

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

Дәріс кешені

Пәні: АП 16 СД16 «Дерматовенерология»
Мамандығы: 09120101 «Емдеу ісі»
Біліктілігі: 4S09120101 «Фельдшер»

Курс: 3/4
Семестр: 5/7
Оқу түрі: күндізгі
Жалпы еңбек сыйымдылығы барлық сағат/кредиттер KZ: 2/48
Аудитория: 12
Симуляция: 36

Шымкент 2024.

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

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

Оқытушы: Сламхан А.Ғ.

Мамандығы: 09120100 - "Емдеу ісі"

Біліктілігі: 4S09120101 - "Фельдшер"

Әдістемелік нұсқаулық «Клиникалық пәндер» кафедра мәжілісінде бекітілді.

Хаттама № 1 «28» 08 2024ж

Кафедра меңгерушісі  Коптаева 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: Тері ауруларын диагностикалау принциптері.

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 тезисі.

Тері және венерологиялық аурулардың клиникалық көрінісі сан түрлі. Тері және венерологиялық аурулар барлық мамандық дәрістерінде кездесіп жатады. Терілік түзілістер жиі маңызды органдар мен жүйелердің функциясының өзгеруіне алып келді. Тері патологиясының ерекшеліктерінің түсіну, тері ауруларының терапиясын түсіну үшін міндетті түрде терінің құрылысын, тері дақтардың біріншілік және екіншілік морфологиялық элементтердің ерекшеліктерін білу керек. Терінің қорғаныс қызметі. Тері адам денесінің сыртқы жабыны болғандықтан, біріншіден, сыртқы ортаның әр түрлі зиянды әсерлерінен организмді сақтайды. Мысалы: қатты соққы әсерлері көбінесе терінің созылғыштығы арқасында зиянсыз өтеді. Терінің қысымға, соққыға, созылуышы қарсы тұруға жағдай жасайтын солқылдақ талшықтарының созылмалы төсетін болуы, сонымен қатар тері астындағы мүшелерді және ткандерді де зақымданудан қорғайды. Тері ауруларының пайда болу себебі әр түрлі.

Тері адам денесінің сыртқы жабыны болғандықтан, әрдайым түрліне сыртқы ортаның әсеріне ұшырайды. Олардың көбі белгілі бір жағдайда теріде патологиялық өзгерістерді туғызады, сондықтан тері ауруларының сыртқы экзогенді себебі дейміз. Екіншіден, терідегі патологиялық құбылыстар бүкіл организмнің немесе жеке ағзалар мен жүйелер ауруның нәтижесінде яғни эндогендік факторлардың әсеріне дамуы мүмкін.

Тері ауруларының этиологиялық факторларын экзогендік, эндогендік деп екіге бөлу шартты жағдай. «Тері физиологиясы» деген тарауда көрсетілгендей, оның негізгі бір физиологиялық қызметі сыртқы ортаның зиянды әсерлеріне қарсы тұратын қорғаныс қабілетті. Осы қорғаныс қызметі қандай да бір себептермен бұзылғанда ғана сыртқы орта факторлары тері ауруын туғызуы мүмкін. Шынын да, тек бір ғана сыртқы фактордың әсерінен болатын тері аурулары өте сирек кездеседі, мысалы: термикалық әлде химиялық күю.

Диагностика критерилері

Шағымдар мен анамнез: шектелген ісінулер, флуктуация симптомы, тері гиперемиясы, ауырсынулар, дене температурасының жоғарылауы, жүрек айну және құсу, тәбеттің жоғалуы, күшті бас ауыру, ұйқысыздық, сирек жағдайда сандырақ және естүссіз жағдай – аурудың ауыр ағымы кезінде.

Физикалық тексеру

Шикан кезінде – ірінді дінгек қалыптасымен ауырсынулы конустәрізді инфильтрат, инфильтрат үстінде, ортасында, кара дақты аздаған ірің жиналу байқалады (некроз). Пустула негізінен жарылады және кебеді, ал 3-7 тәулікте ірінді инфильтрат ериді және дінгек түріндегі некроздалған тіндер шаштың қалдықтарымен бірге іріңмен коса бөлінеді.

Көршикан кезінде – бастапқысында тез ұлғайатын беткейлік пустуламен кішірек кабынбалық инфильтрат пайда болады. Тіндердің шырығуы пальпация кезіндегі кенеттен ауырсынуларға алып келеді, сонымен қатар кеңейген, өзіндік ауырсынулар. Инфильтрат аумағындағы тері шырыққан

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

және ісінген. Некроз ошағының үстіндегі эпидермис бірнеше жерден жарылған, бірнеше тесіктер түзіледі ("сито"), олардан қою жасыл сұр түсті ірің шығарылады. Тесіктерде некроздалған тіндер көрінеді. Жеке тесіктер бірігеді, теріде үлкен ақаулар түзіледі, олардан көптеген ірің және некроздық тіндер бөлінеді. Температура 40 С дейін көтеріледі, аздаған уыттану байқалады (жүрек айну және құсу, тәбеттің жоғалуы, қатты бас ауырулар, ұйқысыздық, сирек жағдайда сандырақ және естүссіз жағдай).

Инструменталдық зерттеулер: жоқ.

Мамандар консультациясы үшін көрсетімдер: эндокринолог консультациясы – қантты диабетті алып тастау үшін.

Дифференциалды диагноз: жоқ.

Негізгі және қосымша диагностикалық шаралар тізімі

Негізгі диагностикалық шаралар тізімі:

1. Іріңді бөліндіні себу.
2. Жағындының микроскопиясы.
- 4.4. **Көрнекілік құралдар:** мультимедиялық проектор (презентация)/ видеолекция

4.5. **Әдебиет:** Қосымша №1

4.6. **Бакылау сұрақтары.**

1. Тері ауруларының этиологиясы, клиникалық көрінісі
2. Тері ауруларының диф диагностикасы, емі.
3. Тері ауруларының қарау, зерттеу әдістері.

№2 Дәріс

4.1 **Дәріс тақырыбы:** Псориаз.

4.2. **Максаты:** -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.**

Псориаз - аяқ қолдың бұғу беттерінде, бастың түкті бөлігінде, симметриялы орналасқан, тырнақ пен буындардың зақымдануы мүмкіндігімен эпидермалды папулалардың симметриялы орналасумен, мультифакториалды табиғаттағы рецидивті созылмалы генотиптік дерматоз.

Жіктемесі:

1. Қарапайым псориаз (вульгарлы).
2. Экссудативті псориаз.
3. Себореялы псориаз.
4. Рупиоидты псориаз.
5. Экзематоидты псориаз.
6. Сүйелді псориаз.
7. Фолликулярлы псориаз.
8. Алақан мен табан псориазы.

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

9. Тырнақ псориазы.
10. Пустулезді псориаз.
11. Артропатиялық псориаз.
12. Псориаздық эритродермия.

Қауіп-қатерлі факторлар: бай жанұялық анамнез, жарақат (физикалық, химиялық), эндокриндік бұзылыстар (жүктілік, менопауза), психогенді факторлар (психо-эмоционалды стресс), метаболиттік бұзылулар, инфекциялар (мысалы: бадамшадағы гемолиттік стрептококктар), кейбір дәрілік заттарды қолдану (мысалы: β -адреноблокаторлар, безгекке қарсы заттар), алкогольді жиі пайдалану.

Диагностика критерилері

Шағымдар мен анамнез

Шағымдар: қышу үнемі тән емес, бірақ процесстің шашты бөлікте және бұтаралықта орналасуы кезінде интенсивті болады; терінің тартылу сезімі; буындардағы ауырсынулар (артропатиялық псориаз кезінде).

Ауру анамнезі: ауру ағымы тез басталады: кезекті катпарлар ай бойы болуы мүмкін. Тамшы тәрізді және пустулезді псориаз үшін кенеттен басталу тән, жиірек болған инфекциялардан, ЖРА кейін.

Физикалық тексеру:

1. Перифериялық өсуге және түрлі көлем мен сызықтағы бляшкаларға қосылуға бейімді, борпылдақ күмісті-ақ катпарлармен жабылған, қызғылт түсті папулалар. Бляшкалар оқшауланған, үлкен емес немесе ірі, тері жабындыларының көлемді жерін алып жатады.
2. Басым жағдайда орналасуы – аяқ пен қолдың бүгу беттерінде, (әсіресе шынтақ пен тізе), бастың түкті бөлігі, бел айналасы.
3. Псориаздық үштік:
 - «стеариндік дақ» феномені - қырнау кезінде қабыршақтанудың күшеюімен мінезделеді, папула бетінің стеарин тамшысымен ұқсастығы;
 - «терминалды пленка» феномені - катпарларды толық алып тастаған соң, барлық элементтерді жауып тұратын жұқа үлпершек пленка түседі;
 - «қанды шық» феномені (Ауспитц феномені): әр қарай қырнау кезінде;
 - «терминалды пленка» түскеннен кейін, сулы жалаңаштанған бетте нүктелік қанағулар (тамшылық) пайда болады.
4. «Оймақ» симптомы – тырнақ пластинкаларындағы нүктелік тереңдіктер. Мұнымен қоса тырнақтың борпылдауы, шеттерінің сынуы, түсінің өзгеруі, көлденең және ұзынша сайлар, деформациялар, қалыңдаулар, тырнақасты гиперкератоз.

Лабораторлық зерттеулер: тән емес.

Инструменталдық зерттеулер: тән емес.

Мамандар консультациясы үшін көрсетімдер

Көрсетімдер болса (қосарланған патологиялар):

- терапевт;
- невропатолог;

ОНТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН МЕДИЦИНА АКАДЕМИЯСЫ «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Клиникалық пәндер-І» кафедрасы	67/11
Дәріс кешені	

- психотерапевт.

Негізгі және қосымша диагностикалық шаралар тізімі

Негізгі диагностикалық шаралар тізімі:

1. Микрореакция.
2. Қанның жалпы анализі (6 параметр).
3. Зәрдің жалпы анализі.
4. Глист жұмыртқасына нәжіс.

Қосымша диагностикалық шаралар тізімі:

1. АЛТ анықтау.
2. АЛТ анықтау.
3. Билирубина анықтау.
4. Қанның қантын анықтау.
5. Құрсақ қуысыны ағзаларын УДЗ.

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

5. Әдебиет: Қосымша №1

6. Бақылау сұрақтары.

1. Псориазға анықтама.
2. Псориаз этиологиясы, клиникалық көрінісі
3. Экссудативті псориаз этиологиясы, клиникалық көрінісі
4. Артропатиялық псориаз диф диагностикасы, емі.

№3 Дәріс

4.1 Дәріс тақырыбы: Дерматит. Токсикодерма. Экзема. Пиодерма. Қышыма. Вирустық дерматоздар.

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.

Дерматиті – қоздыратын себептердің арасында дәрі-дәрмектер, физикалық, биологиялық, химиялық және басқа да әсерлер болуы мүмкін. Клиникалық белгілерінің айқындалуы және дерматиттің ағымының ерекшеліктері тітіркендіргіштің қасиеттермен және әсер ету ұзақтығына байланысты.

Этиологиясы: аллергиялық дерматиттің маңызында жайтүрлі типті аллергиялық реакция жатады. Аллерген болып көбінде химиялық заттар болады (кір жуатын ұнтақ, хром, никель, инсектицид), дәрі-дәрмек және косметикалық заттар (синтомициновая эмульсия және антибиотик араласқан майлар, шаш бояйтын бояулар). Бірінші сағаттан кейін аллергияның саны теріде көбееді. Аллерген сол кезде макрофак пен байланысты болады.

Клиникалық көрінісі аллергиялық дерматитпен ұқсас: дұрыс емес бұрышты эритемамен ісіктің бойында, көптеген микровизикүлалар пайда болады, жарылған соң олар сулы микро эрозия

ОНТҮСТІК-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		

болады және қабыршақты, қабықты қалдырады. Мысалы: аллергиялық дерматитте кірпік бояйтын тушьқа шақырылған кезде ащық эритема мен ісік терінің бетінде, мойында және жоғарғы көкірек үстінде болады, денені қатты қышып мазалайды.

Токсидермия – жедел терінің токсика аллергиялық қабынуы, жіберілген затқа аллергиялық реакция, сенсбилизация қасиеті бар.

Этиологиясы: көп жағдайда токсидермияның дамуына мынау сияқты заттар (антибиотиктер, сульфаниламидтер, анальгетиктер т.б.) және тағамдар, соған байланысты оларды дәрілік және аментарлық токсидермияға бөлуге болады, және олар клиникалық түрде біркелкі өтуде.

Клиникалық көрінісі: көбінде токсикодермия жайылған түрінде байқалады. Бөрітпенің марфалогиялық сипаты алуан т.рі болып байқалады. Кей жағдайда әр түрлі дақты, портикарлы, папулезды, папулезды – видикулезды түрінде қышынумен жүреді. Кей жағдайда эритродермия дамиды. Есекжем, экссудативті эритема кезінде клегей қабатында геморагиялық, булезды –эрозивті және эритематозды –ісікті бөртпелердің дамуымен де жүреді.

Жайылған түрінен басқа тағыда тұрақты токсикодермия кездеседі, көп жағдайда оның себебі сульфаниламидпен, анальгетиктердің қабылдауы. Токсикодермияның орынды түрі терінің тегіс қабатында және аузының клегей қабатында, жыныс жүйесінде орналасады. Көбінде токсикодермияның ауыр түрлері –ол эпидермальді токсикалық некролиз Лайелла және синдром Стивенса – Джонсона.

Экзема – өзгеше қабынған эритемевезикулездық, терінің қыштын зақымдануы, жедел басталып, кейіннен созылмалы түрде дамиды, қайталануға жиі бейім. Экземада шығатын ұсақ көпіршіктер қайнап жатқан судағы ауа көпіршіктерінің тез жаралуы еске түсіреді. Ресейлік дерматология мектебінің іргесін қалаушы А.Г.Полотенов терінің рецепторлардың функционалдық өзгерістеріне экземаны дамуына үлкен мағына береді. А.Г.Полотеновтың зерттеулерін жалғастырушы И.В.Головановтың көрсетуінше терінің әр түрлі сегіштік қасиетті экзематоздық бөртпелердің пайда болуына әкеледі. Экземамен ауырған адамдардың бүкіл организмнің аллергиялық реакцияларға. Орталық жүйке мен эндокриндік системасының функционалдық жағдайын және ішкі органдарының патологиясын зерттеп білу қазіргі уақыттағы дерматологиядағы тән нәрсе. Қазіргі заманғы клиникалық дерматология үшін экземаның алдын алу және тиімді емдеу тәсілдері мен патогенезін бақылау маңызды мәселе болып отыр.

Этиологиясы: экземаның дамуында экзогенді роль ойнайды (химиялық заттар, дәрі-дәрмектер, ас - тағамдар және бактериальді аллергендер), сонымен қатар эндогенді (антигенді дитерминанты микроорганизмдер созылмалы инфекция ошағынан шыққан). Негізгі экземаның түрлері: нағызғы, микробты, себореялі, мамандығына сай экзема, балалар экземасы.

Клиникалық көрінісі: нағызғы экземаның басталуы өте тез және барлық жастарда кездеседі. Жиі рецидивпен өтеді және созылмалы түріне көшеді, қайталанып өршу сатысына дейін барады.

Микробтық экзема екіншілік экзематизация пиодермия ошағынан, микоздардан, инфицирленген жарақаттардан, күйгеннен, свиштардан, трофикалық бұзылыстан, трофикалық жарадан аяқтардағы, лимфостаздан пайда болады.

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

Себореялік экзема Pityrosporum ovale – мен бірге жүреді. Антигенді рольді кандида топты және стафилакокты шақырылады. Бұл кезде бастың шашты аймағын, маңдайды, құлақтың артындағы қыртысты, көкіректің жоғарғы бөлігін, екі жауырын ортасын, қол аяқ буындарын зақымдайды.

Микоздардың жіктелуі аурудың әртүрлі белгілері бойынша жүргізіледі: саңырауқұлақтардың түрі мен түрі, олардың зақымдалған тіндерге ену тереңдігі, басым орналасуы.

Терінің саңырауқұлақ ауруларының келесі түрлерін бөледі:

Кератомикоздар (мысалы, түрлі-түсті лишай). Кератомикоздар деп терінің саңырауқұлақ ауруларын түсінеді, бұл кезде саңырауқұлақ тек эпидермистің мүйіз қабатын зақымдайды және терінің қабыну реакциясын тудырмайды.

Дерматофитиялар. Оларға шап эпидерматофитиясы, табанның эпидерматофитиясы, руброфития, трихофития, микроспория, фавус жатады.

Кандидоз-Candida тектес саңырауқұлақтар тудыратын тері, шырышты қабықтар және ішкі мүшелердің ауруы. Candida саңырауқұлақтары шартты-патогенді микроорганизмдер болып саналады, себебі олар сыртқы ортада кеңінен таралған. Олардың өсуі үшін оңтайлы температура - 21-27 градус, алайда олар 37 градус температурада да өседі. Мысалы, қынаптың эпителийін зақымдай отырып, саңырауқұлақтар базальды қоса алғанда, оның барлық қабаттарына енеді, ал ауыз қуысында олар тек беткі эпителиалды жасушаларды зақымдайды.

Терең микоздар, оның ішінде солтүстік американдық және келоидты бластомикоз, споротрихоз, хромомикоз. Бұл аурулар тобы негізінен Оңтүстік Америка, Африка, АҚШ елдерінде таралған. Инфекция тері жарақаттары, сызаттар, жарықтар кезінде орын алады. Клиникалық көрінісі әртүрлі: теріге жараның пайда болуымен ыдырауға бейім бугоркалар, түйіндер пайда болады. Олар терінің терең қабаттарын, тері асты талшықтарын, бұлшық еттер мен сүйектер мен ішкі мүшелерді зақымдай алады. Бұл өлімге жол бермейтін ауыр жалпы симптоматиканы тудырады.

Псевдомикоздар жеке топқа бөлінеді: эритразма, актиномикоз. Бастапқыда бұл аурулар грибоктарға жатқызылды, алайда олардың қоздырғыштарын неғұрлым егжей-тегжейлі зерттеу оларды саңырауқұлақтар мен бактериялар арасында аралық орын алатын микроорганизмдерге жатқызуға мүмкіндік берді.

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

4.5. Әдебиет: Қосымша №1

4.6. Бақылау сұрақтары.

1. Микоздарға анықтама
2. Дерматит дегеніміз не? түрлері
3. Экзема дегеніміз не?

№4 Дәріс

4.1. Дәріс тақырыбы: От қабы ауруы. Көп формалы экссудативті эритема.

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 тезисі.

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

Көп пішінді эритема / Көп формалы эритема (МЭ) – теріде қызыл-қызғылт дақтардың, папулалардың, көпіршіктердің және жаралардың пайда болуымен көрінетін иммундық ауру. Ол жануарлардың көптеген түрлерінде, тіпті адамдарда да кездеседі. Классификация Аурудың себебіне байланысты инфекциялық-аллергиялық (идиопатиялық), токсикалық-аллергиялық, сондай-ақ ішкі инфекциялық емес ауруларға байланысты, соның ішінде дәнекер тінінің және қатерлі ісіктердің аурулары, эритема көп пішінді болып жіктеледі. Сондай-ақ, адамдардағы сияқты, Стивенс-Джонсон синдромы — қатерлі экссудативті эритема мультиформасы — және ревматикалық эритема ерекшеленеді. Этиология Көп жағдайда аурудың себебі түсініксіз болып қалады (идиопатиялық эритема мультиформалы), алайда, эритеманың барлық жағдайларында, тіпті белгісіз этиологиямен де, ол иммундық делдал болып табылады деп болжанады. Қазіргі уақытта аурудың негізгі белгілі себептері - организмнің экзогендік аллергияларға, инфекциялық агенттерге және кейбір дәрі-дәрмектерге жоғары сезімталдық реакциясы. Дәнекер тіндерді және қатерлі ісіктерді қамтитын аурулар да этиологиялық фактор ретінде қарастырылады. Жұқпалы-аллергиялық эритема пиодермиямен (стафилококктар немесе басқа қоздырғыштар), вирустық инфекциялармен дамуы мүмкін. Кейде әртүрлі препараттарды қабылдағаннан кейін эритематозды зақымдану түріндегі токсикалық-аллергиялық реакциялар пайда болады, яғни, цефалексинмен, сульфаниламидтермен және көптеген басқа препараттармен емдеу кезінде эритема мультиформасының даму жағдайлары тіркелген. Емдеу және алдын алу Емдеу Көп формалы эритеманы емдеу барлық жағдайларда талап етілмейді, өйткені бұл ауру көбінесе өзін-өзі емдеумен аяқталады, мысалы, кез келген дәрі-дәрмектерді қабылдаудан туындаған болса. Егер этиологиялық фактор бактериялық инфекция болса, бактерияға қарсы терапияны жүргізу қажет. Кейде қышуды және қабыну процесінің қарқындылығын азайту үшін кортикостероидтар (әдетте преднизолон) қажет болуы мүмкін. Қажет болса, симптоматикалық терапия тағайындалуы керек. Алдын алу Аурудың алдын алу шаралары тері ауруларын, соның ішінде қайталама бактериялық инфекцияларды бақылауды, эритема мультиформасының ықтимал себебі болып табылатын әртүрлі жұқпалы және жұқпалы емес ауруларды уақтылы диагностикалау және барабар емдеуді қамтиды. Диагностика Көп формалы эритема диагностикасы анамнез деректерін (кез келген аурулардың, соның ішінде жұқпалы немесе қатерлі ісіктердің болуы, дәрі-дәрмектерді қабылдау), клиникалық тексерудің және зертханалық зерттеулердің нәтижелерін ескере отырып жүзеге асырылады. Соңғыларының ішінде цитологиялық және гистологиялық зерттеуді ұсынуға болады, олардың біріншісі бактериялық инфекцияға күдіктенгенде қажет, ол көп жағдайда қайталама болып табылады, ал соңғысы тіннің конфигурациясындағы сипаттамалық өзгерістерге қатысты дәл диагнозды анықтауға көмектеседі. Бастапқы вирустық инфекцияның болуын күдіктенуге негіз болса, бұл болжамдарды растау немесе жоққа шығару үшін ELISA немесе ПТР диагностикасы ұсынылады. Симптомдары Мультиформалы эритеманың симптомдары – домалақ (басқа да болуы мүмкін) пішінді қызару, папула, эрозия мен ойық жараға ұласатын буллезді зақымданулар (көпіршіктер), сондай-ақ симптомдардың жеңіл қызарудан ойық жараға дейін бірте-бірте дамуы және зақымданудың бір түрінің болуы. мүмкін, мысалы, нысанаға ұқсас сақина тәрізді қызару (қараңғы жиектер және ашық орталық). Жануардың жалпы жағдайы аурудың себебіне және дене мүшелері мен жүйелерінің жұмысына әсер ететін ілеспе факторларға байланысты қалыпты немесе орташа және ауыр (Стивенс-Джонсон синдромы) болуы мүмкін.

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

4.5. Әдебиет: Қосымша №1

4.6. Бақылау сұрақтары.

1. Көп пішінді эритема дегеніміз не?
2. Көп пішінді эритема кезіндегі клиникалық өзгерістер.

№5 Дәріс

4.1. Дәріс Тақырыбы: Ерін мен ауыз қуысының шырышты қабығының ісікке дейінгі аурулары.

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.

Ауыз қуысы ауруларының белгілері

Ауыз қуысы аурулары – бұл тіс, қызыл иек пене шырышты қабықтың зақымдалуын қамтитын аурулардың ауқымды тобы. Өкіннішке қарай, көп адам бұл ауруға жете мән бермейді және стоматолог қабылдауына жазылуға асықпайды. Бірақ дәл сол тісжегі адам денсаулығы мен өмірі үшін үлкен қауіп төндіруі мүмкін.

Мына симптомдар байқалған кезде медициналық көмекке жүгінген абзал:

- тіс пен қызылиектегі ауырсыну;
- қызылиектің қанауға бейімділігі;
- ауыздағы жағымсыз иіс;
- ауыз қуысындағы шырышты қабықтағы афталар (жаралар);
- төменгі жақсүйек асты түйіндердің ұлғаюы;
- ұрт пен беттің ісінуі.

Сонымен қатар дене температурасының көтерілуі, тәбет пен еңбекке қабілеттілігінің жоғалуы, ой-санасының бұзылуы секілді симптомдар да болуы мүмкін.

Ауыз қуысының ауруы қандай болады

Ауыз қуысының барлық анатомиялық құрылымы мен органы эндокринді, иммунды, ас қорыту сынды басқа да жүйелермен тығыз байланыста болады. Сондықтан ішкі органдардың ауруы ауыз қуысына және керісінше, ауыз қуысындағы аурулар ішкі органдарға әсер етеді.

Жалпы ауыз қуысы ауруларын шартты түрде тістердің, шырышты қабықтың және пародонттың зақымдалуы деп жіктеуге болады.

Эмаль гипоплазиясы

Сүт және тұрақты тістер эмалінің жете дамымауын гипоплазия деп атайды. Көп жағдайда бұл патология ағзадағы зат алмасудағы проблемаға байланысты туындайды және тістің пішіні мен сыртқы бейнесінің өзгеруі түрінде пайда болады. Эмальда ақшылдау түс, жырашықтар пайда болады. Гиперплазияның асқынған түрі – аплазия кезінде эмаль толығымен жоқ болып, адам жиі жағдайда тамақ ішкенде ауырсыну сезінуі мүмкін. Эмаль гипоплазиясы тісжегі, пульпит, периодонтит сынды асқинуларға алып келуі, сондай-ақ тістеудің бұзылуын қалыптастыруы және тістердің патологиялық жойылуын тудыруы мүмкін.

"Тіс эмалінің гипоплазиясын емдеу кезінде оны дер кезінде анықта өте маңызды. Сондықтан кішкентай балалардың да стоматолог тексеруінен тұрақты өтуі аса қажет. Егер дәрігер қандай да

бір өзгеріс байқаса, баланы есепке қойып, оны жіті бақылайды", - дейді стоматолог дәрігер Олеся Кудоярова.

Эмаль гипоплазиясын емдеудің қандай әдісі бар? Ең алдымен, бұл тістерді реминерализациялау (тіндерді кальций және фторидпен қанықтыру), эмальді тегістеу, ақауларды пломбалау. Эмаль мен дентиннің айқын көрінетін ақауларын жасыру үшін металл-керамикалық қаптамалар немесе винирлер орнатуды қамтитын ортопедиялық емдеу тағайындалады.

Эмаль аплазиясы

Тіс эмалінің аплазиясы – бұл тістерде эмаль толығымен немесе ішінара жоқ болатын гипоплазияның ауыр түрі. Сондай-ақ тіс эмалінің аплазиясы өздігінен туындайтын патология болуы да мүмкін. Аплазия кезінде эмаль семіп, өзінің барлық қорғаныс функциясын жоғалтады. Бұл ыстық немесе салқын сусынға гиперсезімталдылықтан бөлек, бүкіл тістің уақыт өте келе бұзылуына алып келеді.

Флюороз

Флюороз – бұл ағзаға фтордың шамадан тыс көп мөлшерде түсуімен байланысты тістердің зақымдалуы. Осының салдарынан тістерде ақ немесе сары-қоңыр дақ пайда болады. Флюороздың ең ауыр түрі тістің бұзылуы мен түсуіне алып келеді.

Өз өңіріңіздегі ауыз суға мән беріңіз. Егер оның құрамында фтор көп болса, онда тіс эмалінде алдымен дақ пайда болып, кейін ол қуысқа айналады және тіс бүліне бастайды. Флюороз сүт тістерді де, тұрақты тістерді де зақымдай алады.

Флюороздың бірінші сатысында тіс эмалінде түсі өзгерген учаскелер (сызық, жолақ) пайда болады. Эмаль өз жылтырын жоғалтып, бұжырлана бастайды. Науқас ыстық немесе салқын тағамға сезімталдыққа, тістердің сынғыштығы мен бүлінуіне, тісжегінің көп пайда болуына шашағымдануы мүмкін. Патология асқынған сайын зақымдалған учаскелер кеңейіп, эмаль сары немесе қоңыр түске өзгере бастайды.

Флюорозды емдеу тіс эмалі қаншалықты зақымдалғанына байланысты болады. Бастапқы сатыда тістерді реминерализациялау арқылы жеңіл ағарту көмектесуі мүмкін. Егер дентинге зақым келсе, онда металл-керамикалық қаптама немесе винир орнату қажет болады. Бұл эстетикалық проблеманы шешіп қана қоймай, сондай-ақ тісті сыртқы әсерден және зақымдалудан қорғайды.

Тісжегі

Тісжегі – тістердің бұзылуының патологиялық процесі және балалар мен ересектерде тіс түсуінің ең кең таралған себебі. Алдымен эмаль, содан кейін дентин зақымдалады да, тісжегі тіс пульпасына ("жүйкесіне") жеткенде асқыну пайда болады.

Тісжегінің ең қиын тұсы – оны бастапқы сатыдан "қолға түсіру" күрделі. Адамдар тіс ауырып, бұзыла бастаған кезде ғана проблеманы байқайды. Ал бұл аурудың асқынған сатысына жатады. Сондықтан мына симптомдарға баса назар аудару керек:

- ауыздан шығатын жағымсыз иіс;
- эмаль түсінің өзгеруі;
- салқын, ыстық немесе тәттіге жоғары сезімталдылық.

"Тісжегінің алдын алу үшін қарапайым жеті ережені есте сақтау керек, - дейді стоматолог Олеся Кудоярова. - 1. Тіс щеткасын 2-3 ай сайын ауыстырып отыру керек. 2. Тісті міндетті түрде

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	

таңертең және кешке тазалау керек. 3. Тамақтанғаннан кейін тіс жібін қолданған дұрыс. 4. Шырын мен лимонадты түтікше арқылы ішу керек. 5. Тәттілердің орнына жеміс жеген абзал. 6. Тамақтанғаннан кейін 1-2 минут сағыз шайнау тістеріңізді тазалайды. 7. Жылына екі рет стоматолог дәрігердің тексеруінен өту қажет".

Пульпит

Тістің жұмсақ тіндері – пульпалардың (қантамыр-жүйке шоғыры) қабынуын пульпит деп атайды. Көп жағдайда пульпит дер кезінде емдемеу салдарынан тісжегінің асқынуы түрінде кездеседі. Пульпитті созылмалы және ауыр деп жіктейді.

Ауыр пульпит симптомдары: өткір әрі сыздататын ауырсынулар. Ол химиялық және температуралық әсер кезінде ғана емес, тітіркендіргіш жойылғаннан кейін де ұзақ уақыт бойы сақталады және тіпті үдейді. Кейде тіс күні бойы ауырады да, түнге қарай одан бетер өршиді. Ауырсыну самайға, жаққа қарай өтуі мүмкін. Тісті тақылдату кезінде оның сезімталдылығы төмен немесе мүлде жоқ екені байқалады. Егер ауыр пульпитті емдемесе, ол созылмалы пульпитке айналады, - дейді стоматолог дәрігер Олеся Кудоярова.

Пульпит кезінде тез арада стоматологқа қаралу керек. Дәрігер зақымдалған тіндерді, қабынған жүйкені алып тастап, жара орнын шайып, емдеп, арналарды пломбалайды. Егер ауруханаға баруды кейінге қалдыра берсеңіз, пульпит периодонтитке айналуы мүмкін. Ал ол көп жағдайда емдеуге келмейді және тісті жұлуға себепші болады.

Периодонтит

Периодонтит – бұл тістің айналасын қоршап тұрған біріктіруші тіннің қабыну процесі. Периодонтиттің үш түрі бар: инфекциялық (тісжегі немесе пульпиттің асқынуы салдарынан тіс арналарынан инфекция таралады), жарақатты (қатты соққы немесе жарақат алудан кейін пайда болады) және ретроградты (патогенді микрофлора қан түйіндері арқылы өтетін сирек кездесетін түрі).

Периодонтиттің ең жиі кездесетін симптомдары ретінде әсіресе түн уақытында асқынатын солқылдап немесе сыздап ауруын, ауру тістің басқа тістердің биік тұрғандай сезілуін атауға болады.

Егер периодонтитті осы сатыда емдеп бастааса, онда ауру созылмалы түрге көшіп, ірің немесе киста пайда болады. Периодонтиттің созылмалы түрінде қызылиек ісіп, қанай бастайды, тіс орнынан қозғалып, түсіп қалуы мүмкін.

Периодонтитті емдеу оның сатысы мен түріне байланысты болады. Бастапқы сатыда түбір арналар тазаланып, бактерияға қарсы құралдармен өңделеді. Арналар толық тазартылғаннан кейін дәрігер пломба қояды. Егер ауру асқынған болса, хирургиялық емдеу әдісі қолданылуы мүмкін.

Периостит

Периостит (флюс) – бұл инфекциялық қабыну процесі. Соның салдарынан сүйек қабығы үстінде ірің пайда болып, абсцесс туындайды. Науқастың қызылиегі мен беті ісіп, мойындағы қан түйіндері ұлғаяды және ол маңдайға қарай өршіп бара жатқан ауырсынуға ишағымданады.

Периоститке стафилокок пен стрептокок себепші болады. Олар асқынған тісжегі, созылмалы периодонтит, альвеолит, асқынған пародонтит, сонымен қатар созылмалы гайморит пен тонзиллит кезінде тіс арқылы сүйек қабығына ене алады. Тону, күйзеліс немесе иммунитет әлсіреу кезінде қабыну ошағында ірің жиналып, абсцесс немесе терең жара пайда болып, ірің сыртқа ұмтылады.

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

Перисотитті емдеу кезінде ауырған аумаққа жансыздандыратын дәрі егіп, дәрігер қызылиекті аздап тіледі де, іріңді сыртқа шығарады, содан кейін дренаж орнатып, периостит ошағы толығымен тазаруын қамтамасыз етеді. Егер тісті емдеу мүмкін болмаса, оны жұлады. Сонымен қатар антибиотиктер, қабынуға қарсы және ауруды басатын препараттар тағайындалады.

"Іріңді ісікті өз бетінше емдеу жақ остеомиялиті немесе бет пен мойындағы жұмсақ тіндер флегмоны сынды ауыр жағдайға алып келуі мүмкін екенін есте ұстау керек. Сондықтан жылыту компрестерін жасауға, антибиотиктерді бей-берекет ішуге тыйым салынады. Тез арада дәрігерге қаралу керек", - дейді маман.

Тіс кистасы

"Киста деген тіс түбірінің жоғарғы жағындағы "іріңді қапшық" немесе түбір айналасындағы сүйектің қабынуын білдіреді. Асқынған тісжегі немесе тістің зақымдалуы, күшті инфекция немесе нашар емделген тіс арналары арқылы түбір арналарына түскен микроб тіс кистасына себепші болады. Науқас тістеу кезіндегі ауырсынуға, ауру тістің өзге тістерден биік тұрғандай сезілуіне, тіс түбіріндегі тінді басқанда ауырсынуға шағымдануы мүмкін. Мұндай патология тез арада емдеу жүргізуді қажет етеді. Себебі адам өміріне қауіп төндіруі мүмкін абсцесс немесе жақ-бет аумағының флегмоны сынды асқынудың алдын алу қажет", - дейді стоматолог дәрігер Олеся Кудоярова.

Ауыз қуысындағы шырышты қабық аурулары

Бұл өздігінен туындайтын немесе басқа патологиялардың симптомы ретінде туындайтын аурулардың кең түрі. Ауыз қуысындағы шырышты қабық ауруларына глоссит, хейлит, лейкоплакия жатады.

Стоматит

Стоматит - балалар мен ересектерге тән шырышты қабықтың қабынуы. Көп жағдайда стоматит бактериялық, вирусты немесе зәңді сипатта болады. Қылшықтары қатты, тырнайтын тіс щеткасы, нашар бекітілген брекetter немесе тіс қаптамалары, ұрт пен ерінді тістеу әдеті стоматитке әкелуі мүмкін.

Жиі жағдайда стоматит ұрт ішінде, тілдің немесе қызыл иектің ішкі бетіндегі қышытын ашық қызыл немесе ақшыл қабықша жапқан жара немесе эрозия түрінде кездеседі. Науқас ұрттың дызылдап ауруы мен ісінуіне, аузынан жағымсыз иіс шығуына, тағам шайнағанда және жұтқанда ауырсынуға шағымдануы мүмкін. Асқынған жағдайда температура көтеріліп, ұйқы бұзылуы мүмкін, адам ашуланшақ болуы да ықтимал.

Ересектердегі стоматитті емдеу зақымданған аумаққа антисептик қолданумен, тіндердің жазылуын жеделдететін құралдармен жүргізіледі. Сонымен қатар, қажет болса, дәрігер антибиотиктер мен вирусқа қарсы препараттар тағайындауы мүмкін.

Глоссит

Глоссит – бұл тілдің қабынуы. Ол жарақат (мысалы, күйе) салдарынан немесе ауру қоздырғыш мироагзалар салдарынан немесе қандай да бір жүйелі ауру симптомы ретінде пайда болуы мүмкін. Глоссит көп жағдайда ауыз қуысындағы жайсыздық немесе дызылдап ауру түрінде байқалады.

Адамның тілі ашық қызыл түске боялып, біршама ісінеді және сілекей көп мөлшерде бөлінуі мүмкін. Адамның дәм сезуі жоғалып, тамақтану немесе сөйлеу кезінде аузы ауыруы мүмкін.

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

Глосситті емдеу үшін шаю мен компресс жасау үшін антисептикалық және қабынуға қарсы препараттар, сондай-ақ зақымдалған тіңдердің қалпына келуін жеделдету үшін А авитаминоі тағайындалады.

Хейлит

Хейлит (немесе хейлоз) — бұл ауру кезінде ерін жарылып, қабыршықтана бастайды, ал ауыз шетінде ауыздықтар пайда болады. Оған жел мен күннің әсері, аллергиялық реакция, тері зақымдалатын созылмалы аурулар (дерматит, псориаз және басқа), эндокринді патологиялар немесе зенді зақымданулар себеп болуы мүмкін.

Хейлитті емдеу кезіндебастапқы себепті жою аса маңызды. Сонымен қатар дәрігер физиотерапия (лазер, ультрадыбыс, электрофорез), иммунотерапия және А, С, В тобындағы витаминдерді қабылдауды тағайындауы мүмкін. Аллергиялық реакция жағдайында ащы, тұзды, ысталған және маринадталған тағамдарды жеуді азайту қажет.

Ауыз қуысы лейкоплакиясы

Ауыз қуысы лейкоплакиясы – темекі шегу сынды агрессивті факторлардың салдарынан шырышты қабықтың қабыршықтануы. Бұл обыралды жағдай болып саналатындықтан, міндетті түрде емдеуді қажет етеді.

Жиі жағдайда ауыз қуысының лейкоплакиясы ауыздағы шырышты қабықтағы ақшыл, сұр немесе қызыл түйіншектер, бүдір немесе қабыршақты учаскелер түрінде пайда болады. Науқас ауырсыну немесе жайсыздықты сезінбегендіктен дәрігерге баруға асықпайды.

Лейкоплакияның туындай себебі әлі күнге дейін нақты анықталмаған. Темекі шегу, алкоголь, шырышты қабықтың созылмалы жарақаты, адам папилломасы вирусы, қатты ыстық немесе тым ащы тағамды жиі тұтыну, асқазан-әшек жолдар немесе эндокринді жүйе ауруы, ағзада темір мен А витаминінің жетіспеуі және тұқым қуалаушылық факторды осы ауруды асқындырушы фактор ретінде атауға болады.

Лейкоплакияны емдеу оның туындауының бастапқы себептерін (никотин мен ішімдіктен, ащы және ыстық тағам және сусыннан бас тарту, тістеуді қалпына келтіру, тісті емдей, жарықшақтарды реттеу) жоюды қамтиды. Ауыздағы шырышты қабықтың зақымдалған учаскелеріне емдеп жазатын құралдар жағылады.

Пародонт аурулары

Пародонт – тісті қоршап тұрған және оны өз орнында ұстап тұрған тіңдер кешені: қызылиек, тіс-қызылиекті байланыс, периодонт, түбір цементі және сүйек тіні. Пародонт ауруларына қатарына мыналар жатады: гингивит, пародонтит және пародонтоз.

Гингивит

Гингивит – бұл жиі жағдайда ауыз қуысы гигиенасының жетіспеушілігі немесе тұрақсыздығы салдарынан туындайтын қызылиектің қабынуы. Ауру тудыратын микроағзалар тіс оңезі және тіс тасында жиналып, қабыну процесін тудырады.

Гингивит кезінде қабыну қызылиектің тек үстіңгі бетіне қатысты болады. Сондықтан қанауға бейімділік, қызылиектің ісінуі, басу кезінде аздаған ауырсыну немесе жайсыздық, ауыздан жағымсыз иіс шығуы болуы мүмкін. Егер емдеуді бастамаса, қабыну одан әрі асқынып, пародонтқа да қатысты болады.

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

"Гингивитті емдеу кезінде әдетте кәсіби тазалау немесе тіс тасын алып тастау, сондай-ақ қабынуға қарсы препараттар тағайындау қарастырылады", - дейді стоматолог.

Пародонтит және пародонтоз

"Көп жағдайда науқастар пародонтит пен пародонтозды шатастырып жатады. Пародонтит – пародонт тіңдерінің қабыну ауруы және соның салдарынан қызылиектің қанауға бейімділігі мен тіс түбірінің біртіндеп ашылуы және тістің орнынан қозғалуы мен жұлынуы тіркеледі. Пародонтоз – бұл пародонттың қабынусыз зақымдалуы және ол жағдайда қызылиектің шырышты қабығы мен жақтың сүйек тіні келе-келе кеміріле бастайды. Тіс тіңдерін бірнеше жыл бойы зақымдайтын пародонтитке қарағанда пародонтоз өте баяу дамиды және ондаған жылдарға созылуы мүмкін. Науқас өзінде қызылиек ауруы бар екенін білмеуі де мүмкін. Ауыз қуысының басқа ауруларымен салыстырғанда пародонтоз өте сирек кездеседі.

Бұл аурулардың туындауына мыналар себеп болуы мүмкін:

- нашар гигиена,
- сілекей құрамы,
- қан тамырлары аурулары,
- ағзадағы гормоналды өзгерістер,
- кант диабеті,
- генетикалық бейімділік және тағы басқа.

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

4.5. Әдебиет: Қосымша №1

4.6. Бакылау 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: Жыныстық жолмен берілетін аурулар. АИТВ инфекциясы (дерматологиялық аспектілер).

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 тезисі.

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

Жыныстық жолмен берілетін инфекцияларға генитальды ұшық, мерез, соз ауруы,хламидиоз,уреоплазма аурулары жатады. Мерез , генитальды ұшықтар жара шығу арқылы байқалса ,ал соз , хламидиоз аурулары симптомсыз өтеді. Сондықтан АИТВ шалдыққандарда аталған инфекциялар анықталуы мүмкін,сол себепті аталған инфекцияларға тексерілуге міндетті. Егер адамда ЖЖБЖ және АИТВ бар болатын болса, онда серіктесіне аурудың жұғу ықтималдығы жоғары болады. Соңғы жылдары ЖЖБЖ шалдығушылар саны артуда және дәрілік препараттарға төзімділік байқалуда. ЖЖБЖ ерекшелігі оның жұққыштығының жоғарылығында және адам денсаулығына тигізетін әсерінің көптігінде. Егер адамдар өз ағзасынан жыныс жолынан иісті ылғалды бөліністі байқаса, жара шықса,қышыну,ауру сезімдерін байқаса дереу дәрігерге қаралу қажет.Тиісті талдаулардан кейін анықталған инфекцияға сәйкес ем тағайындалады. Егер дәрігерге қаралмай өздігінен емделген жағдайда диагнозды нақтылауды қиындатады. ЖЖБЖ шалдыққандар уақытылы емделмесе әйелдерде жүктілік кезінде түссікке ,бедеулікке ,әр түрлі гармоналды бұзылыстарға әкеледі. Көп жағдайда АИТВ инфекциясы да ЖЖБЖ да жасырын түрде өтіп созылмалы ағымға әкеледі. Себебі АИТВ инфекциясы жұқтырғаннан кейін 3 айға дейін анықталмайды,жасырын өтеді. Ауруды АИТВ тестілеу арқылы ғана анықтауға болады.

ЖЖБЖ кезінде ағзаның өзін –өзі емдеуі жүрмейді. Ал егер белгілі бір кезде симптомдар жоғалып кетсе - бұл аурудың жасырын түріне ауысқан белгісі болып табылады. Сондықтан да инфекциялар неғұрлым ерте анықталса, сол ғұрлым инфекциялардан емделуге және оның асқынуын болдырмауға мол мүмкіндік болмақ.

Жыныстық жолмен берілетін жұқпаларға жеке тоқталсақ:

Соз(гонорея) ауруы- жыныстық жолмен берілетін ауру. Бұл ауру ерлер және әйелдер гонореясы болып бөлінеді. Ерлер гонореясында аурудың белгілері 3-5 кү аралығында байқалады, бастапқы кезде несеппағардың алдыңғы бөлігінде қышу,ашу сезімі байқалады,кейіннен іріңді бөліністер бөлінеді. Егер осы кезде емделмесе қуыққа инфекция тереңдеп,созылмалы ағымға ұласады. Ал әйелдерде жұғу жолдары жыныстық жолдан басқа,тұтыну заттары арқылы да жұғады. Ол әйелдердің жыныс мүшелерінің анатомиялық ерекшелігіне байланысты. Жедел кезеңде несеппағар өзегі ауырады,қызарады,бөліністер бөлінеді. Дер кезінде емделмесе жатыр мойнын зақымдап,жүктілік кезінде қиындықтарға,асқынуларға әкелуі мүмкін.

Мерез (сифилис)- жыныстық жолмен жұғатын ауру, асқынумен өтетін ауру. Бұл аурудың клиникасында жыныс мүшелерінде катты шанкр және денеге бөртпе шығады. Егер дер кезінде емделмесе созылмалы ағымға ұласады.

Гениталдық герпес –жыныс мүшелеріне шығатын ұшықты вирустан туындайтын ауру. Денеге везикулезді бөртпелер шығады, кейіннен ойықты жараға ұласып,нерв талшықтарына әсер етеді. Генитальды герпес тұқым қуалайтын ауруларға жатады ,себебі ол анадан балаға жұғады.

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

АИТВ инфекциясына шалдыққандарда бұл аурулар анықталуы мүмкін, себебі иммундық жүйенің қызметі төмендегенде кез адам ағзасы келген ауруға бейім болады.

Қорыға келе жеке бастың тазалығын сақтап, қорғалмаған жыныстық қатынастан, зиянды әдеттерден аулақ болған жағдайда кез келген аурудың алдын алуға болады.

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

4.5. Әдебиет: Қосымша №1

4.6. Бақылау сұрақтары.

1. Жыныстық жолмен берілетін ауруларды атаңыз?
2. Мerezге анақытама?
3. АИТВ инфекциясының этиологиясы.
4. Гениталдық герпес дегеніміз не?