тексеру: физикалық жүктемелер туындатқан ангинозды ауыру (жүктеме көлемі жіктемеге сәйкес), ЭКГ деректері, ВЭМ сынағы.

Инструменталдық зерттеулер: ЭКГ-де тыртық белгілерінің болуы.
Вазоспастикалық стенокардия және жүктемелік стенокардияның дифференциалды диагностикасы

Белгілері	Жүктемелік стенокардия	Вазоспастикалық стенокардия
Стенокардиялық ұстаманың даму шарттары	Ұстама ауыр физикалық жұмыстан кейін немесе эмоционалды ауырлықтан кейін, артериялық қысымның жедел көтерілуінен кейін дамиды	Ұстама тыныштық жағдайда дамиды
Стенокардия ұстамасының пайда болу уақытысы	Ұстама тәуліктің барлық уақытынды пайда болуы мүмкін	Ұстама көбіне түнде немесе ерте таңертең дамиды
ЭКГ типті өзгерістер	Ишемиялық типтегі S сегментінің депрессиясы	ST сегментінің жоғарылауы
Физикалық күштемеге толеранттылық	Негізінен төмен	Негізінен жоғары
Коронарографияның мәліметі	Коронарлы артерияның тарылуы, көбіне 2-3 артерия процеске қатысып айқын тарылу болады	Коронарлы артериялар қалыпты немесе аздап өзгерген

Миокард инфаркті (МИ) – жіті коронарлы қан айналымның жетіспеушілігінің нәтижесінде дамидын жүрек бұлшықетінің ишемиялық некрозы.

МИ мүгедектікке және өлімге алып келетін себептерінің бірі болып табылады.

Жүрек бұлшықетінің тереңділігімен ауқымдылығына байланысты зақымдалуы бойынша: МИ трансмуральды және трансмуральды емес деп 2-ге бөледі.

1. Трансмуральды МИ (Q тісшелі миокард инфаркті) некрозды ошақ жүрек бұлшықетінің субэндокардиальды субэпикардиалды миокард қабатының барлық

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Клиникалық пәндер-1» кафедрасы		
Дәріс кешені		

67/11

жағынан зақымдалуы немесе кейбір үлкен бөліктерінің ЭКГ бетінде электрокардиографиялық әкетулерде патологиялық Q тішесі не QS комплексінің пайда болуы. Осыдан МИ трансмуральды синонимі – «Q тішелі инфаркт миокарды» шығады. Осы әдетте, мұндай зақымданулар жүрек бұлшықетінің көлемді және некроз ошақтарының 2 немесе оданда көп сол қарыншалық сегменттеріне таралуы (МИ ірі ошақты).

2. Трансмуральды емес МИ (Q тішесіз миокард инфаркті) некрозды ошақтар тек сол қарыншаның (СК) субэндокардиальды немесе интрамуральды бөліктерін және QRS комплексінің патологиялық өзгерістерімен жүреді («Q тішесіз миокард инфаркті»). Ұзақ уақыт бойы көптеген әдебиеттерде Q тішесіз миокард инфарктінің «ұсақошақты миокард инфаркті» термині қолданылып келді. Шынында, көп жағдайда ағымына байланысты трансмуральды инфарктіне қарағанда, Q тішесіз миокард инфаркті азырақ кездеседі, бірақ өте сирек кездесетін ауқымды субэндокардиальды МИ тек миокардтың субэндокардиальды қабатын қамту арқылы СК бірнеше сегменттеріне таралуы.

Шағымдар мен анамнез

Миокард инфарктінің негізгі клиникалық белгісі ангинозды ауыру сезімі, ол осы сезіммен 90-95% жағдайда басталады.

Ангинозды түрден басқа миокард инфаркті болжам белгісіне және жедел жәрдем көрсету әдістері, ұзақтығына, пайда болу сипатына қарай әртүрлі ауыру сезім түрлері болады.

Миокард инфарктінде ангинозды ауыру сезімнің сипаттамасы стенокардияға ұқсас болып келіп, тек ол ауыру сезімнің қарқындылығы күштірек «қанжар сұққан тәріздес», жұлынып, жыртылғандай, күйдіргендей болады.

Ауыру сезім толқынды түрде дамиды, бірыңғай төмендейді бірақ толығымен жойылмайды.

Ангинозды ауыру сезімнің орналасуы – көбіне кеуде артында, сол жақ кеуде қуысының тереңдеген бөлігінде немесе құрсақ үстінде.

Ангинозды ауыру сезімінің иррадиациясы сол жақ жауырынға, иыққа, қол қырына, саусаққа беріледі.

Миокард инфарктінде ангинозды ауыру сезімнің басталуы – күтпеген жерден, көбіне таңертеңгілік сағаттарда, ұзақтығы – бірнеше сағат. МИ нитроглицеринді сублингвальды қайталамалы қабылдағанда ангинозды ауыру сезім басылмайды. Миокард инфарктінде ангинозды ауыру синдромының даму ерекшелігі оның ауру ағымына, орналасуына және науқастың жасына байланысты. Жас науқастарда 90% жағдайда ангинозды статус айқын көрінеді. Егде жастағы науқастарда 65% көбіне кеуде артындағы ауыру сезім, МИ-нің жіті кезеңінде 25% жағдайда мүлдем болмай, ауыр түрде өтеді. Көп жағдайда ауыру сезім толық нитроглицеринмен, ал кейде қайталамалы наркотикалық анальгетиктермен инъекциялағанда жойылмайды.

МИ ауырудың күшіне қарай салыстырмалы ауыр емес түрінен өте ауыр шыдатпас сезімге дейін апарыды. Науқастар көбіне қысылғын, басылған, жиі – қызынған, кесілген және соққылаған ауыру сезімдеріне шағымданады. Кейде ауыру сезім кеуде қуысының барлық жағынан алып жатады.

Құрсақүсті аймақта орналасқан ауыру сезімнің төменгі (артқы) МИ-на тән. Атипті вариантында ауыру сезім иррадиация аймағында орналасуы мүмкін, мысалы – сол қолда. Ауыру сезім күшімен, ұстаманың ұзақтығына байланысты инфаркт көлеміне сәйкес келмейді.

МИ ауыру сезімінің ерекшелігінің сипаттамасы оның айқын эмоциональды болуы. Ол қорқынышпен, қозғыштықпен сезімдермен жүреді. Сонымен қатар ауыру синдромы жойылған, айқын емес және стенокардияның кәдімгі ұстамасымен жасырын түрінде өтеді. Көп жағдайда ұстама өздігінен өтуі мүмкін.

4.4. Көрнекілік құралдар: мультимедиялық проектор (презентация)/ видеолекция

4.5. Әдебиет: Қосымша №1

4.6. Бақылау сұрақтары.

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Клиникалық пәндер-1» кафедрасы		67/11
Дәріс кешені		

1. Стенокардия этиологиясы, клиникалық көрінісі, диф.диагностикасы,емі.
2. Миокард инфаркті этиологиясы, клиникалық көрінісі, диф.диагностикасы,емі.

№5Дәріс

4.1.Дәріс Тақырыбы: Жедел және созылмалы гастрит. Асқазан мен он екі елі ішектің жаралары. Асқазан ісігі.

4.2.Мақсаты: білім алушыларда науқасты тексерудің маңызды кәсіби дағдыларын қалыптастыру үшін науқасты тексерудің негізгі әдістерін, клиникалық ойлау негіздерін, негізгі клиникалық синдромдарды диагностикалау бойынша білімді меңгеру.

4.3.Дәріс тезісі. Созылмалы гастриттер – әр түрлі клиникалық белгілер және асқазанның шырышты қабатындағы қабыну және дистрофиялық процестермен морфологиялық сипатталатын созылмалы аурулар тобы.

Созылмалы атрофиялық гастрит – прогрестелуші атрофиямен және оларды метаплаздалған эпителимен және/немесе фиброзды тінмен алмастырумен сипатталады. Атрофиялық гастритті ажыратады:

- аутоиммундық
- мультифокалды

Атрофиялық емес (сыртқы, антральды) және атрофиялық (мультифокалды) созылмалы гастрит нұсқалары *H. pylori* инфекциясымен АШҚ инфекциялануы нәтижесінде туындайтын бір патологиялық процестің кезеңі ретінде қаралады.

Созылмалы аутоиммунды гастрит көбіне басқа аутоиммундық аурулармен, 1-типті қант диабетімен, аутоиммундық тиреоидитпен [1], пернициозды анемиямен үйлестіріледі
ДИАГНОСТИКА ЖӘНЕ ЕМДЕУДІҢ ӘДІСТЕРІ, ТӘСІЛДЕРІ ЖӘНЕ ЕМ-ШАРАЛАРЫ

Диагностикалық өлшемшарттар

Шағымдар	Созылмалы клиникалық гастриттерде айқын клиникалық белгілер байқалмайды, мүмкін белгілер: • <i>H. pylori</i>- ассоцирленген созылмалы антральды сыртқы гастритте «жараға ұқсас» диспепсия нұсқасы мүмкін (эпигастрия және/немесе пилородуоденалды аймақтағы сырқырап ауыру немесе «асқазан диспепсиясының» дискинетикалық нұсқасы - тамақтан кейін тез тою, шамадан тыс толу сезімі, іштің үрілуі, жүрек айнуы; • созылмалы атрофиялық мультифокалды гастритте «асқазан диспепсиясы» мүмкін – тез тою сезімі, тамақтан кейін толып кету, іштің үрілуі, жүрек айну; • аутоиммунды атрофиялық – В-12-тапшылықты анемия белгілері және «асқазан диспепсиясы» (жоғарыдан қараңыз) белгілері болуы мүмкін. • созылмалы антральды сыртқы <i>H.pylori</i>- ассоцирленген гастритінде анамнезде: гастродуоденальды патология (ГДП) бойынша ауырлаған тұқым қуалаушылық.
-----------------	---

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Клиникалық пәндер-1» кафедрасы		67/11
Дәріс кешені		

Анамнез	Тамақтану режимінің бұзылуы, құрғақ тамақтану, ащы, сүрленген және қуырылған тамақты, газдалған сусындарды шамадан тыс қолдану; • созылмалы атрофиялық мультифокалды гастритте – созылмалы антральды сыртқы H. pylori- ассоциирленген гастриттің ұзақ ағымының анамнезінде; • аутоиммунды атрофиялық гастритте – аутоиммундық аурулардың болуы (аутоиммундық тиреоидит, қалқанша без және қалқанша жанындағы бездің гипо- немесе гиперфункциясы, СД I типті, аутоиммундық (пернициозды) анемия).
Физикалық қарап-зерттеу	• эпигастральды және пилоро-дуоденальды аймақта H.pylori-ассоциирленген созылмалы антральды сыртқы гастритте іш пальпациясында бір қалыпты ауыру, метеоризм болуы мүмкін; • созылмалы атрофиялық мультифоклды гастритте – "жылтыр" тіл немесе тілдегі ақ үлпек басқан тіл. Іш пальпациясында эпигастралды аймақтағы бірқалыпты жайылған ауырсыну; • аутоиммунды атрофиялық гастритте – дәруменсіздік, глоссит, фуникулярлы миелоз белгісі, анемия, гепатомегалия белгілері, кейде – спленомегалия
Зертханалық зерттеулер – H. Pylori-ға тест:	
АШҚ биоптаттарындағы тез уреазды тест	Эндоскопияда алынған биоптат несепнәрі бар арнайы ерітіндіге орналастырылады және H.pylori болғанда әлсіз қызғылттан күрең қызылға дейін түстің өзгеруі болады
Аспаптық зерттеулер	
Көздеу биопсиясы бар фиброэзофагогастроуденоскопия	• сыртқы антральды H.pylori ассоциирленген гастритте – гиперемия, геморрагия ОЖ • Атрофиялық мультифокалды және аутоиммунды гастриттерде – тамырлардың сәулеленуі, АШҚ жұқаруы және солғындығы
Биоптаттың гистологиялық және цитологиялық зерттеуі	• сыртқы антральды H.pylori ассоциирленген гастритте – эпителиалдық кеністіктерді нейтрофильді инфильтрация; • атрофиялық гастриттерде – темірлі аппараттың атрофиясы, эпителидің ішекті метаплазиясы.

Созылмалы гастриттердің әр түрлі нысандарының диагностикалық белгілері:

Гастрит нысаны	Клиника (шағымдар, анамнез)	Физикалық тексеру деректері	Зертханалық зерттеулер деректері	Құралдық зерттеу нәтижелері
H.pylori ассоциирленген созылмалы антральды (сыртқы) гастрит	1. Асқазан диспепсиясының белгілері; 2.—Жараға	Пальпациядағы эпигастралды және пилородуодена	Референсті мәндер шегінде ЖКТ, БХТ	1. ФЭГДС: Басым түрде асқазанның антральді

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Клиникалық пәндер-1» кафедрасы		67/11
Дәріс кешені		

	ұқсас белгілер жиынтығы; 3. Гастроэзофагеалды рефлюкс болғанда қыжыл (ГЭР); 4. Ішек диспепсиясының белгілері. Анамнез: ГДЗ аурулары бойынша ауыртпалықты тұқым қуалаушылық. Тамақтану режимінің бұзылуы, құрғақ тамақтану, ащы, сүрленген және қуырылған тамақты шамадан тыс қолдану, газдалған сусындар	льды аймақтағы бір қалыпты ауырсыну, метеоризм		бөлігінің белсенділігінің әр түрлі деңгейімен қабыну процесінің белгілері / 2. Биоптаттарды гистологиялық зерттеу: <i>H. pylori</i> инфекциясымен АШҚ колонизациясы және қабыну процесінің белгілері 3. <i>H. pylori</i> БУТ диагностикалары (90% -оң) [6].
Созылмалы атрофиялық мультифокальды гастрит	1. Асқазан диспепсиясының белгілері 2. Секреторлық жеткіліксіздікте - диареяға бейімділік ("ахиликалық іш өтулері") және дене салмағының төмендеуі. 3. Астеновегетативті (АВС) белгі жиынтығы;	атрофиялық "жылтыр" тіл немесе ақ үлпек басқан. Іш пальпациясында бірқалыпты Жайылған эпигастральды аймақтағы ауырсыну.	ЖҚТ, БХТ референсті мәндер шегінде. қандағы ПГ I және ПГ I/ПГ II деңгейін төмендету.	1. ФЭГДС: Антральды бөлік және асқазан денесінің таралған зақымдануы 2. Ішек метаплазиясы элементтерімен гистологиялық белгілер (КМ) және АШҚ <i>H. pylori</i> инфекциясын колонизациялау 3. Интрагастральная рН-метрия – гипохлоргидрия немесе

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Клиникалық пәндер-1» кафедрасы		67/11
Дәріс кешені		

				ахлогидрия 4. H.pylori БУТ диагностикасы – оң.
Созылмалы атрофиялық аутоиммунды гастрит	В-12- тапшылықты анемия белгілері: әлсіздік, ұйқышылдық, бас айналу және құлақтағы шу, жүрек қағысы; 1. Гастроинтестин алды белгілер: ауыздағы ауырсынулар және күй; анорексия, салмақты жоғалту; аз абсорбция нәтижесіндегі диарея; 2. Неврологиялық белгілер: аяқ-қолдың жансыздануы және парестезиялар, әлсіздік және атаксия; 3. Психиканың бұзылулары – жеңіл тітіркенуден ауыр деменцияға дейін немесе психоз.	Дәруменсізден у белгілері признаки авитаминоза, глоссит, фуникулярлық миелоз, анемия белгілері, гепатомегалия, кейде - спленомегалия	ЖҚТ- макроцитоз эритроциттер, гиперхромды анемия, бірқалыпты > билирубин, ті келей емес фракциялар есебінен, ПЖА анықтау. < ПГ-I деңгейі, > гастрин деңгейі [2,7].	ФГДС – дене АШҚ атрофиялары және түбі, гиперпластикалы қ полиптер Гистологиялық зерттеу – қабыну және атрофиялық және қабыну процестері, H.pylori БУТ диагностикалары сирек оң болады. Ауыр атрофиялық гастритас үйлесімі Интактті АШҚ (қабынумен, париетальды жасушалар салмағын жоғалтумен, К М) патогномониялы қ АИГ үшін [8]. ДД В. Интрагастралды рН-метрия – гипохлоргидрия, УДЗ – бауыр паренхимасының диффузды өзгері стері, гепатомегалия, кейде спленомегалия

Ойық жара ауруы – асқыну кезеңінде асқазан мен ұлтабардың сілемейлі қабығында ақаулар (ойық жаралар) жетекші сипатты белгісі болып табылатын қайталанытын созылмалы ауру

Клиникалық бейнесі. Бастапқы кезеңі білінбей біртіндеп басталады. Әлсізденеді және жүдей бастайды, тәбеті төмендейді, кейбір науқастар ет тағамдарын жақтырмайды, кейбір тағамдардың иісін көтере алмайды. Локсу, құсу, іші өту белгілері байқалады. Анық клиникасы білінетін кезеңде

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»	
«Клиникалық пәндер-1» кафедрасы	67/11	
Дәріс кешені		

науқастың іші үздіксіз ауыра береді. Іші шыдатпай ауырады, дәрі – дәрмектер аз көмектеседі. Іштің ауырғаны тамақпен байланыссыз. Егер қою тағамдардың өтуі нашарлап, ауқаттану кезінде тырнағандай, күйгендей сезім пайда болса, бұл ісіктің асқазанның жоғарғы бөлігіне орналасқанының белгісі. Ал қатерлі ісік асқазанның орта шеніне орын тепкен жағдайда ауру біршама уақыт белгісіз түрде өтуі мүмкін. Тек астан соң немесе ашқарынға асқазан тұсы сыздап ауырады. Бұл асқазан қышқылының сақталуына байланысты. Қатерлі ісік асқазанның төменгі жағына орналасқан жағдайда, асқазан іші тарылып, ас қорыту нашарлайды. Аз ғана асқа тояттап және кекірік пайда болып науқас адам ішкен асын қайта құсып тастайды. Ауру адам әлсіреп, салмағы 10-20 кг-ға дейін азаяды. Қатерлі ісік ыдырай бастаған кезде науқас жиі құсып, құсығында қан байқалады (“кофе” тәрізді). Кейіннен науқастың дене қызуы көтеріліп, уыттану белгілері білінеді. Әлсіздік ұлғаяды. Науқас қатты жүдейді. Оны қатерлі ісік кахексиясы деп атайды. Қарағанда науқас жүдеу, терісі боз, тілі уылған, ішін сипалағанда эпигастрий маңайында бұлшық еттердің ширығуы, кейбір жағдайда қатайған, көрші ұлпамен жабысқан өспе байқалады. Соңғы кезеңінде ауырсыну бүкіл денеге сезіледі, метастаздардың бүкіл ағзаларға жайылуынан науқас қатты әлсізденеді. Тамақ ішкен сайын құсады, терісі құрғақ, боз, кахексия ұлғаяды.

4.4. Көрнекілік құралдар: мультимедиялық проектор (презентация)/ видеолекция

4.5. Әдебиет: Қосымша №1

4.6. Бақылау сұрақтары.

1. Негізгі шағымдар АОЖ және 12 елі ішек жарасы
2. Ауырсыну қашан АОЖ және 12 елі ішекте болады?
3. АОЖ және 12 елі ішек жарасының пайда болу себептері қандай?
4. АОЖ және 12 елі ішек жарасы диагнозын қою үшін қандай ауруларды тағайындау керек.
5. АОЖ және 12 елі ішек жарасының асқынулары қандай?.

№6 Дәріс

4.1. Дәріс тақырыбы: Панкреатит. Холецистит. Өт тас ауруы. Өт қабының дискенезиясы. Гепатит. Бауыр циррозы.

4.2. Мақсаты: білім алушыларда науқасты тексерудің маңызды кәсіби дағдыларын қалыптастыру үшін науқасты тексерудің негізгі әдістерін, клиникалық ойлау негіздерін, негізгі клиникалық синдромдарды диагностикалау бойынша білімді меңгеру.

4.3. Дәріс тезісі.

Жіті панкреатит (ЖП) - ұйқы безінің ісінуімен (ісінген панкреатит) немесе қабыну реакциясын беретін біріншілік асептикалық панкреонекрозбен (деструктивті панкреатит) сипатталады.

Шағымдар мен анамнез: көп рет құсу, бел аймағы айнала ауыруы. **Физикалық тексеру**

Қандағы амилазаның жоғарылауы, ұйқы безінің көлемінің үлкеюі және шарбылық қаптағы сұйықтықтың көбеюі. Жіті панкреатит диагнозын қоюмен қатар аурудың ауырлық дәрежесін де анықтау керек. Ауыр панкреатитті ертерек анықтау өте маңызды, себебі емнің нәтижесі негізінен емнің басталу уақытына тәуелді.

Ауыр ЖП-ке тән белгілер мынадай: перитонеалдық синдром, тұрақсыз гемодинамика, олигурия, гемоглобин 150г/л-ден жоғары, лейкоцитоз 14×10^9 /л-ден жоғары, глюкоза 10 ммоль/л-ден жоғары, мочевины 12 ммоль/л-ден жоғары.

Осылардың ішінен ең болмаса екі белгінің болса ауыр ЖП диагнозын қоюға болады, науқасты бірден реанимация және интенсивті ем бөлімшесіне жібереді. Басқа науқастарды (ауыр емес панкреатит) хирургиялық бөлімшелерге госпитализация жасайды.

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»	
«Клиникалық пәндер-1» кафедрасы	67/11	
Дәріс кешені		

Лабораторлық зерттеулер:

1. ҚЖА: ЭТЖ жоғарылауы, солға жылжыған лейкоцитоз.
2. ЗЖА: билирубин, α -амилазаның жоғарылауы.
3. ҚБА: α -амилаза құрамының, липаза, трипсин, γ -глобулиндер, сиал қышқылдары, серомукоидтардың көбеюі.

Жіті холецистит – өтқабы қабырғасының зақымдалуына, өтқабында тастардың түзілуіне, билиарлық жүйенің моторлық-тондық бұзылыстарына алып келетін қабыну ауруы.

Холециститтердің жіктемесі:

1. Жіті холецистит:
 - жіті калькулездік холецистит және жіті тассыз холецистит;
 - жіті катаралалдық холецистит;
 - флегмоноздық холецистит;
 - гангреноздық холецистит.
2. Созылмалы холецистит:
 - созылмалы тассыз холецистит;
 - созылмалы калькулездік холецистит.

Диагностика

Жалпы симптомдар – эпигастрий және оң жақ қабырға астындағы оң иық пен жауырын аралығына берілетін жіті (тұрақты) үдемелі күшейіп, 30 минуттан бірнеше сағатқа дейін созылатын ауырсыну; лоқсу, құсу, кекіру, метеоризм, майлы тағамнан бас тартау, тері мен склераның сарғыштығы, субфебрильді дене температурасы.

Шағымдар

Анамнезі мен қарап-тексеру кезінде келесі жағдайларға көңіл бөлу:

Шағымдары: кенеттен дамыған шаншутәрізді немесе оң жақ құрсақүсті аймағындағы ұзақ уақыт ауырып, ауру сезімі біртіндеп күшейген ауырсыну. Ауырсынулар оң жақ қабырғалық доғаның астында, іштің доғарғы оң жақтық квадрантында орналасады. Ауру сезімі белбеу тәрізді болуы мүмкін, арқаға беріледі, патологиялық үрдіс дамыған сайын ауру сезімі шыдатпайтын, тұрақты сипатқа иеленеді; лоқсу және бір реттік құсу; дене қызуының 38-39 градусқа дейін көтерілуі.

Анамнез: бауырлық шаншулар, ауырсынулар диетаны бұзғанда – майлы шошқа етін, майонез, қуырылған тағамдар, суық сусындар жегенде, кейде ауырсыну синдромы қобалжып, жүйкелік стресстер болғанда дамиды. Аталған себептердің әр қайсысы өтқуықтың қатты жиырылуы алып келіп, өтқуықтың мойнында, өзекте тастың қысылуына, нәтижесінде олардың тығындалуына алып келуі мүмкін.

Физикалық зерттеу

Симптомдар: қарағанда терілік жабындылардың аздап сарғайғанын анықтауға болады. Ол ұстамадан кейін 2 күнге созылуы мүмкін. Сарғыштықтың сипаты обтурациялық болады, ол көбінесе Ligamentum hepatoduodenale және бауыр қақпасында ұзақ уақыт бойы қабынулық инфильтраттың болуына байланысты дамиды. Кейбір жағдайларда екіншілік холангит немесе холедохолитиаз сарғыштықтың себебі болуы мүмкін.

Созылмалы вирусты гепатит – вирусты этиологиялы 6 айдан аса созылатын бауырдың қабынулық ауруы.

Созылмалы вирусты гепатиттің жіктемесі:

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Клиникалық пәндер-1» кафедрасы		67/11
Дәріс кешені		

I. Этиологиялық критерилер бойынша:	1. Созылмалы вирусты гепатит В (СВГВ): - HbeAg-позитивті және HBeAg-негативті (pre-cog зона мутациясымен); - HbsAg-негативті (S гені бойынша мутация). 2. Созылмалы вирусты гепатит С (СВГС): - 1b / 1a / 2 / 3 / 4 генотип; - жоғары немесе төмен вирустық жүктемемен. 3. Созылмалы вирусты гепатит Д (СВГД): ко - және суперинфекция (СВГД немесе СВГВ дельта-агентпен). 4. Созылмалы вирусты гепатит, өзгеше жіктелмеген.
II. Вирус репликациясының фазасы бойынша	1. Репликативті. 2. Төмен репликативті емес. 3. Имунды толерантты (В вирусты гепатит үшін).
III. Белсенділік дәрежесі бойынша*	1. Минимальді. 2. Әлсіз айқын. 3. Аздаған айқын. 4. Айқын.
IV. Стадиясы бойынша	1. Фиброздың болмауы. 2. Әлсізайқын (портальді) фиброз. 3. Аздаған (перипортальді) фиброз. 4. Ауыр (септалды, көпіртәрізді) фиброз. 5. Цирроз.

Физикалық тексеру:

Физикалық тексеру кезінде негізгі объективтік симптом болып табылады: гепатомегалия, бауырдың тығыздануы. Процесстің жоғары белсенділігінде, сонымен қатар бауыр циррозында спленомегалия, кейде – лимфаденопатия, бауырлық белгілердің болуы мүмкін (пальмарлы және өкшелік эритема, тамырлық жұлдызшалар, гиперпигментация).

Инструменталдық зерттеулер:

1. Бауыр биопсиясы (гепатит белсенділігі мен стадиясын бағалау).
2. Эндоскоптық зерттеу, өңешті баримен контрастты зерттеу (өңеш веналарының варикоздын кеңеюі).
3. Гепатобилиарлы жүйені ультрадыбыстық зерттеу (гепатомегалия, спленомегалия, бауыр құрылымының өзгеруі).
4. Бауырлық және порталдық қан келуді доплерграфиялық зерттеу.
5. Мұнан да анық бағалау үшін компьютерлік немесе магниттік-резонанстық томография.

4.4. Көрнекілік құралдар: мультимедиялық проектор (презентация)/ видеолекция

4.5. Әдебиет: Қосымша №1

4.6.Бақылау сұрақтары.

1. Гепатит дегеніміз не?
2. Гепатиттің себептері қандай?
3. Гепатиттің жетекші синдромдары.
4. Курлов бауырдың шекараларын қалай анықтайды?
5. Гепатитті емдеу бағдарламасына қандай дәрілер тобы кіреді?
6. Бауыр трансплантациясына көрсеткіштер.

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ  SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»	
«Клиникалық пәндер-1» кафедрасы	67/11
Дәріс кешені	

№7 Дәріс

4.1.Дәріс тиақырыбы: Жедел және созылмалы гломерулонефрит

4.2.Мақсаты: білім алушыларда науқасты тексерудің маңызды кәсіби дағдыларын қалыптастыру үшін науқасты тексерудің негізгі әдістерін, клиникалық ойлау негіздерін, негізгі клиникалық синдромдарды диагностикалау бойынша білімді меңгеру.

4.3.Дәріс тезісі.

Созылмалы гломерулонефрит - қайталамалы және тұрақты гематурия мен жекеленген протеинурия, нефротикалық және созылмалы нефритикалық синдромдармен өтетін аурулар тобы. Нефротикалық синдром ауыр протеинуриямен ($>3,5\text{г/тәул.}$), гипоальбуминемиямен (сарысу альбумині $<25\text{г/л}$), гиперлипидемиямен және жіктермен көрінеді. Созылмалы нефритикалық синдром өзіне протеинурия ($<2,5\text{г/тәул.}$), гематурия (акантоциттер $>5\%$), аздаған ісіктер немесе ұзақ уақыт жалғасқан артериальды гипертензияны қосады.

Жіктелуі:

Клиникалық:

А) Оқшауланған несеп синдромы

- қайталамалы және тұрақты гематурия. Протеинурия мен немесе протеинуриясыз

- оқшауланған протеинурия

В) Нефротикалық синдром

С) Нефритикалық синдром

Диагностикалық іс-шаралардың негізгі және қосымша тізімі:

Негізгі диагностикалық шаралар тізімі:

1. Жалпы қан талдауы: Нб,Эр, MCV,NCH, лейкоцитарлы формула, Тр, ЭТЖ, фрагменттелген эритроциттер.
2. Протеинурия+гематурияға тест жолақтар
3. Зәр түнбасының микроскопиясы: зәр эритроциттерінің морфологиялық зерттеуі (акантоциттер), липидурия (“мальталық крест”), эритроцитарлы цилиндр.
4. Несеп ақуыздарының электрофорезі: альфа-2 макроглобулин, Ig-G, трансферрин,альбумин,альфа-1-микроглобулин, ретинол-байланыстырушы протеин, бета-2-микроглобулин.
5. Протеин/креатининді, альбумин/креатининді коэффициент (тәуліктік протеинурия аналогы)
6. Креатинин, несепнәр, К, Na,Ca,P, холестерин, қан сарысуындағы қантты анықтау.
7. Қандағы жалпы ақуызды, альбуминді; қанда С-реактивті ақуызды, (сандық) анықтау.
8. Іш қуысының, бүйректің УДЗ
9. Кокрофт-Голт бойынша ШФЖ есептеу (Ері-GFR)

Госпитальдау кезінде

1. Жалпы қан талдауы: Нб,Эр,Лейк., Тр, ЭТЖ биопсияға дейін және биопсиядан кейін.
2. Гематурия, протеинурия, лейкоцитурияға тест-жолақтар
3. Протеин/креатининді коэффициент
4. Қан сарысуындағы креатинин, несепнәр
5. Ұю уақытын анықтау, ХҚҚ, ПТИ
6. УДЗ бақылаумен бүйрек биопсиясы

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Клиникалық пәндер-1» кафедрасы		67/11
Дәріс кешені		

7. Қабылданған және шығарылған сұйықтық көлемін есептеу, күнделікті салмағын өлшеу
 8. Қан сарысуында циклопарин, такралимус концентрациясын анықтау.

Шағымдар және анамнез:

Артериалды гипертензиямен және/немесе протеинурия жоғарылауы, ісінулер, диурез төмендеуі, бүйрек жетіспеушілігі болуы мүмкін.

Анамнезінде маңызы бар: күндік инсоляция (күнге күй), тері бөртпелерінің аяқ астынан пайда болып, жоғалуы, эритемалар, артралгиялар, шаштың түсуі, синуситтер, қанды бөліністер мен риниттер, жиі пневмониялар, бронхальды демікпе, ЖРВИ және фарингит көрінісіндегі макрогематурия жағдайлары, отбасының басқа мүшелерінде гематурия болуы, этиологиясы анықталмаған қызба жағдайлары, вирусты гепатиттерге оң серология, қосымша аурулары: ревматоидты артрит, созылмалы инфекция ошақтары [мысалы: остеомиелит]. Нақтыланған дәрі-дәрмекті анамнез және зиянды әдеттері: ААФи, алтын препараттары, героин.

Белгі	Нефротикалық синдром	Созылмалы нефритикалық синдром	Гипертониялық/диабеттік нефропатия
Аурудың басталуы	Аяқта, бетте пайда болуынан бастап, толқын тәрізді ағымда болуы мүмкін	Аяқ астынан анықталған микрогематуриядан/протениуриядан макрогематурия ісінулер пайда болады және АҚ көтерілуіне дейінгі жағдайлар	Анамнезінде 5-10 жылдан бергі қант диабеті, ұзақ артериялық гипертензия
Ісінулер	+++	+	+/- СБЖ және диабеттік табан кезінде терінің трофикалық өзгерулері болуы мүмкін
Артериялық қысым	N(50%), кейде гипотония	Оқшауланған гематурия/протеинурия кезінде болуы мүмкін – N жиі нефритикалық синдром	
Гематурия	Тән емес. Аралас нефро+нефритикалық синдром пайда болады	Микрогематуриядан макрогематуриялық жағдайларына дейін үнемі	Микрогематурия +/-
Протеинурия	3,5г/тәу көп	2г/тәу аз	Аздаған мөлшерден нефротикалыққа дейін
Гиперазотемия	ЖЖ белсенділігіне байланысты транзиторлы, ауру ұзақтығына байланысты жиілейді	Оқшауланған гематурия/протеинурияға тән емес. Ауру өршуіне байланысты, нефритикалық синдром да өрши түседі	Ауру ұзақтығына және анықталған кезеңіне байланысты

4.4. Көрнекілік құралдар: мультимедиялық проектор (презентация)/ видеолекция

4.5. Әдебиет: Қосымша №1

4.6. Бақылау сұрақтары.

1. Гломерулонефрит түсініктеме, симптомдары, диагностика, емі.

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»	
«Клиникалық пәндер-1» кафедрасы		67/11
Дәріс кешені		

№8 Дәріс

4.1.Тақырыбы: . Цистит. Жедел және созылмалы пиелонефрит.

4.2.Мақсаты: Оқушыларға бактериялық жасушаның және вирустардың құрылымы морфологиясымен және олардың адам патологиясындағы рөлімен таныстыру. Микробиологияның қысқаша даму тарихы.

4.3.Дәріс тезісі.

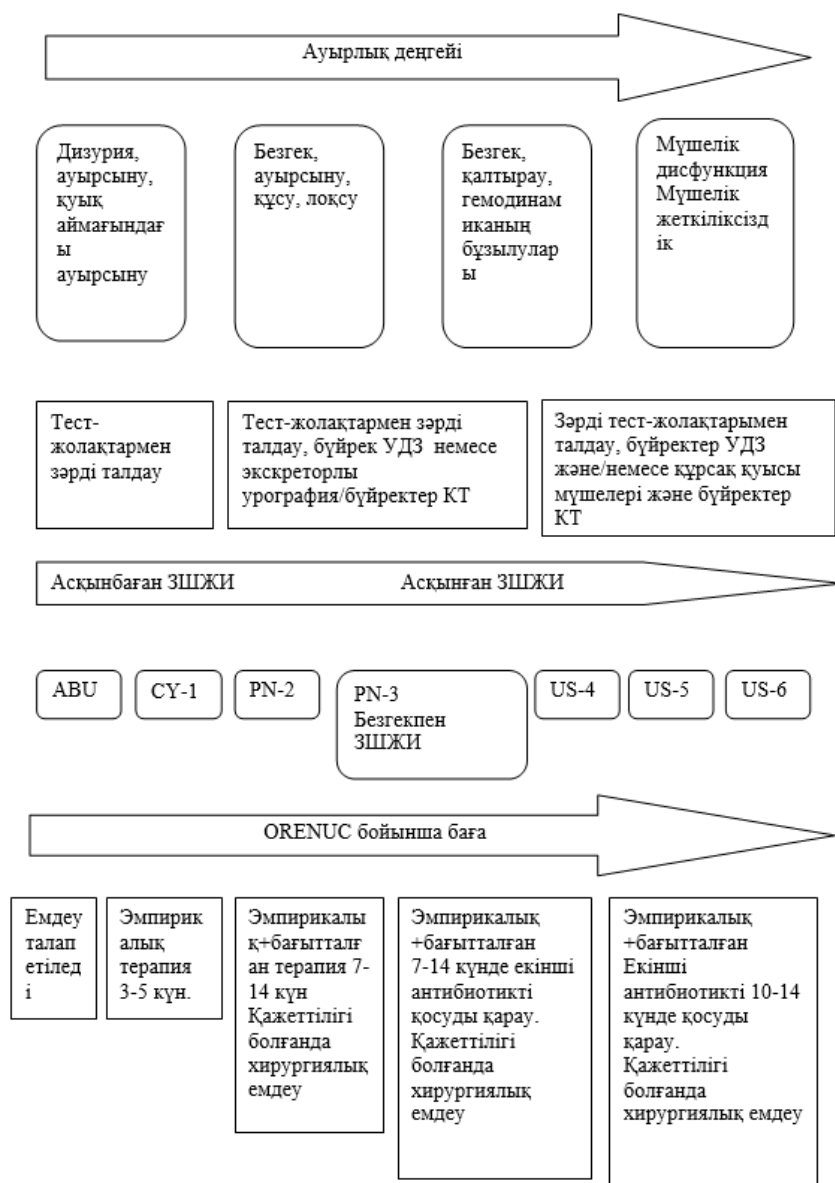
Цистит – бұл қуық қабықшасының жіті немесе созылмалы қабынуы.



Шағымдар және анамнез:

- ұма үстіндегі аймақтағы ауырсынулар (цистит);
- несеп жолынан бөлінулер;
- зәр шығарудағы қышу және дызылдауы (уретрит);
- қалтырау;
- безгек;
- әлсіздік.

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Клиникалық пәндер-1» кафедрасы	67/11
Дәріс кешені	



Зертханалық зерттеулер:

Негізгі:

- ЖҚТ;
- ЖЗТ;
- антибиотиктерге сезімталдықпен зәрдің бактериологиялық себіндісі.

Клиникалық-зертханалық деректерде ЭТЖ ұлғаюы байқалады, лейкоцитоз, лейкоцитурия, бактериологиялық себіндіде инфекциялар болуы мүмкін.

Құралдық зерттеулер:

- **қуықты УДЗ** – циститтегі УДЗ суреті, қабырғаның қалыңдауы анықталады, 5 мм артық. Қуықтың ішіндегі әртекті болуы мүмкін – жүзгін немесе тұнба анықталуы мүмкін.
- **несеп жолы УДЗ** – уретриттерде, ақпаратты емес болып табылады, зәр шығару каналы қабырғасы қалыңдауы анықталуы мүмкін

Маман консультациялары үшін көрсетілімдер:

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Клиникалық пәндер-1» кафедрасы		67/11
Дәріс кешені		

дерматовенеролог консультациясы – күмәнді бөртулерде (қабыршықтануларда, жаралар және т.б.) денені тексеруде, сыртқы жыныс ағзалары

Дифференциалды диагноз және қосымша зерттеулер негіздемесі:

<i>Диагноз</i>	<i>Дифференциалды диагностикаға арналған негіздеме</i>	<i>Зерттеп-қараулар</i>	<i>Диагнозды алып тастау белгісі</i>
Созылмалы бел остеохондрозының асқынуы /омыртқа аралық диск жарығы	Бел аймағындағы ауырсынулар	Неврологтың тексеруі, Омыртқаның бел бөлігіне шолу рентгені, омыртқаның бел бөлігінің КТ	Аурудың ұзақ анамнезі, омыртқа жарақаттарының болуы, қозғалыста күшейетін ауырулар
Туберкулездік цистит	Ұма үсті аймағындағы ауырсынулар	Зәрдегі, туберкулез микобактериясында талдау, Фтизиатрдың тексеруі	Туберкулез науқастарымен байланыс, Бұрын болған туберкулез
Жатыр миомасы, эндометрит, сальпингооофарит, аналық бездің сарысулы ісігі	Ұма үсті аймағындағы ауырсынулар	Жатыр УДЗ және олардың үстеме өсінділері, гинекологтың тексеруі	Етеккір циклімен ауыру синдромының байланысы
Гонореялы уретрит	Уретралды бөлінулер, зәр шығарудағы қышыну және дызылдау	Несеп жолы жағындысында гонококктарды анықтау Дерматовенерологтың тексеруі	Қорғалмаған жыныстық қатынас

Жіті асқынбаған жеңіл және орта ауырлықты цистит

<i>Антибиотик</i>	<i>Мөлшері</i>	<i>Терапия ұзақтығы</i>
Левифлоксацин	0,5 ішке 1 рет	7-10 күн
Левифлоксацин	0,75 ішке 1 рет	5 күн
Ципрофлоксацин	0,5-075 ішке 2 рет	7-10 күн
Ципрофлоксацин	1,0*1 ішке 1 рет	5 күн

Қоздырғыштың белгілі сезімталдығында ғана

<i>Антибиотик</i>	<i>Мөлшері</i>	<i>Терапия ұзақтығы</i>
Амоксицилин квалуанат	0,5-0,125 ішке 3 рет	14 күн
Цефиксим	0,4 ішке 1 рет	7-10 күн

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Клиникалық пәндер-1» кафедрасы		67/11
Дәріс кешені		

--	--	--	--

Негізгі дәрілік заттардың тізбесі:

<i>Антибиотик</i>	<i>Мөлшері</i>	<i>Терапия ұзақтығы</i>
Левифлоксацин	0,5 ішке 1 рет	7-10 күн
Левифлоксацин	0,75 ішке 1 рет	5 күн
Ципрофлоксацин	0,5-075 ішке 2 рет	7-10 күн
Ципрофлоксацин	1,0*1 ішке 1 рет	5 күн
Амоксицилин квалуанат	0,5-0,125 ішке 3 рет	14 күн
Цефтибутен	0,4 ішке 1 рет	10 күн
Цефиксим	0,4 ішке 1 рет	7-10 күн
Фосфамицина трометомол	ішке 3,0 гр 1 раз	Бір рет
Фуросидин	0,1 ішке 3 рет	5 күн
Нитрофурантоин	0,1 ішке 3,4 рет	5 күн

Пиелонефрит – интерстиция, өзекшелер және бүйрек тостақшалық - түбекшелік жүйесінің зақымдалуымен өтетін бүйректің микробтық - қабынулық ауруы.

Жіктелмесі:

1. **Ағымы бойынша:** жіті, созылмалы.

1.1. Асқынған (дамудың туа біткен ақауы көрсетілсі);

1.2. Асқынбаған.

2. **Бүйрек функциясының жағдайы бойынша** – бүйректік созылмалы ауруының халықаралық жіктелмесі (БСА), К/DOQI:

- I стадия, ШФЖ (шумақтық филляция жылдамдығы) – ≥ 90 мл/мин;

- II стадия, ШФЖ – 89-60 мл/мин;

- III стадия, ШФЖ – 59-30 мл/мин;

- IV стадия, ШФЖ – 29-15 мл/мин;

- V стадия, ШФЖ – 15 мл/мин аз (ТХПН).

Шағымдар мен анамнез:

1. Температураның жоғарылауы.

2. Бел аумағындағы ауырсыну.

3. Макрогематурия эпизоды (ТИН).

4. Әлсіздік, шаршағыштық.

Физикалық тексеру:

1. Ұлттану.

2. Қызба.

3. Бүйрек прооекциясында пальпация кезінде ауырсыну.

4. Беттің, тізенің ісінуі.

5. Тері жабындыларының бозғылттығы.

Инструменталдық зерттеулер:

1. Бүйректі УДЗ: туа біткен даму ақаулары, киста, тастар.

2. Цистография - қуықтық-зәрағарлық рефлюкс немесе антирефлюксті операциядан кейінгі жағдай.

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Клиникалық пәндер-1» кафедрасы		67/11
Дәріс кешені		

- Нефросцинтиграфия – бүйрек паренхимасының зақымдалу ошағы.
- Тубулоинтерстициальді нефритте – бүйректің диагностикалық пункциондық биопсиясы.

Дифференциалды диагноз

Белгі	Созылмалы тубулоинтерстициальді нефрит	Созылмалы обструктивті пиелонефрит
Қызба	жоқ	Жіті фазада
УДЗ	жоқ	Обструктивті өзгерістер (тостағаншаның кеңеюі)
Анамнез, дәрілер, токсиндер	+	-
Қан анализі	Тән емес	Жоғары ЭТЖ, лейкоцитоз
Зәр	Лейкоцитурия	Л-урия, бактериурия
Концентрация функциясының төмендеуі	+	+

Дәрі-дәрмектік ем:

- Ингибиторлы қорғалған аминопенициллины: амоксициллин* + клавулон қышқылы
 - 3 айдан - 12 жасқа дейінгі балаларға тағайындалады, 20-40 мг/кг/тәу 3 рет қабылдауға,
 - 12 жастан жоғары балаларға – 375-625 мг тәулігіне 3 рет; ампициллин/сульбактамғаназначают 50 мг/кг/тәу 2 рет қабылдауға.
- II-III-IV буынды цефалоспорины:
 - цефотаксим* 1 айдан жоғары балаларға – 50-100 мг/кг/тәу парентералды 2-3 енгізуге;
 - цефтриаксон* - 20-75 мг/кг/тәу 1-2 енгізуге, цефоперазон* - 50-100 мг/кг/тәу 2-3 енгізуге;
 - цефоперазон* - 50-100 мг/кг/тәу 2-3 енгізуге;
 - цефуоксим 10-100 мг/кг/тәу 2 енгізуге;

4.4. Көрнекілік құралдар: мультимедиялық проектор (презентация)/ видеолекция

4.5. Әдебиет: Қосымша №1

4.6.Бақылау сұрақтары.

- Цистит. Жедел және созылмалы пиелонефрит.

№9 Дәріс

4.1.Тақырыбы: Гемофилия. Ревматоидты артрит.Остеоартрит.

4.2.Мақсаты: білім алушыларда науқасты тексерудің маңызды кәсіби дағдыларын қалыптастыру үшін науқасты тексерудің негізгі әдістерін, клиникалық ойлау негіздерін, негізгі клиникалық синдромдарды диагностикалау бойынша білімді меңгеру.

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»	
«Клиникалық пәндер-1» кафедрасы	67/11	
Дәріс кешені		

4. 3. Дәріс тезісі.

Гемофилия – тұқым қуалайтын ауру. Қан ұюының төмендеуі немесе бұзылуы синтездік факторы VIII немесе IX

Диагностика критерилері:

- Ауыру кезінде қан және қан ағатын мүшелері бар адамдардан бұрыннан қан ағатын туыстары бар екені туралы өтініш және сыртартқы жиыстыру;
- Эхкимоз, гемартроз бар, қан және қан ағатын мүшелері бар адамдарды көзбен көру арқылы зерттеу;
- Қан аздық дәрежесі туралы анықтауда жалпы қан анализі;
- Тізе буынының рентгенографиясы;
- Буын терленуінде – буынды УДЗ;
- Қан ағу жұмсақ тканнан қан ағу көлемін, жұмсақ тканды ультрадыбыстық зерттеу;
- Құрсақтағы, қан ағушылықтың барлығы – іш перденің артқы кеңістігі және кіші жамбас астауын көлемді етіп түсіру;
- Іш перденің артқы кеңістігіндегі қан ағушылығы, бүйректің ультра дыбыстық зерттелуі (УДЗ);
- Іш перденің артқы кеңістігінің қанағушылығы бар екені туралы – уролог дәргер қабылдауы (көру, кеңес беру);
- Қанның тіс шұңқырынан сығылып шығуы туралы – дәрігер стоматолог қабылдауы (көру кеңес беру);
- Бел мықын еттеріндегі қан ағуы туралы дәрігер хирург қабылдауы (көру, кеңес беру);
- Гемартрозда буындарға қан құйылу дәрежесін анықтау ортопед дәргер қабылдауы (көру, кеңес беру). Пішін жоғалтқан остеоартроз (буын сүйектерінің дерті), буынның ішкі сынығы барлығы туралы айту;
- Зәр шығару жүйесінің аурулығы – қуықты ультрадыбыспен зерттеу;
- Бүйректегі қан ағуы – жоқ, зәрдің жалпы анализі;
- СЭС талабы – нәжістегі ішек құрт жұмыртқаларын зерттеу;
- Вирустық гепатитті табу – австралиялық антигендікке зерттеу;
- СПИД- ке диагностика – қандағы СПИД – те зерттеу;
- Гепатит диагностикасы – билирубинді анықтау;
- Гепатит диагностикасы АЛТ пен АСТ – ны анықтау;
- Гепатит диагностикасы – hbs ag . anti HBS , anti HB Cor , anti HCV (ИФА) антигендерді анықтау;
- Жабық қан ағу диагностикасы – нәжістен жабық қан ағуын зерттеу;
- Неврологиялық бұзылуда невропатолог консультациясы;
- Неврологиялық аурудың жоқтығына –электроэнцефалография;

Шағымдар мен анамнез:

Қан және қан түзуші ағзалардың ауруы кезінде, мынандай клиникалық деректердің ерекшеліктері байқалады:

- Туыстарындағы қан ағушылығының барлығы, әсіресе анасы жағындағылардан;
- Геморрагиялық синдром түрінде туғаннан кейінгі асқынулар (анасынан қан ағу, кіндігінен қан ағу, нәрестедегі кефалогематома);
- Қан құйылудың (қан ағудың) алғаш қысымы.
- Қан ағу болғанда бұрын жылдам киілігуі болды 28А? (тісін жұтуда).

Инструменталдық тексеру:

- Буындар рентгенографиясы гемартроз кезінде буын сүйектер структурасының органикалық өзгерістерін, буындардағы сұйықтың бар жоғын анықтау мақсатында жүргізіледі;
- Ауруды гематома кезінде Ішкі перденің артқы кеңістігін және құрғақ қуысымен бел-мықынды ультра дыбыстармен тексеру, ішкі перденің артқы кеңістігін көлемін орналасуын, сонымен қатар құрсақ қуысы мен бел-мықынның қысылып қалмауы мақсатында жүргізіледі.

Дифференциалды диагноз

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Клиникалық пәндер-1» кафедрасы		67/11
Дәріс кешені		

№	Белгілер	Гемофилия А	Гемофилия В	Виллебранд ауруы
1	Тұқым қуалаушылық	Жыныспен тіркескен	Жыныспен тіркескен	Аутосамды доминанты
2	Мұрыннан қан ағу	+	+	+
3	Қан ағу уақыты	Ұзақ	Ұзақ	Қалыпты немесе ұзақ
4	Қан ағушылық	Гематомды тип	Гематомды тип	Микроциркуляторлы немесе аралас тип
5	АЧТВ	Ұзақ		Қалыпты немесе ұзақ
6	Қан ұю факторы	VIII – төмендеуі	IX-төмендеуі	Виллебранд факторына белсенділігінің төмендеуі

Ем мақсаты: Ерте кезеңде қанның тоқтауы ол жаппай гемартроз, немесе жұмсақ тіннің зақымдануын болдырмау.

Дәрі-дәрмексіз ем: (жалпы режим; гемартроздың жартылай ауруханада жату, диета стол – N11).

Дәрі-дәрмектік ем (РК –да тіркелу, курстық тәуліктік доза, сыртқа шығармау): Ауыр гемартрозды гемофилияны емдеу, ол қан аққан жарақаттан, тісін жұлғанда міндетті түрде ауруханада қаралу. Қан ұю факторларын да күніне 3 рет аптасына, гемофилия А (VIII-фактор) және аптасында 2 рет гемофилия В (IX фактор) 25-40 МЕ /кг аурудың денесіне қарай препараттар енгізу.

Ревматоидтық артрит – белгісіз этиологиядағы мультифакториалдық аутоиммундық ауру, оның дамуына көптеген факторлар қатысады: сыртқы орта, иммундық, генетикалық, гармоналдық және т.б. Перифериялық буындардың симметриялық созылмалы эрозивтік артритімен (синовиттер) және ішкі ағзалардың жүйелік қабынулық зақымдалуымен мінезделеді.

Диагностика

РА диагностикалау үшін Американдық ревматологиялық ассоциациясының критерилері пайдаланылады

1. Таңертеңгі құрысулық — 1 сағаттан кем уақыт емес сақталатын, буындар немесе буын айналасындағы тіндер айналасының таңертеңгілік құрысуы.
2. Үш немесе одан да көп буындардың артриті — дәрігермен кем дегенде үш буында анықталған ісінулер мен дөңдер. 14 буынның зақымдалуы мүмкін (2 жақтан): алақан сүйектер бунақтық, проксималды бунақаралық бунақаралық, білезік буындары, шынтақтық, сирақ асықтық.
3. Саусақ буындарының артриті — кем дегенде келесі топ буындарының бірінің ісінуі: білезік, алақан сүйектер бунақтық және проксималды алақан сүйектер бунақтық.
4. Симметриялық артрит — тәрізді, бірақ абсолютті симметриясыз, буынның екі жақтық зақымдануы: алақан сүйектер бунақтық, проксималды алақан сүйектер бунақтық, табансүйектік бунақтық.
5. Ревматоидтық түйіндер — көбінесе дененің шығыңқы учаскелерінде, бүгілетін беттерде немесе буын айналасында орналасатын теріасты түйіндері (дәрігермен анықталған).
6. РФ — Қан сарысуындағы РФ титрінің артуын кез келген әдіспен байқау.
7. РА үшін типті рентгенологиялық өзгерістер: саусақ және аяқ басы буындарында орналасатын және клиникалық зақымдалған буындарда аса байқалатын жалақ жара немесе буын айналасының остеопорозы

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Клиникалық пәндер-1» кафедрасы		67/11
Дәріс кешені		

Шағымдар мен анамнез:

Аурудың бастапқы кезінде артриттің клиникалық көріністері аздап айқын болуы мүмкін. Көбінесе, жалпы жағдайдың нашарлауы байқалады (әлсіздік, таңертеңгілік құрысу, артралгиялар, жүдеу, субфебрильді қызба, лимфаденопатия), ол өз кезегінде буындардың айқын клиникалық зақымдануына алып келуі мүмкін.

Физикалық тексеру:

Буындардың зақымдануы 2 категорияға бөлінуі мүмкін:

1. Потенциалды қайтымды (көбінесе ерте) — синовит.
2. Қайтымсыз құрылымдық өзгерістер (аса кеш) — жалақ жаралар, анкилоз.

Инструменталдық зерттеулер:

Рентгенологиялық өзгерістер.

Қол мен аяқ ұштары рентгенологиялық зерделеу, аурудың бірден бір негізгі диагностикасы мен үдеуін бағалаудың әдісі болып табылады.

- буын аумағының остеопорозы;
- буын беткейі шетінің анықсыздығы;
- буындық беттердегі жалақ жаралар;
- остеолит;
- анкилоз;
- буындардың шала таюлары.

Дәрілік заттар	Біреудегі доза	Преднизолонның эквивалентті дозасы (мг), таблеткада
Кортизон*	5	1
Метилпреднизолон*	4	5
Триамцинолон	4	5
Бетаметазон*	0,5	3,3
Дексаметазон*	0,5	3,3

Остеоартроз (ОА) – ұқсас биологиялық, морфологиялық, клиникалық көріністері бар әртүрлі этиологиядағы және негізінде буындардың барлық компоненттерін, бірінші кезектеп, шеміршектің, субхондральды сүйектің, синовиалық қабықтың, байламдардың, капсулалардың, буын маңындағы бұлшықеттің зақымдалуы жататын аурудың гетерогенді тобы.

Шағымдар:

- зақымдалған буын (буындар) салаларындағы ауырсыну;
- тұрған немесе жүктеме кезінде аурудың күшеюі.

Анамнез:

- ауырсыну жүктеме немесе тыныштықта пайда болады;
- дене жүктемесінен кейінгі күннің соңында ауырсыну күшейеді, демалыстан кейін ауырсыну азаяды;
- «стартты ауырсынулардың» болуы;
- аздаған таңғы тежелушілік пен қиын қозғалушылық бар ма;
- буын қызметінің шектелуі орын алған ба.

Физикалды тексеру:

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Клиникалық пәндер-1» кафедрасы		67/11
Дәріс кешені		

- крепитация
- буын көлемінің ұлғаюы көбінесе пролиферативті өзгерістер (остеофиттер) есебінен болады, бірақ буын маңындағы тіндердің ісінуі салдары болуы мүмкін.
- дистальды (Геберден түйіні) және буынаралық буындардың проксимальды (Бушар түйіндері) саласында түйіндердің түзілуі.
- буын үстінде айқын ісінушілік пен жергілікті температураның артуы сирек туындайды, бірақ қайталама синовиттің дамуы кезінде пайда болуы мүмкін.
- тізе буындарының варусты деформациясы, «шаршылы» буын, Геберден және Бушар түйіндері дистальды және проксимальды буынаралық буындарға сәйкес.

Буындық синдром:

- зақымдалған буын саласындағы ауырсынулар;
- ауырсынудың тұрған немесе жүктеме кезіндегі күшеюі.
- күннің соңына қарай аурудың өсуі;
- «стартты аурулардың» болуы;
- 30 минуттан кем емес таңғы тежелушілік.



- жалпы қан талдауы;
- СРБ;
- РФ;
- Зақымдалған буындардың рентгенографиясы.



Егерде:
ЖНТ көрсеткіштері норма шегінде;
СРБ теріс, РФ теріс.
Рентгенограммада буын
саңылауының тегіс еме тарылуы,
остеосклероз, остеофиттер



Остеоартроз



Егерде:
ЖҚТ (СОЭ күрт көтерілуі)
СРБ онтайлы,
РФ онтайлы.
Буындар рентгенограммсы (буын
саңылауының тегіс
тарылуы, остеопороз, эрозиялар,
кальцинат және т.т.)



Диагностикалық ізденістерді жалғастыру

Негізгі дәрілік заттардың тізбесі:

Дәрі-дәрмек (ХА)	Фармакологиялық топтар	Енгізу тәсілі	Бір реттік дозасы	Қолдану дүркінділігі	Емдеу курсының ұзақтығы	ДД
Ауырсынуды басу құралы						
Парацетамол	Анилид	Іштей	350 мг;	тәулігіне 2-4 рет;	ұзақ уақыт	ДД – А [15-23]
Стероидты емес қабынуға қарсы препараттар						
Диклофенак	Туынды сірке қышқылы	іштей	75-200 мг	тәулігіне 1-3 рет	курспен	А [15-23]

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Клиникалық пәндер-1» кафедрасы		67/11
Дәріс кешені		

Ацеклофенак	Фенилуксусты қышқыл туындысы	іштей	тәулігіне 100 мг	тәулігіне 1 рет	курс пен	ДД – А [15-23, 24]
Эторикоксиб	Коксибы	іштей	тәулігіне 60-120 мг	тәулігіне 1-2 рет	Курс пен	ДД – А [15-23]
Лорноксикам	оксикам туындысы, селективті ингибитор ЦОГ-2	б/і, к/і	тәулігіне 8-16 мг	тәулігіне 1-2 рет	5 күн курстар мен	ДД – А [15-23]
Лорноксикам	оксикам туындысы, селективті ингибитор ЦОГ-2	іштей	тәулігіне 8-32 мг	тәулігіне 1-2 рет	курс пен	ДД – А [15-23]
Мелоксикам	оксикам туындысы, селективті ингибитор ЦОГ-2	б/і	15 мг	тәулігіне 1 рет	5 күн	ДД – А [15-23]
Мелоксикам	оксикам туындысы, селективті ингибитор ЦОГ-2	іштей	7,5-15 мг	тәулігіне 1-2 рет	курс пен	ДД – А [15-23]
Нимесулид	НПВП сульфонамидтер класынан	іштей	100-200 мг	тәулігіне 1-2 рет	курс пен	ДД – А [15-23]
Диацереин	1-интерлейкин ингибиторы	іштей	50мг	тәулігіне 1-2 рет тәулігіне	курс пен	ДД – С [20,21,25]
Есірткілік анальгетик						
Трамадол	Опиоидті анальгетик	іштей	50мг	тәулігіне 1 рет	қажет болған кезде	ДД – В [15-22, 26]
Трамадол	Опиоидті анальгетик	б/і	50мг-1мл, 2мл	1 рет	қажет болған кезде	ДД – В [15-22, 26]

4.4. Көрнекілік құралдар: мультимедиялық проектор (презентация)/ видеолекция

4.5. Әдебиет: Қосымша №1

4.6. Бақылау сұрақтары

1. Гемофилия дегеніміз не?
2. Ревматоидты артрит клиникалық көрінісі?
3. Остеоартрит диф диагностикасы?

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Клиникалық пәндер-1» кафедрасы		67/11
Дәріс кешені		

№10 Дәріс

4.1.Тақырыбы: . Анемия.Лейкемия. Геморрагиялық васкулит.

4.2.Мақсаты: білім алушыларда науқасты тексерудің маңызды кәсіби дағдыларын қалыптастыру үшін науқасты тексерудің негізгі әдістерін, клиникалық ойлау негіздерін, негізгі клиникалық синдромдарды диагностикалау бойынша білімді меңгеру.

4.3.Дәріс тезісі.

Темір тапшылықты анемия– анемия (гемоглобин деңгейінің ерлерде 130 г/л және әйелдерде 120 г/л көрсеткіштен кем төмендеуі) және темір тапшылығымен (TSat[1]<16% және ферритин концентрациясының 30 мкг/л немесе нг/мл кем төмендеуі) сипатталатын клиникалық-гематологиялық синдром. Себебі, TSat –сарысу темірінің деңгейіне тәуелді есептік көрсеткіш, ТТА-ның тағы ір өлшемшарты – сарысу темірінің төмен деңгейі болып табылады.

Шағымдар мен физикальдік қарап-зерттеу:

Жалпыанемиялық синдром: әлсіздік, жоғарғы деңгейлі шаршағыштық, бас айналуы, бас ауыруы (көбінесе кешкі уақытта), физикалық жүктемеден кейінгі ентігу, жүрек қағу сезімі, синкопальды жағдайлар, артериялық қысымның жоғарғы емес деңгейі кезіндегі көз алдында «қарауытулардың» болуы, жиі түрде температураның орташа жоғарылауы байқалады, көбінесе күндіз ұйқышылық және түнде нашар ұйықтау, ашушандық, күйгелектік, қызбалық, даулылық, жылаулық, жады мен зейіннің төмендеуі, аппетиттің нашарлауы. Шағымдардың көрінуі анемияға бейімделуге байланысты болады. Ең жақсы адаптация ретінде анемизацияның баяу қарқыны болып табылады.

Сидеропеникалық синдром:

- Тері және оның қосалқыларының түсінің өзгеруі (құрғақтық, қабыршақтану, жеңілжарықшақтардыңпайда болуы, терініңбозаруы). Шаш түтіккен, сынғыш, «ұшталған», ерте ағарады, қарқынды түседі, тырнақтардың өзгерулері: жұқаруы, сынуы, көлденең сызылғыштар, кейде қасықтәрізді жинақталулар (койлонихиялар).
 - шырышты қабықшалардың өзгерістері (бүртіктердің атрофиясымен глосит, ауыздың бұрыштарындағы жарықтар, ангулярлы стоматит).
 - Асқазан-ішек жолдарының тарапынан өзгерістері (атрофиялық гастрит, өңеш шырыштысының атрофиясы, дисфагия). Құрғақ және қатты тағамды жұтудағы қиындықтар.
 - бұлшықетжүйесі. Миастения (сфинктердіңәлсіреуінен несеп шығаруға императивті келулер пайда болады, күлу, жөтелу кездерінде несепті ұстап тұру мүмкіндігінің болмауы, кейдеқыздардатүнгі уақытта несепті ұстай алмауы).
- Миастенияныңсалдарынанжүктіліктіаяғынадейінкөтермеу, жүктілік және осану кезіндегі асқынулар болуы мүмкін (миометрияның қысқарту қабілеттілігінің төмендеуі).
- Ерекше иістерге құмарлық.
 - Дәмнің өзгеруі. Сирекжелінетін затты жеуге талпыныспен көрінеді.
 - Тахикардия мен гипотонияға бейімділік.

Диагноз	Дифференциалды диагностикаға арналған негіздеме	Зерттеп-қараулар	Диагнозды болдырмау белгілері
Темірдің латенттік тапшылығы	Сарысу темірінің деңгейінің төмендеуі	Сарысу темірі, мкмоль/л	ê
		TSat, %	≥16%

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Клиникалық пәндер-1» кафедрасы		67/11
Дәріс кешені		

	тән	Ферритин, мкг/л	<30
		Гемоглобин, г/л	Норма
		MCV[1]	ёнемесе нормасында
		MCH[2]	ёнемесе нормасында
		Қосымша:	
		sTFR, мг/л	ё
		Ретикулоциттердегі гемоглобин құрамы, пг	<25
Темірдің функционалдық тапшылығы	Сарысу темірінің деңгейінің төмендеуі мүмкін	Сарысу темірі, мкмоль/л	ё немесе нормасында
		TSat, %	ё немесе нормасында
		Ферритин, мкг/л	Норма
		Гемоглобин, г/л	Норма
		MCV	Норма
		MCH	Норма
		Қосымша:	
		sTFR, мг/л	ё
		Ретикулоциттердегі гемоглобин құрамы, пг	<29
Темірдің функционалдық тапшылығы	Сарысу темірінің деңгейінің төмендеуі мүмкін	Сарысу темірі, мкмоль/л	ё немесе нормасында
		TSat, %	ё немесе нормасында
		Ферритин, мкг/л	Норма
		Гемоглобин, г/л	Норма
		MCV	Норма
		MCH	Норма
		Қосымша:	
		sTFR, мг/л	ё
		Ретикулоциттердегі гемоглобин құрамы, пг	<29

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Клиникалық пәндер-1» кафедрасы		67/11
Дәріс кешені		

IRIDA (маңызды белгі – ферротерапияның тиімсіздігі)	Сарысу темірі мен TSat деңгейінің төмендеуі тән	Сарысу темірі, мкмоль/л	ê
		TSat, %	<10
		Ферритин, мкг/л	түрленгіш
		Гемоглобин, г/л	ê
		MCV	êê
		MCH	êê
		Қосымша:	
		sTFR, мг/л	é
		Ретикулоциттердегі гемоглобин құрамы, пг	ê
Созылмалы сырқаттардың анемиясы	Сарысу темірінің деңгейінің төмендеуі тән	Сарысу темірі, мкмоль/л	ê
		TSat, %	ê немесе нормасында
		Ферритин, мкг/л	>100
		Гемоглобин, г/л	ê
		MCV	ê немесе нормасында
		MCH	ê немесе нормасында
		Қосымша:	
		sTFR, мг/л	ê немесе нормасында
		Ретикулоциттердегі гемоглобин құрамы, пг	ê
ТТА және Созылмалы сырқаттардың анемиясы	Сарысу темірінің деңгейінің төмендеуі тән	Сарысу темірі, мкмоль/л	ê
		TSat, %	ê немесе нормасында
		Ферритин, мкг/л	<100
		Гемоглобин, г/л	ê
		MCV	êê
		MCH	êê
		Қосымша:	
		sTFR, мг/л	түрленгіш

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Клиникалық пәндер-1» кафедрасы		67/11
Дәріс кешені		

		Ретикулоциттердегі гемоглобин құрамы, пг	ê
ТТА	Сарысу темірінің, TSat және ферритин деңгейінің төмендеуі тән	Сарысу темірі, мкмоль/л	ê
		TSat, %	<16
		Ферритин, мкг/л	<30 (<10 болуы мүмкін)
		Гемоглобин, г/л	ê
		MCV	ê
		MCH	ê
		Қосымша:	
		sTFR, мг/л	é
		Ретикулоциттердегі гемоглобин құрамы, пг	ê

Геморрагиялық васкулит (синонимдер: *анафилактикалық пурпур, капилляротоксикоз, Шенлейн – Генох ауруы, ревматоидты пурпур*) – кейде Ісіну сүйемелдеуімен тән бөртпе, буын синдромы: шағын тамырларының, артериолалардың, шағын қылтамырлар мен нейтрофилдер мен эритроциттердің ұялы инфильтрациясы бар ісінулер жалпылама қабынудаған туындаған жүйелі ауру, оның клиникалық көріністері жиі белгілері диапазонында бір мезгілде жедел пайда болып табылады, жиілігі түрлі дәрежеде құрсақ синдромы және бүйрек аурулары.

Геморрагиялық васкулит жедел, төмен, жиі жоғары ден қызуымен, кейде қалыпты температурамен басталады.

Клиникалық көрінісі бір немесе бірнеше синдромдармен сипатталуы мүмкін тері, буын, абдоминалды, бүйректік), бұл қарапайым және аралас түріндегі аурудың бөлінуіне байланысты

Тері синдромы (пурпур) барлық науқастарда кездеседі. Жиі ауруы басында, кейде артынан абдоминальды немесе басқа тән синдромы бар теріде бет, аяқ-қол, көбінесе төменгі, ягодицах, айналасында ірі буындардың пайда симметриялық майда дақты немесе дақты-папулезді геморрагиялық бөртпелер. Бөртпенің қарқындылығы әр түрлі: бірлік элементтерден көпке дейін, кейде ангионеврологиялық ісіктермен ұштастады. Бөртпелер толқын тәріздес, рецидивті сипатқа ие. Көптеген геморрагиялық васкулит әдеттегі тері бөртпелері - майда дақты, симметриялы орналасқан элементтері, басқанда жойылып бара жатқан ұқсас көгерендерден басталады. Теріде бөртпелер адамның денесінің, алақандарында және кейде сирек табандарында болады. Бөртпелерді кетіру кезінде пигментация қалады, сол жерде оның жиі рецидивті қабыршақтану пайда болады [6].

Буын синдромы - геморрагиялық васкулиттың екінші ең көп таралған симптомы. Бірлескен бүліну дәрежесі артралгийден бастап қайтымды артрит дейін өзгереді. Ол негізінен ірі буындарға, әсіресе тізе мен тобыққа әсер етеді. Бірнеше күннен бірнеше сағат болатын буын ауруы, пішінін ісіну және өзгертуі пайда болады. Тұрақты деформация өз функцияларын бұзбайды.

Ішек қабырғасында ісіну және қан құйылулар туындаған абдоминальды синдромы, ісігі, балалардың шамамен 70% кездеседі. Науқастар көп азап және жалғыз немесе емдеу бастап алғашқы 2-3 күн болып табылады емес, диспепсиялық бұзылулар жүрмейді, жұмсақ іштің

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Клиникалық пәндер-1» кафедрасы		67/11
Дәріс кешені		

ауыруынан шағымданған мүмкін. жиі күшті ауырсынуы табиғатта пароксизмалды, бірақ, дәл оқшаулау бар және бірнеше күн жалғастыруда емес, шаншу түріне кенеттен пайда болады. Жүрек айнуы, құсу, тұрақсыз нәжіс, ішек және асқазан қан эпизодтар болуы мүмкін. Ауырсыну сипатын рецидивирлеуші аурудың басталуына іш синдромы болуы, [6,8] геморрагиялық васкулит ауырсыну аурудың көрінісі және оның асқынулары (инвагинациясы, ішек перфорациясы) ретінде пайда болуы мүмкін, науқастың педиатр және хирург бірлескен бақылауды талап етеді.

Бүйректік синдромы аз таралған (40-60%) болып табылады және көп жағдайда бірінші пайда болмайды. Гематурия түрлі дәрежеде көрінеді, жиі - гломерулонефрит дамуында (Генох-Шенлейна нефрит), негізінен гематруялық, бірақ нефротикалық түрі болуы мүмкін (гематурия). Геморрагиялық васкулит жетекші симптомы - орташа гематурия, әдетте орташа протеинурия (кемінде 1 г / күн). Осы ауру жіті басталуымен ешқандай болжалды мәні жоқ макрогематурия орын алуы мүмкін. Рецидивтердің бірі немесе геморрагиялық васкулит жедел көріністері жоғалғаннан кейін - гломерулонефрит жиі кем дегенде, аурудың алғашқы жылында қосылады.

Дифференциальды диагноз және қосымша зерттеулер негіздемесі:

Диагноз	Дифференциальды диагностикаға арналған негіздеме	Зерттеулер	Диагнозды жоққа шығару өлшемшарттары
Геморрагиялық диатездер тобы (тромбоцитопения, тромбоцитопатия, гемофилия)	Геморрагиялық бөртпе,	ҚЖТ, коагулограмма, қан ағу уақыты, адгезия, тромбоциттердің агрегациясы, қанның ұю факторы	Тромбоцитопенияда - дақты қан ағу түрі, ұзақ қан уақытты, тромбоциттер саны айқын төмендеуі. Тұқым қуалайтын коагулопатия (гемофилия) үшін қан гематопты түрімен сипатталады. Қанның ұю факторлары, тромбоциттер саны және қан уақыт білдіргіш гипоккоагуляция тапшылығы өзгермей, Геморрагиялық васкулитте қалыпты тромбоциттер санының іш және бүйректің зақымдану белгілері қан васкулитті- күрең түрде байқалады. Геморрагиялық васкулит қан ұю жүйесінің ұйығышының үрдісімен сипатталады.
Қосышы тін және ревматикалық аурулар (Бехчет, Стивена-)	Буын синдромы, тері синдромы (васкулит)	Ревматоидты фактор, антинуклеарлы антидене,	Ревматоидты фактор және антиядролық туған ДНК

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Клиникалық пәндер-1» кафедрасы		67/11
Дәріс кешені		

Джонса синдромы, жүйелік қызыл жегі).		толқындыантикоагулянт, ДНК антиденесі	антиденелердің үшін қан тестінің теріс нәтижесі, реакция гиперпластикалық лимфа жүйесінің болмауы ГВ астында маскаланып жоғалып мүмкін (әсіресе жыныстық жетілу жасындағы балаларда жүйелі ауру болдырмауға мүмкінді береді.
---------------------------------------	--	---------------------------------------	--

4.4. Көрнекілік құралдар: мультимедиялық проектор (презентация)/ видеолекция

4.5. Әдебиет: Қосымша №1

4.6.Бақылау сұрақтары

1. Анемия дегеніміз не?
2. Анемияның пайда болу себептері қандай?
3. Анемияның қандай түрлерін білесіз?
4. Темір тапшылығының себептерін атаңыз.
5. Анемияның дифференциалды диагностикасын қандай аурулармен жүргізу керек?

№11Дәріс

4.1.Тақырыбы: Тиреотоксикоз ,Гипотероз .

4.2.Мақсаты: білім алушыларда науқасты тексерудің маңызды кәсіби дағдыларын қалыптастыру үшін науқасты тексерудің негізгі әдістерін, клиникалық ойлау негіздерін, негізгі клиникалық синдромдарды диагностикалау бойынша білімді меңгеру.

4.3.Дәріс тезісі.

Тиреотоксикоз (гипертиреоз) – бұл қандағы тиреоидты гормондардың (ТГ) шамадан тыс болуымен және олардың әр түрлі ағзалар мен тіндерге уытты әсерімен негізделген клиникалық синдром

Жіктеме :

1) ҚБ гормондарының жоғары өнімділігімен негізделген тиреотоксикоз:

- Грейвс ауруы (ГА);
- уытты аденома (ТА);
- йод-индукцияланған гипертиреоз;
- аутоиммунноготириеоидит гипертиреодті фазасы (АИТ);
- ТТГ – негізделген гипертиреоз;
- ТТГ – продуциялаушы гипофаза аденомасы;
- ТТГ адекватты емес секреция синдромы (тиреотрофтардың тиреоидті гормандарға төзімділігі);
- трофобластты гипертиреоз.

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Клиникалық пәндер-1» кафедрасы		67/11
Дәріс кешені		

2) ҚБ тыс тиреоидті гормондардың өнімділігіне негізделген гипертиреоз:

- тиреоидті гормондарды продуциялаушы ҚБ ісігінің метастазы;
- хорионэпителиома.

3) ҚБ гормондарының гиперөнімділігімен байланысты емес тиреотоксикоз:

- дәрі-дәрмекпен тиреотоксикоз (ҚБ гормондары препараттарының артық дозасы);
- де Кервен жасөспірімдік тиреоидтің сатысы ретінде тиреотоксикоз, босанудан кейінгі тиреоидит.

2-кесте. Зоб өлшемдерінің жіктелуі :

Зоб дәрежесі	Сипаттамасы
0	Зоб жоқ. Пальпаторлы әрбір бөлшектің өлшемі үлкен саусақтың дисталды бунағының өлшемінен аспайды
I	Зобтың өлшемі зерттелетін үлкен саусақтың дисталды бунағынан үлкен, зоб қолмен байқалады, бірақ көрінбейді
II	Зоб қолмен байқалады және көзге көрінеді

3-кесте. Тиреотоксикоздың жіктелуі және патогенезі :

Тиреотоксикоздың нысаны	Тиреотоксикоздың патогенезі
Грейвс ауруы	Тиреостимуляциялаушы АТ
ҚБ тиреотоксинді аденомасы	Тиреоидті гормондардың автономды секрециясы
ТТГ-секреттеуші гипофиз аденомасы	ТТГ автономды секрециясы
Йод-индукциялаушы тиреотоксикоз	Йода шамадан артықтығы
АИТ (хаситоксикоз)	Тиреостимуляциялаушы АТ
де Кервен ауыр тиреоидиті	Фолликулдардың деструкциясы және тиреоидті гормондардың қанға пассивті келіп түсуі (каллоидоррагия)
Дәрі-дәрмекті тиреотоксикоз	Тиреоидті препараттардың артық дозироласы
Т4 және Т3-секреттеуші аналық без тератомасы	Ісік жасушалары бар тиреоидті гормондардың автономды секрециясы
Қатерлі ісіктер, ХГЧ секреттеуші	ХГЧ-ның ТТГ-тектес әсері
ТТГ-рецептордың мутациясы	Тиреоидті гормондардың тиреоциттармен автономды секрециясы
Мак Кьюна-Олбрайт-Брицев синдромы	Тиреоидті гормондардың тиреоциттармен автономды секрециясы
ҚБ гормондарына төзімділік синдромы	ТТГ-нің тиреоциттерге «кері» байланыстың болмауына байланысты шартты әсері

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Клиникалық пәндер-1» кафедрасы		67/11
Дәріс кешені		

Гипотиреоз – қалқанша безі гормондарының тұрақты жетіспеушілігімен немесе тіннің деңгейінде олардың биологиялық тиімділігінің төмендеуімен негізделген клиникалық синдром.

Ауырлық дәрежесі бойынша алғашқы гипотериоздың жіктелуі:

Ауырлық дәрежесі	Зертханалық өзгерістер	Клиникалық белгілері
Субклиникалық	ТТГ – жоғары, ер. Т4 – қалыпты немесе төмендеген	Белгілерсіз өту немесе өзіне тән емес белгілердің көрінуі
Манифестті	ТТГ – жоғары, ер Т4 – төмендеген	Гипотериозға сипатты белгілер кездеседі
Күрделенген (ауыр)	ТТГ – жоғары, ер Т4 – төмендеген	Гипотериоздың нақты клиникалық белгілері. Ауыр асқынулар бар: «полисерозит», жүрек жетіспеушілігі, кретинизм, микседематозды кома және т.б..

Аспаптық зерттеулер:

- **Қалқанша безінің УДЗ:** көбнесе – АИТ сипатты ағза көлемінің өзгеруі, түйінді және өсінді түзілімдер.
- **ЭКГ:** QRS кешенінің, Т және Р тістерінің вольтажының төмендеуі, брадикардия, , синусовая брадикардия, миокард қарыншасында реполяризация үрдістерінің бұзылуы ;
- **Кеуде торы ағзаларының рентгенограммасы:** миокардтың интерстициалды ісігінің нәтижесінде жүрек өлшемінің өсуі, миофибрилдардың ісінуі, сол қарыншасының дилатациясы және миокардта түсуі, гидроперикард орын алуы мүмкін;
- **Гипофиздің МРТ немесе КТ** орталық гипотериоз кезінде көрсетілген;
- **ЭхоКГ** белгілері анық жүрек жетіспеушілігі кезінде.

Гипотериозға күдіктенетін ересек пациенттердегі дифференциалды диагноз және қосымша зерттеулердің негіздемесі:

Диагноз	Дифференциалды диагностика үшін негіздеме	Зерттеулер	Диагнозды жоққа шығару өлшемшарттары
Нефротикалық синдром	жалпы: ісіктердің таралуы	ТТГ, ерТ3, ерТ4 Қанда жалпы ақуызды, креатинин және несепнәр мөлшерін анықтау, СКФ, НЖТ, бүйрек УДЗ	Бүйрек зақымдалуының клиникалық және зертханалық белгілердің жоқтығы. Гипотериозға сипатты тиреодты профильдің өзгеруінің орын алуы
Акромегалия	Бет жүзінің іріленуі	ТТГ, ерТ3, ерТ4 Қанда ИРФ-1, СТГ мөлшерін анықтау, контрасты күшейтілуі бар гипофиздің МРТ	Қанда СТГ, ИРФ-1 қалыпты мөлшерлері, МРТ гипофиздің өзгеру белгілерінің жоқтығы. Гипотериозға сипатты тиреодты профильдің өзгеруінің орын алуы

Негізгі дәрілік заттардың тізбесі (100% қолдану ықтималдығы бар):

Фармакологиялық топ	ДЗ халықаралық патенттелмеген атауы	Қолдану әдісі	Дәлелділік деңгейі [6]
---------------------	-------------------------------------	---------------	------------------------

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Клиникалық пәндер-1» кафедрасы		67/11
Дәріс кешені		

Тиреоидты құрал	Натрий левотироксині	ішке	А
-----------------	----------------------	------	---

4.4. Көрнекілік құралдар: мультимедиялық проектор (презентация)/ видеолекция

4.5. Әдебиет: Қосымша №1

4.6. Бақылау сұрақтары

1. Гипотиреоз дегеніміз не?
2. Гипотиреоздың себептері қандай?
3. Бауырдың қандай түрлерін білесіңдер?
4. Гипотиреоз диагнозының аспаптық түрлері қандай?
5. Гипотиреозды дифференциалды диагноз қою үшін қандай ауруларды тағайындау керек?

№12 Дәріс

4.1. Тақырыбы: . Қант диабеті .Семіздік.

4.2. Мақсаты: білім алушыларда науқасты тексерудің маңызды кәсіби дағдыларын қалыптастыру үшін науқасты тексерудің негізгі әдістерін, клиникалық ойлау негіздерін, негізгі клиникалық синдромдарды диагностикалау бойынша білімді меңгеру.

4. 3. Дәріс тезісі.

Қант диабеті – метаболиттік (айырбас) зақымданулардың тобы, ол инсулин секрециясының бұзылуы, инсулин ықпалы немесе осы екі фактордың бұзылуы нәтижесінде пайда болатын созылмалы гипергликемиямен сипатталады.

Клиникалық ағымының сипаты бойынша ҚД:

1 типті ҚД	Ұйқы безінің β-жасушаларының деструкциясы, әдетте толық инсулиндік жетіспеушілікке алып келеді
2 типті ҚД	Инсулинорезисторлықтың аясындағы инсулин секрециясының ілгері бұзылуы
ҚД-нің өзге айрықша типтері	– β-жасушалары функцияларының генетикалық ақаулары; – инсулин әрекетінің генетикалық ақаулары; – ұйқы безінің экзокринді бөлігінің ауруы; – дәрілік препараттар және химиялық заттармен индуцирленген (АИТВ/ЖИТС емдеу кезінде немесе органдар трансплантациясынан кейін); – эндокринопатия; – инфекциялар; – ҚД-мен сәйкес келетін өзге де генетикалық синдромдар. СД.
Гестационды ҚД	Жүктілік кезінде пайда болады

диагностикалық өлшемшарттар:

- шөлдеу;
- жиі несеп шығуы;
- салмақтың төмендеуі;
- тері қышымасы;
- айқын жалпы және бұлшықет әлсіздігі;
- жұмысқа білеттілігінің төмендеуі;
- ұйқышылық.

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Клиникалық пәндер-1» кафедрасы		67/11
Дәріс кешені		

Анамнез:

ҚДІ әдетте қатаң басталады. Сырқаттың манифестациясын инфекциялық сырқаттар азғыртуы мүмкін. Сырқаттың үдемелі кезі күз-қыс мезгілдеріне сай келеді.

Физикалық қарап-зерттеу:

Клиника инсулин дефициті симптомдарымен негізделген:

- тері және шырыштың құрғақтығы;
- тері тығыздығының төмендеуі;
- «диабеттік» шырай;
- Бауыр көлемінің ұлғаюы;
- Тыныс шығару ауасындағы ацетон иісі;
- демікпе;
- шулы тыныс алу.

Дифференциалды диагноз және қосымша зерттеулер негіздемесі:

Диагноз	Дифференциалды диагностикаға арналған негіздеме	Зерттеп-қараулар	Диагнозды жоққа шығару өлшемшарттары
Қантсыз диабет	Екі сырқатта да шөл мен полиурияның болуы	Қандағы натрий, калий, глюкоза, НbA1c, плазма майлануы, несептің қатыстық тығыздығын анықтау	Гипергликемияны айқындау, $HbA1c \geq 6,5\%$. Гипернатриемияның, гиперомолярлылықтың жоқтығы. Несептің қалыпты немесе қатысты жоғарғы тығыздығы
2 типті Қант диабеті	гипергликемия	С-Пептидтің базальды және стимулдендірілген тірек-қимыл жасушаларының антигендеріне анықтау	Тірек-қимыл жасушаларының антигендеріне антиденелерді айқындау, стимулдендірілген С-пептидтің күтілген жоғарылауының жоқтығы

Негізгі дәрілік заттардың тізбесі (қолданудың 100% ықтималдылығы бар):

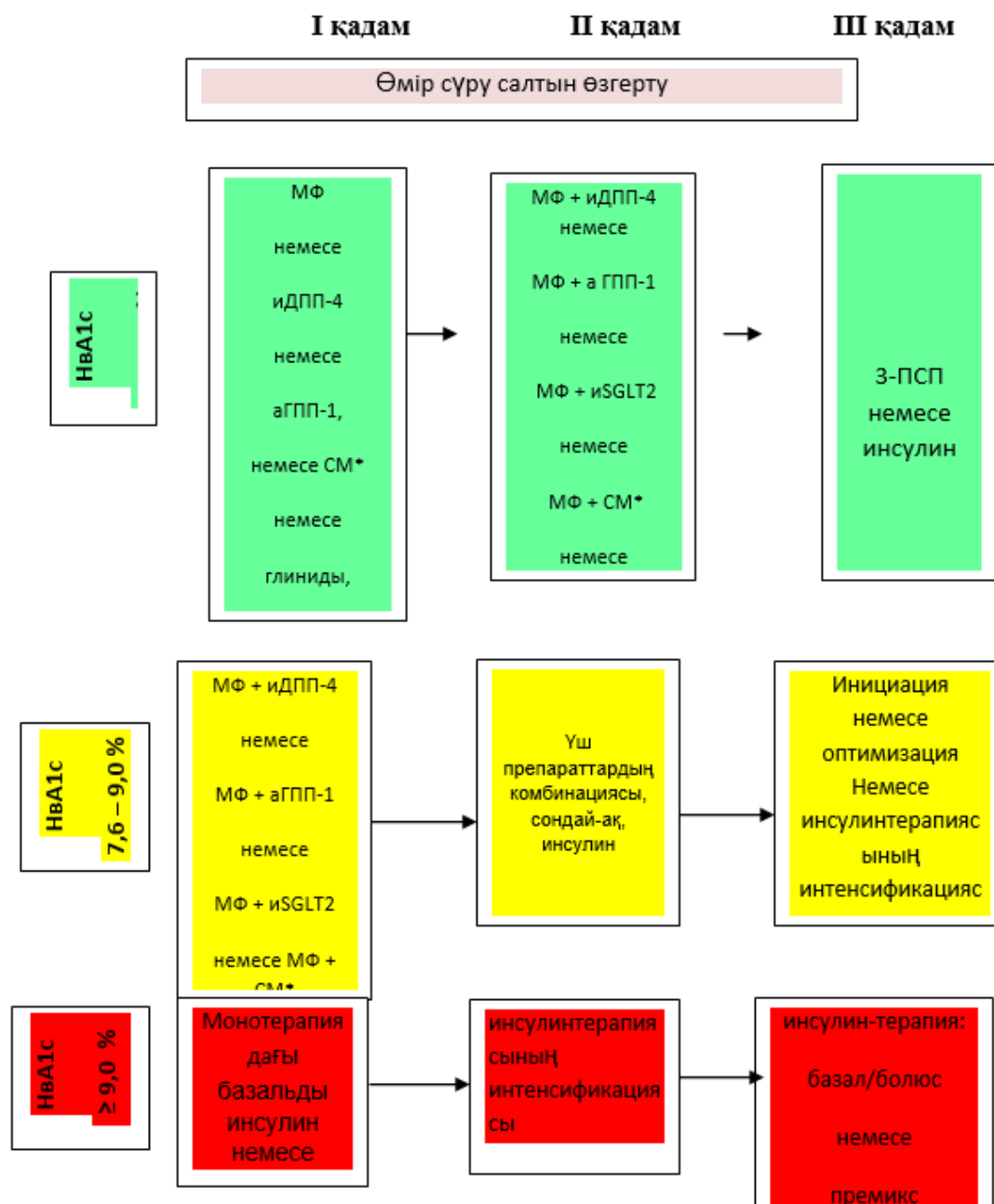
Фармакологиялық топ	ДЗ халықаралық патенттелмеген атауы	Қолдану әдісі Мөлшері мен еселігі жеке тағайындалады	Дәлелділік деңгейі
Гипогликемиялық құрал, қысқа әсерлі инсулин	Ерігіш инсулин (адами гендік-инженерлік)	п/к, в/в, инсулин помпаларында	A
Гипогликемиялық құрал, ультрақысқа әсерлі инсулин	Ультрақысқа әсерлі адами инсулин аналогтары	п/к, в/в, инсулин помпаларында	A
Гипогликемиялық құрал, әсер ұзақтығы орташа инсулин	инсулин-изофан (адами гендік-инженерлік)	п/к	A
Гипогликемиялық құрал, Ұзақ шыңсыз әсерлі адами инсулин аналогтары	инсулин гларгин, инсулин детемир	п/к	A

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Клиникалық пәндер-1» кафедрасы		67/11
Дәріс кешені		

Гипогликемиялық құрал, аса ұзақ шыңсыз әсерлі адами инсулин аналогтары	инсулин деглудек, инсулин гларгин	п/к	А
--	--------------------------------------	-----	---

1 типті ҚД және 2 типті ҚД2 дифференциалды диагностиканың өлшемшарттары

1 типті ҚД	2 типті ҚД
Жас, қатаң бастама (шөлдеу, полиурия, салмақтың азаюы, несептегі ацетонның болуы)	Семіздік, АГ, аз қимылдауын өмір салты, жақын туыстарында ҚД-нің болуы
Ұйқы безінің тірек қимыл β-жасушаларының аутоиммунды деструкциясы	В-жасушаларының секреторлы дисфункциясымен бірге инсулинрезистенттілігі



* - глибенкламидтен өзге

Препараттарды орналастыру тәртібі оларды таңдау кезіндегі басымдықты көрсетпейді

4.4. Көрнекілік құралдар: мультимедиялық проектор (презентация)/ видеолекция

4.5. Әдебиет: Қосымша№1

4.6.Бақылау сұрақтары

1. Қант диабеті дегеніміз не?
- 2.Семіздік этиологиясы, клиникалық көрінісі, диф.диагностикасы,емі?
2. Қант диабеті 1 мен Қант диабеті 2 клиникалық көріністері?

Қосымша№1

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ  SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»	
«Клиникалық пәндер-1» кафедрасы	67/11
Дәріс кешені	

Негізгі әдебиеттер:

- 1. Утепов, Д. П. Алғашқы медициналық-санитарлық көмекті басқаруды іске асыру / Д. П. Утепов. - Шымкент, 2015. - 64 б.
- 2. Қалимұрзина, Б. С. Ішкі аурулар. Т. 1. : оқулық. - Алматы : Эверо, 2010. - 540 бет
- 3. Қалимұрзина, Б. С. Ішкі аурулар. Т. 2. : оқулық. - Алматы : Эверо, 2010. - 504 бет
- 4. Қалимұрзина Б. С. Ішкі аурулар. 2 томдық. 1-том: оқулық. – А., 2007

Қосымша әдебиеттер

- 6. Алпысова, А. Р. Неотложные состояния в практике врача скорой помощи: учебно-методическое пособие / А. Р. Алпысова. - Караганда : АҚНҰР, 2016. - 176 с. -
- 7. Круглов, В. Скорая доврачебная помощь : монография / В. Круглов. - Ростов н/Д : Феникс ; СПб. : ООО Изд-во "Северо-Запад", 2008. - 352 с. - (Попул. медицина).
- 8. Ішкі аурулар бойынша объективтендірілген құрамдастырылған клиникалық емтихан: оқу-әдістемелік құрал = Объективный структурированный клинический экзамен по внутренним болезням : учебно методическое пособие / М. Оспанов атындағы БҚММУ ; құрас. Қ. Ж. Ахметов - М. : "Литтерра", 2016. - 368 б
- 9. Сыркатнама оқу-әдістемелік құрал. - Қарағанды : ЖК "Ақнұр", 2015. - 80 с

Электрондық ресурстар:

- 1. Ішкі аурулар. Эндокринология модулі [Электронный ресурс] : оқулық =
- 2. Внутренние болезни. Модуль эндокринология : учебник / ред. Р. С. З. Досмагамбетова. - Электрон. текстовые дан. (49,4Мб). - М. : ГЭОТАР - Медиа, 2016. - 248 бет. эл. опт. диск (CD-ROM)
- 3. Ішкі аурулар. Пульмонология модулі [Электронный ресурс] : оқулық = Модуль внутренние болезни. Пульмонология : учебник / А. М. Жусупова [ж/б.]. - Электрон. текстовые дан. (1,42Мб). - М. : "Литтерра", 2016. - 264 бет. эл. опт. диск
- 4. Ішкі аурулар. Гематология модулі [Электронный ресурс] : оқулық = Модуль внутренние болезни. Гематология : учебник / Л. Г. Тургунова [ж/б.]. - Электрон. текстовые дан. (1,42Мб). - М. : "Литтерра", 2016. - 240 бет. эл. опт. диск (CD-ROM).
- 5. Ішкі аурулар. Гастроэнтерология модулі [Электронный ресурс] : оқулық = Модуль внутренние болезни. Гастроэнтерология : учебник / Е. М. Ларюшина. - Электрон

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Клиникалық пәндер-1» кафедрасы		67/11
Дәріс кешені		

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Клиникалық пәндер-1» кафедрасы		67/11
Дәріс кешені		

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Клиникалық пәндер-1» кафедрасы		67/11
Дәріс кешені		