

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

ДӘРІС КЕШЕНІ

Мамандығы: 09130100 «Мейіргер ісі»

Біліктілігі: 5AB09130101 «Мейіргер ісінің қолданбалы бакалавры»

Оқу түрі: күндізгі


Оқытудың нормативтік мерзімі: 3 жыл 6 ай

Циклдар мен пәндер индексі: АП 04

Курс: 1

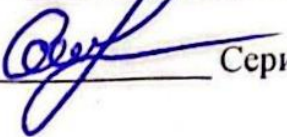
Семестр: 2

Пән: «Пациенттің жағдайын клиникалық бағалау»

OÑTÜSTİK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SKMA 1999	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казakhstanская медицинская академия»
«Мейіргер ісі-1» кафедрасы Дәріс кешені		№72/11 () 32 беттің 2 беті

Кафедра мәжілісінде қаралды және бекітілді.

№ 1 хаттама. « 27 » 08 2024 ж

Кафедра меңгерушісі  Серикова Б.Д.

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SKMA 2009	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казакстанская медицинская академия»
«Мейіргер ісі-1» кафедрасы		№72/11 ()
Дәріс кешені		32 беттің 3 беті

№1 дәріс

1. Тақырыбы: Кіріспе. Пациенттің медициналық құжаттамасы. Науқасты субъективті және объективті зерттеу әдістері.

2. Мақсаты: Студенттерге пациенттің жалпы жағдайын бағалауды және пациенттің медициналық құжаттамасын жүргізуді үйрету. Науқасты тексерудің субъективті және объективті әдістері туралы түсінік беру.

3. Дәріс тезистері:

- Пациенттің медициналық құжаттамасы
- Науқастың субъективті көрінісі
- Науқасты объективті тексеру

Медициналық құжаттама медициналық диагностикалық процестің маңызды құрамдас бөлігі болып табылады. Бұл мақалада біз Қазақстанда медициналық құжаттардың қандай түрлері қолданылатынын, соның ішінде тіркеу талаптарын, сондай-ақ құжаттарды оңтайландырудың артықшылықтарын қарастырамыз. «Денсаулық сақтау ұйымдарының бастапқы медициналық құжаттамасының нысандарын бекіту туралы» Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы 23 қарашадағы 1907 бұйрығы. Бұйрық тармақтары бар қосымшалардан тұрады. Халықтың амбулаториялық кезеңде медициналық құжаттарды жүргізуі бұйрықтың 1-тармағына 3-қосымшада көзделген. Яғни, амбулаториялық-емханалық мекемелерде қолданылатын медициналық құжаттар нысаны /001-3У-күндізгі стационарда госпитализация деп аталады; нысаны/медициналық құжаттама 025-4е нысаны Дәрігердің қабылдауына жазылу картасы; /031у-дәрігерге үйдегі шақыруларды тіркеу кітабы.

Медициналық ұйымдарға қабылдауға арналған /057у-талон нысаны; /071у-дәрігерлік қорытынды; Нысан / 111у-жүкті және жаңа туған әйелдің жеке картасы.

Науқасты субъективті тексеру әдісі науқасты клиникалық тексеру әдістерінің бірі болып табылады. Алдымен науқастың жалпы деректері (тегі, аты, әкесінің аты, жасы) сұралады. Науқастың мамандығын білу, ең алдымен, аурудың себебін анықтауға көмектеседі. Науқасты сұрау: шағымдардан, аурудың басталу анамнезінен және науқастың өмір тарихынан тұрады.

Науқастың шағымдары. Ең басында негізгі немесе басты шағымдар туралы мұқият сұрайды. Мысалы, кеудедегі ауырсыну кезінде оның орналасуын, кесудің қарқындылығын, пайда болу уақытын және әртүрлі жағдайларға (физикалық стресс, жөтел, әртүрлі тағамдарды қабылдау және т.б.) байланысты ауырсынуды ескеру қажет. Ауырсынудың қай жерде басталатыны анықталады. Науқастың негізгі шағымдарын және аурудың алғашқы белгілерін зерттеу ауруды анықтауға көмектеседі. Физикалық жүктемеден кейін пайда болатын жүрек аймағындағы ауру сезіміне шағымдану, ауырсыну сол қолға ауысады, мұндай шағымдар стенокардияға тән. Он екі елі ішектің ойық жарасына тамақ ішкеннен кейін 1-2 сағат ішінде немесе түнде, аш қарынға асқазанда ауырсыну болса, күдіктенуге болады. Содан кейін ол жалпы шағымдарға көшеді. Мысалы, пневмониямен науқас әлсіздікке, қызбаға, ауырсынуға, жөтелге және т.б. Сондай-ақ барлық органдарға қатысты сұрақтар қойып, шағымдарды терең анықтау қажет. Сіз науқастың түнгі ұйқысын, тамаққа тәбеті туралы сұрап, жүйке жүйесінің күйін анықтауыңыз керек.

Аурудың анамнезі (лат. Anamnesis morbi). Аурудың пайда болуы туралы сұрағанда, келесі сұрақтарға тікелей жауап алу керек:

- ауру басталған кезде;
- аурудың қалай басталғаны;
- аурудың ағымы;
- қандай зерттеулер жүргізілді және олардың нәтижелері;
- қандай емдеу шаралары жүргізілді және олардың нәтижелері; Осы сұрақтардан кейін

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Мейіргер ісі-1» кафедрасы		№72/11 ()
Дәріс кешені		32 беттің 4 беті

аурудың жалпы көрінісі анықталады. Ең алдымен, бұл аурудың басталуына дейін науқастың жалпы жағдайын анықтау және оның пайда болу себептерін қарастыру қажет. Біріншіден, аурудың алғашқы белгілерін анықтау керек, содан кейін аурудың динамикасын, рецидивтің немесе асқынулардың болуын, ремиссия кезеңін және ұзақтығын белгілеу керек.

Аурудың даму тарихы. Осы аурудың дамуын сұрастыру керек. Алдымен ауру қалай басталғанын білген жөн. Кейде ауру жедел, кейде біртіндеп басталады. Мысалы, крупті өкпе қабынуы жедел басталады, ауырған адам күнін және уақытын да біледі. Кейбір сырқаттар, мысалы, қант сусамыры, туберкулез, жәй, біртіндеп басталады. Сұрағанда аурудың қандай жағдайда басталғанын, себебіне, алғашқы белгілеріне көңіл бөлу керек. Содан соң аурудың өсінкілік мәлімін білу қажет. Ауру басталған кезеңнен өзінің сезім қабілетінің қалай өзгергенін байқай алды ма. Ауырсыну күшейді ме, тыйылды ма немесе науқастың уақытша оңалуы білінді ме. Ауырғалы бері қандай тексерістер өткізілді, олардың берген қорытынды нәтижелерін қайтадан қарастырып, ескереді. Нақты түрде қолданылған емін сұрастыру керек.

Аурудың өмір тарихы. (лат. Anamnesis vitae) науқастың ауруын анықтауға науқастың өмір тарихы үлкен әсер етуі мүмкін. Бұл бөлімде біз науқастың өмірін негізгі кезеңдерге бөлеміз. Жалпы өмірбаяндық мәліметтер. Бұл бөлімде науқастың туған жері, науқастың туған кездегі ата-анасының жасы, бала отбасында туылды ма, жалпы даму туралы сұрақтар қойылады. Науқастың отбасылық жағдайын, тамақтануын, балалық және жасөспірімдік шақтағы өмір сүру жағдайын анықтау. Сондай-ақ науқастың жыныстық жетілу уақытын және оның жалпы жағдайына әсерін білу. Науқастың жаман әдеттері (темекі шегу, алкогольді ішу, нашарлық), сондай-ақ балалық шағында ауырған аурулары туралы сұрау керек.

Жұмыс жағдайы. Кейбір жұмыстар адам денсаулығына өте зиянды. Сондықтан науқастан жұмыс орны, зияны және теріс әсері туралы сұраңыз. Кейбір науқастарда қызмет ету жағдайы туралы сұрау арқылы аурудың ағымын болжауға болады.

Науқасты объективті тексеру әдісі науқасты клиникалық тексеру әдістерінің бірі болып табылады. Науқасты объективті тексеру нәтижесінде алынған белгілер дұрыс диагноз қою үшін өте маңызды. Объективті әдіс мыналардан тұрады: Қарау, сипау (пальпация), соғу (перкуссия), тыңдау (аускультация).

Қарап тексеру кезінде науқастың жалпы келбетін, жағдайын байқаймыз. - науқастың жалпы жағдайы қанағаттанарлық, орташа, ауыр және өте ауыр болып бөлінеді. сыртқы қабықтың түсі (тері, шырышты қабаттар), дененің жеке бөліктерін (бет, бас, мойын, торс, аяқ-қол) зерттейді. Науқастың төсектегі жағдайы белсенді, пассивті, мәжбүрлі. өледі. Актив деп ол отырып, тұрып, өзіне қарай алатын науқастарды айтамыз. Пассивті науқастың өте әлсірегенін, депрессияға ұшырағанын, ес-түссіз болуын білдіреді (жату, әдетте төсекте жатып, басқалардың көмегінсіз дене қалпын өзгерте алмайды. Кейбір ауруларда науқас тек бір қалыпта ғана өзін жақсы сезінеді, мұны айтамыз. мәжбүрлі позиция. Мәселен, жүрек аурулары кезінде ентігуге байланысты олар жиі отыруды қалайды. Мәжбүрлі позиция науқастың жағдайын жеңілдетеді, бірақ аурудан айығуға көмектеспейді. Мысалы, өкпенің абсцессінің жарылуы кезінде, науқас «ауру» жағында жатады, бұл қақырықтың ағуын күшейтеді және инфекцияның одан әрі таралуына жағдай жасайды.

Сана күйі. Сананың бірнеше күйлері бар: анық сана; ступор – науқас сыртқы ортаны нашар біледі, сұрақтарға нашар немесе кеш жауап береді. ступор (субкома) – ұйқының күйі. Егер науқас осы жағдайдан қатты дауыспен оянса, ол сұраққа жауап береді және қайтадан терең ұйқыға кетеді. Кома - сананың толық болмауы. Бұл ми орталықтарының зақымдалуымен байланысты. Комада бұлшықет релаксациясы, сезімталдық пен рефлексстердің болмауы, кез келген ынталандыруға жауап болмауы (жарықтық, ауырлық, дауыс) байқалады. Кома қант диабеті, церебральды қан кету, улану, бауырдың ауыр зақымдануы немесе бүйрек

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Мейіргер ісі-1» кафедрасы		№72/11 ()
Дәріс кешені		32 беттің 5 беті

жеткіліксіздігі кезінде пайда болуы мүмкін. Кейбір ауруларда сананың зақымдануы орталық жүйке жүйесінің қозуынан болады. Оларға сандырақ, галлюцинация (есту және көру) жатады.

3. Көрнекі материалдар: 15-20 слайд

4. Әдебиет: Соңғы бетті қараңыз.

5. Бақылау сұрақтар (кері байланыс):

- Медициналық құжаттаманың түрлері мен рөлі.
- Науқастың субъективті көзқарасы қандай?
- Науқасты объективті тексеру дегеніміз не?

№2 дәріс

1. Тақырыбы: Науқасты зертханалық және аспаптық зерттеулерге дайындау.

2. Мақсаты: Студенттерге науқасты зертханалық және аспаптық зерттеулерге дайындауды үйрету.

3. Дәріс тезистері:

- Науқасты зертханалық зерттеуге дайындау
 - Науқасты аспаптық тексеруге дайындау
 - Науқасты зертханалық және аспаптық зерттеулерге дайындауға қарсы көрсеткіштер
- Дәрігер әдетте егде жастағы адамның денесінде көптеген зақымданулары бар нозологиялық бөлімшелердің шағын тізбегін кездестіреді. Бұл «қартаю процесі патологиялық кеш онтогенезге тән қосалқы тармақтың пайда болуы үшін ерекше жағдайларды қалыптастырады» деп түсіндіріледі.

Морфологтар мен клиницистер егде жастағы және кәрілік аурулары арасында қартаю процесімен байланысты қарым-қатынастардың айқын белгілері бар нозологияның екі тобын ажыратады.

Бірінші топқа жататын аурулар (катаракта, керендік, остеопороз, вульвовагинальды атрофия, простата безінің түйіндік гиперплазиясы, Паркинсон ауруы және кәрілік эмфизема) қартаю процесімен өте тығыз байланысты және тек егде және қарт адамдарда кездеседі. И.В.Давыдовский бұл ауруларды нозологиялық бірлік статусына ие «кәрілік аурулар» деп жіктеді. Олардың пайда болуы жасына тікелей байланысты және қартаюмен байланысты деп саналады.

Екінші топтың аурулары - бұл гериатриялық тәжірибеде жиі кездесетін көптеген топтар, бірақ олардан орта жастағы және тіпті жастар зардап шегуі мүмкін. «Кәрілік аурулары» - жасқа қатысты белгілі бір көзқарасқа қарамастан, қартаю процесіне тікелей тәуелді емес (И.В. Давыдовский бойынша).

Гериатриялық тәжірибеде жиі кездесетін әртүрлі екі жақты аурулар:

- шажырқай, ми, жүрек, бүйрек, аяқ-қол және ішек тамырларының көп ошақты зақымдалуымен атеросклероз;
- артериялық гипертензия;
- өкпенің созылмалы обструктивті аурулары және пневмония;
- қатерлі ісіктер (ең алдымен өкпенің, асқазан-ішек жолдарының жалпы мүшелерінің, бүйректің, терінің, сондай-ақ ерлердегі қуық асты безінің және әйелдердегі сүт бездерінің және т.б.)
- секреторлық жеткіліксіздігі бар созылмалы гастрит;
- өт тас ауруы;
- 2 типті қант диабеті;
- полимиалгия ревматика және спонтанды артерит;
- әктеумен аорта стенозы;
- Педжета ауруы (osteitis deformans);

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SKMA 1999	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казakhstanская медицинская академия»
«Мейіргер ісі-1» кафедрасы		№72/11 ()
Дәріс кешені		32 беттің 6 беті

- семіздік;
- амилоидоз;
- көп миелома;
- психикалық депрессия;
- Альцгеймер ауруы;
- Паркинсон ауруы;
- глаукома.

Сонымен қатар, егде жастағы адамдарға тән ауруларға миелодиспластикалық синдром, моноклональды гаммопатиялар, созылмалы лимфоцитарлы лейкоздар, лимфомалар, изосорбциялық гидроцефалия, туберкулез және герпес зостер (герпес зостер) жатады. Егде жастағы адамдар жарақатқа, инфекцияға, тромбозмболиялық асқынуларға, нейротрофиялық және психикалық бұзылуларға бейім.

Егде және егде жастағы адамдарда бұл аурулар жиі жасырын, үстірт түрде, әртүрлі клиникалық көріністермен және ешқандай айқын симптомдарсыз (жас пациенттердегі сияқты) пайда болады. Бірақ, мұндай торпидтік курсқа қарамастан, бұл аурулар айқын соматикалық және психикалық функционалдық өзгерістермен және асқынулармен бірге жүреді және болжам қолайсыз болып қалады.

Егде жастағы әйелдерде сүт бездері мен жыныс мүшелерінің ісіктерінен басқа, ерлерге қарағанда семіздік, гипотиреоз, холелития, өт қабының қатерлі ісігі, қант диабеті, өздігінен маңызды артерит, полимиалгия ревматикасы және психикалық депрессия жиі кездеседі.

Аталған аурулардың тізімі В.М.Дильманның (1986) «қартаюмен біріктірілген аурулардағы» адамның «негізгі» аурулары туралы идеяларымен сәйкес келеді.

Статистика қарт адамдар арасында аурудың таралуы туралы толық ақпарат бере алмайды. Мысалы, омыртқаның және артроздың дистрофиялық-дегенеративті өзгерістері бар ескі науқастар сияқты, депрессиялық күйдегі кәрілік деменциясы бар науқастар әрдайым ауруханаға жатқызылмайды. Көптеген авторлардың пікірінше, егде жастағы адамдар мен егде жастағы адамдар жүректің ишемиялық және ми ауруы, артериялық гипертензия, қатерлі ісік және қант диабетімен жиі ауырады. Бірақ бұл аурулар тек қартайған кезде ғана емес, орта және жас жаста да кездеседі. В.В.Фролкистің пікірінше, бұл аурулар организмнің инволюциялық-жастық қалыптасу кезеңінде, қартайған кезде пайда болуына қосымша биологиялық алғышарттар құрайды. Д.Ф.Чеботарев және оның мектебінің өкілдері қартаю ағзасының жасына байланысты морфофункционалдық қайта құрылымдалуын өмірдің кейінгі кезеңдерінде патологиялық зақымданулардың көбеюін тудыратын «үлкен қауіп факторы» ретінде қарастырады.

Жасқа байланысты өзгерістер егде жастағы адамдарға тән аурулармен екі жақты байланыста болады. Созылмалы аурулардың өршуі кәрілік аурулардың мерзімінен бұрын пайда болуына және тез өршуіне әкеледі, бұл дененің тез бұзылуына әкеледі.

Қарт адам «кәрілік» және «кәрілік» деп белгіленген нозологиялық аурулардан басқа, жасына ешқандай қатысы жоқ басқа аурулармен ауыруы мүмкін. Бұл аурулардың мысалы ретінде тұмау, респираторлық вирустық аурулар және басқа да инфекциялар. Егде жастағы адамдар клиникалық ауыр жағдайлармен, ұзақ мерзімді курспен, функционалдық өзгерістерге және асқынуларға бейімділікпен сипатталады.

4. Көрнекі материалдар: 15-20 слайд

5. Әдебиеттер: Соңғы бетті қараңыз.

6.Бақылау сұрақтар (кері байланыс):

- Гериатриялық тәжірибеде әртүрлі комбинациялармен қандай аурулар жиі кездеседі?
- Бірінші топқа қандай аурулар жатады?
- Қандай аурулар екінші топқа жатады?

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Мейіргер ісі-1» кафедрасы		№72/11 ()
Дәріс кешені		32 беттің 7 беті

№3 дәріс

1. Тақырыбы: Лабораториялық анализге саусақтан қан алу. Биохимиялық зерттеуге көк тамырдан қан алу. Вакуумді жүйе көмегімен веналық қанды алу.

2. Мақсаты: Студенттерге зерттелудің қосымша әдістерінің маңызымен таныстыру және лабораториялық зерттеу әдістерін жүргізу және науқасты дайындауды үйрету.

3. Дәріс тезистері:

- Зертханалық талдау үшін саусақтан қан алу алгоритмі
- Биохимиялық зерттеу үшін тамырдан қан алу алгоритмі
- Вакуумдық жүйенің көмегімен веналық қанды алу алгоритмі

Лабораториялық талдау үшін саусақтан қан алу

Мақсаты: диагностикалық және жалпы клиникалық талдау үшін қан алу; қан жасушаларының (эритроциттер, лейкоциттер, тромбоциттер) сандық және сапалық құрамын анықтау; қандағы гемоглобин мөлшерін және эритроциттердің шөгуді жылдамдығын (ЭТЖ) анықтау; қандағы глюкозаны анықтау, сонымен қатар қанның ұю уақытын және қан ағымын анықтау.

Қолдану көрсеткіштері: дәрігердің нұсқауы бойынша.

Қан жинау орындары: құлаққап, төртінші саусақ, жаңа туған нәрестенің өкшесі.

Әрекеттер алгоритмі:

- мейірбике емделушіні тексеру алдында алдағы қан алу туралы алдын ала ескертіп, қанның аш қарынға, дәрі-дәрмек қабылдау алдында қабылданатынын, кешкі ас кезінде майлы тағамдарды тұтынуға болмайтынын түсіндіруі керек.
- 2. науқасты ыңғайлы түрде отырғызыңыз.
- 3. қолыңызды анестетикпен емдеңіз. Қолыңызды спиртке малынған мақта шарларымен тазалап, қолғап киіңіз.
- 4. Сол қолыңызбен науқастың сол қолының IV саусағын алыңыз, бірінші саусағыңыз науқас қолының сыртқы бетінде, ал қалғаны алақанның жағында орналасады.
- 5. Қан алатын жерді дезинфекциялық спиртке малынған мақта тампонымен тазалап, алкоголь кеуіп қалғанша күтіңіз, өйткені пункциядан кейін қан саусақпен төмен қарай ағып кетеді.
- 6. Науқастың саусағының тырнақ жағын баяу қысыңыз және скарификаторды тігінен ұстап, ортаңғы сызықтан солға, тырнақтың сәл артына жылжытып, терісін теңіз.
- 7. Кесу саусақтың терісінің сызықтары бойымен көлденең орналасуы керек, жара ашылады, одан қан оңай және мол ағып кетеді. Теріні тырнақтың жанында тікелей жасауға болмайды, себебі қан оның астында ағып, сынау үшін жинау қиын.
- 8. қанның бірінші тамшысын стерильді, құрғақ мақта тампонымен сүртіңіз.
- 9. Әрбір қан сынақ үшін жаңа тамшыға жиналады.
- 10. Қан алғаннан кейін пункция орнын 5% йод ерітіндісімен сүртіңіз.

Биохимиялық талдау үшін тамырдан қан алу

Мақсаты: диагностикалық

Қолдану көрсеткіштері: науқасты тексеру.

Асқынулар: гематома, тромбофлебит, сепсис, вирустық гепатит, АҚТҚ.

Қан алу орындары: шынтак, білек, қолдың беткей веналары.

Дайындаңыз: дезинфекцияланған: көлемі 10-20 мл бір рет қолданылатын шприц, лоток, мақта шарлары, майлықтар, 70 мл этил спирті, маска, қолғап, стендтегі таза пробиркалар, резеңке бұрағыш, клеенка, талон, сейфке арналған контейнер. кәдеге жарату.

Әрекеттер алгоритмі:

- Науқасқа манипуляцияның мақсаты мен барысын түсіндіріп, оның рұқсатын алыңыз.
- Таңертең науқастан тамақ алғаныңызды біліңіз.
- Зертханаға жолдама жазып, түтікке нөмір қойыңыз.

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Мейіргер ісі-1» кафедрасы		№72/11 ()
Дәріс кешені		32 беттің 8 беті

- Науқасқа ыңғайлы жағдайды орнатуға көмектесіңіз.
- Қолыңызды анестетикпен емдеңіз. Оларды тері антисептикімен емдеңіз.
- Бетперде, қолғап және қауіпсіздік көзілдірігін киіңіз.
- o Бір рет қолданылатын шприцтің қаптамасын ашыңыз, оны жинаңыз және инеден қақпақты алмас бұрын шприцті шприцтің ішкі жағына қойыңыз.
- Науқастың шынтағының астына клеенка төсемін қойыңыз.
- o Резеңке бұрауышты иықтың ортасынан 1/3 төмен салфетка немесе іш киімнің үстіне салыңыз.
- Жіпті бос ұштары жоғары, ал ілмек төмен қарайтындай етіп байлаңыз.
- Венаны артериялық артерияда ұстаңыз (импульс сақталуы керек).
- Көк түбірді зерттеңіз. Толық көк түбірді табыңыз.
- Науқастан көк тамырды толтыру үшін жұдырығын бірнеше рет ашуын сұраңыз. Содан кейін оны қысыңыз.
- o Екі ылғалданған мақта шарын пайдаланып, шынтақ иілісі аймағын және инъекция орнын дәйекті түрде тазалаңыз, оларды контейнерге салыңыз. 3-ші мақта жастықшасын сол қолыңыздың IV және V саусақтарының арасында ұстаңыз.
- Шприцті оң қолыңызға алыңыз: II саусақ иненің канюлясында, ал III, IV саусақтар I саусақты төмен ұстап цилиндрді үстіне орап алады.
- Сол жақ бас бармағыңызбен көк тамырды тесілген жердің астына бекітіңіз.
- o Иненің қақпағын шешіп, көк тамырды әдеттегідей тесіңіз (науқастың жұдырығы түйілген).
- Ине көк тамырда екеніне көз жеткізіп, поршеньді өзіңізге қарай тартыңыз.
- Сол қолыңызбен поршеньді өзіңізге қарай ақырын тартыңыз, шприцке 5-7 мл қан алыңыз.
- o Резеңке таспаны бұрап алыңыз, науқас жұдырығын ашып, инені тамырдан тез суырып алуы керек.
- o Инъекция орнына 3-5 минут бойы суланған мақта жастықшасын қойып, пациенттің қолын шынтақ тұсынан сәл бүгуді сұраңыз.
- Инені шприцтен алыңыз және оны контейнерге салыңыз.
- Шприцтегі қанды түтіктің бүйіріне құйыңыз, оны шашыратпаңыз.
- Пробирканы су өткізбейтін тығынмен жабыңыз.
- Қан түтігін тұғыры бар ыдысқа салып, оны мықтап жабыңыз.
- Науқасқа тұруға немесе ыңғайлы болуына көмектесіңіз.
- Венаның тесілген жерінен қанның бөлінбегеніне көз жеткізіңіз. Пациенттен мақта шарын алып, оны контейнерге салыңыз.
- Контейнер мен нұсқауларды биохимиялық зертханаға жіберіңіз
- Қолғаптарды шешіп, оларды контейнерге салыңыз.
- Қолыңызды жуыңыз және құрғатыңыз.
- Пайдаланылған құралдарды қауіпсіз тастау үшін контейнерге салыңыз.

Вакутайнер - бұл тамырдан қан жинауға арналған, толығымен жабылған эвакуацияланған пластиктен жасалған бір реттік жүйе.

Ол 3 компоненттен тұрады:

1. Қауіпсіздік қақпағы бар қос ұшты ине.
2. бір рет қолданылатын ұстағыш
3. вакуумдық көлемі белгіленген стерильденген (пробирка) түтік.

Артықшылықтары: қауіпсіздік, тиімділік, үлгінің тұтастығына кепілдік және зерттеуді қалпына келтіру, минималды гемолиз, қанның микрофлюидтілігі, үлгі алу аралық уақыты және оның әртүрлі уақытта химиялық қоспалармен жанасуы, қан мен химиялық қоспалардың көлемдік қатынасы тікелей, бұралу әсері аз, үлгі зақымдалған.

Мақсаты: диагностикалық.

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казakhstanская медицинская академия»
«Мейіргер ісі-1» кафедрасы		№72/11 ()
Дәріс кешені		32 беттің 9 беті

Қолдану көрсеткіштері: науқасты тексеру. Асқынулар: гематома (гемоптиз), тромбофлебит (веналар мен веналардың қабынуы), сепсис (қанға микробтардың таралуы).

Қан алу орындары: шынтак, білек, қолдың беткей веналары.

Дайындаңыз: залалсыздандырылған: сақтандырғыш қалпақшасы бар екі жақты инені, бір рет қолданылатын ұстағышты, вакуумдық түтіктерді, мақта шариктерін, қолғаптарды, лотоктарды, теріге антисептикті, бұрағышты (веноздық манжет), клеенканы, масканы, алжапқышты, қорғаныс шынысын немесе экранды, түтіктерді тасымалдауға арналған контейнерді дайындаңыз. , қауіпсіз жинауға және жоюға арналған контейнер.

Әрекеттер алгоритмі:

- Науқасқа процедураның мақсаты мен барысын түсіндіріп, оның келісімін алыңыз. Науқас таңертең тамақ алмағанын анықтаңыз.
- Зертханаға жолдама жазу.
- Науқасқа ыңғайлы жағдайды орнатуға көмектесіңіз.
- Қолыңызды гигиеналық түрде тазалаңыз. Оларды тері антисептикіне малынған мақта шарларымен емдеңіз.
- Бетперде, қолғап, көзілдірік және алжапқыш киіңіз.
- Қан жинау жүйесін алыңыз.
- Қаптаманың тығыздығын және қан алатын негізгі компоненттердің жарамдылық мерзімін тексеріңіз.
- Пакетті (қорапты) ашыңыз. (стандартты қараңыз).
 - o Инені алыңыз және қорғаныс қалпақшасын алыңыз (егер сіз 2 жақты инені қолдансаңыз, сұр қорғаныс қақпағын алыңыз).
 - o Инені ине ұстағышына салып, оны тоқтағанша қатайтыңыз.
- Науқастың отыруын немесе жатуын сұраңыз. Жоғарғы қолыңызды киімнен босатып, қолыңызды төмен түсіріп, шынтак астына клеенка жастығын қойыңыз.
- Вена манжетті (бұйра) жоғарғы қолыңыздың орта 1/3 бөлігіне іш киімнің немесе майлықтың үстіне қойыңыз.
- Венаны жүрекше артериясында ұстаңыз (импульс сақталуы керек).
- Көк түбірді зерттеңіз. Толық көк түбірді табыңыз.
 - o Көк тамырды толтыру үшін емделушіден жұдырығын бірнеше рет түйіп, ашуын сұраңыз, содан кейін жұдырығын түйіңіз.
- Қолғапты тері антисептикімен өңдеңіз.
- Шынтак бүгілген жерін және инъекция орнын тері антисептикіне малынған 2 мақта шары тізбегімен сүртіңіз және контейнерге салыңыз. 3 Мақта жастықшасын сол қолыңызбен IV және V арасында ұстаңыз.
- Жүйені оң қолыңызбен ұстаңыз.
- Сол жақ бас бармағыңыздың көмегімен көк тамырды тесілген жерден төмен қарай бекітіңіз.
- Инені және ұстағышты науқастың қолына қарай 150 бұрышта ұстаңыз, қажетінше инені 1-1,5 см енгізіңіз.
 - o Сол қолыңызда ине ұстағышын ауыстырыңыз, ал оң қолыңызда түтік клапаны ішке кіргенше түтікшені ине ұстағышына енгізіңіз, қан ағынын қамтамасыз ету үшін алға қарай бұрап басыңыз.
- Зақымдалған түтікке қан ағып жатқанда, бұралуды (веналық манжетті) алыңыз. Қан көлемі түтіктегі белгіленген деңгейге жеткенше және қан ағымы тоқтағанша күтіңіз.
 - o Қан тобы жойылған түтікшені ұстағыштан алыңыз.
- Түтіктің ішіндегісін 8-10 рет төңкеріп араластырыңыз, бірақ шайқамаңыз, шайқамаңыз!.

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Мейіргер ісі-1» кафедрасы		№72/11 ()
Дәріс кешені		32 беттің 10 беті

- о Басқа сынақтар қан алуды қажет етсе, келесі түтікті ұстағышқа салыңыз.
- Түтікшені қан тасымалдайтын контейнерге салыңыз.
- о Вена тесілген жерге дезинфекцияланған мақта жастықшасын қойып, инені тамырдан және ине ұстағыштан алыңыз.
- Науқастан инъекция орнына мақта жастықшасын қойып, қолын шынтаққа сәл бүгіп, 3-5 минут ұстауын сұраңыз.
- Түтіктерге белгілерді салыңыз.
- Қан сынағы журналында берілген мәліметтерді жазып алыңыз және вакуумдық контейнерді жіберілген түтіктегі қанмен бірге зертханаға апарыңыз.
- Қорғаныс заттарды алып тастаңыз және оларды қауіпсіз жинау және жою үшін контейнерге салыңыз.
- Қолыңызды жуыңыз және құрғатыңыз.
- 4. Көрнекі материалдар:** 15-20 слайд
- 5. Әдебиеттер:** Соңғы бетті қараңыз.
- 6. Бақылау сұрақтар (кері байланыс):**
 - Зертханалық зерттеу үшін қан алу алгоритмі?
 - Қан алу көрсеткіштері, қан алуға қарсы көрсеткіштер?

№4 дәріс

1. Тақырыбы: Зерттеуге қақырықты жинау ережелері. Жалпы клиникалық анализге қақырықты жинау. Қақырықты бактериоскопиялық зерттеуге жинау. Жеке түкіргішті қолдану ережесі.

2. Мақсаты: Студенттерге зерттеу үшін қақырықты жинау ережесін, жалпы клиникалық талдау үшін қақырықты жинау алгоритмін, бактериоскопиялық зерттеу үшін қақырықты жинау ережесін, жеке түкіргішті қолдану ережелерін үйрету.

3. Дәріс тезистері:

- Зерттеу үшін қақырықты жинау алгоритмі
- Бактериоскопиялық зерттеу үшін қақырықты жинау алгоритмі
- Жеке түкірікті қолдану алгоритмі

Қақырықты зерттеу

Қақырық – тыныс алу жолдарынан бөлінетін патологиялық жинақталған сұйықтық (күпия). Тыныс алу жолдарының диагностикасын анықтауда қақырықты зертханалық зерттеу маңызды рөл атқарады және патологиялық процестің ағымы мен сипатын анықтауға мүмкіндік береді.

Зерттеу үшін қақырықты жинау ережелері

Қақырықты жинауды және оны қауіпсіз жинауды қауіпсіз жүргізу және жұмыс істеу үшін мейірбек арнайы және жақсы дайындалуы керек, өйткені кез келген қақырық ластанған немесе жұқпалы болуы мүмкін, әсіресе туберкулез микробактериялары болуы мүмкін. Әрбір науқасқа зертханалық зерттеу үшін қақырықты жинау ережелері түсіндірілуі керек. Қақырықты жинау үшін ашық түсті шыны ыдысты пайдаланыңыз, оны тазалаңыз және майдың қалдығын қалдырмай, ас содасымен (сабынсыз) шайыңыз, оның аузын қою сұйықтық ағып кетпес үшін жабу керек. Бұл ыдыстың аузы кең және сыйымдылығы 50 мл немесе одан да көп болуы керек. Түсі жуылған қоңыр шыны банкалардың орнына ақшыл ақ шыны банкалар қолайлырақ, ақ шыны банканың аузын ашпай-ақ қақырықтың сыртқы түрін көруге мүмкіндік береді.

Жалпы клиникалық талдау үшін қақырықты жинау

Мақсаты: қақырықтың физика-химиялық қасиеттерін және жасушалық құрамын анықтау.

Қолдану көрсеткіштері: тыныс алу және жүрек-тамыр жүйесі аурулары.

Дайындау:

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Мейіргер ісі-1» кафедрасы		№72/11 ()
Дәріс кешені		32 беттің 11 беті

- сыйымдылығы 50 мл бір реттік ыдысты жазу және жапсыру, контейнердің сыртқы бетіне бағыты (бөлім, бөлме нөмірі, пациенттің аты-жөні, жасы, зерттеу мақсаты, күні);
- 0,5-0,7 л көлеміндегі қайнаған судың температурасы 370С.
- Әрекеттер алгоритмі:
- Науқасты зерттеу үшін қақырықты жинау ережелері туралы нұсқау және оның келісімін алу.
- Қақырықты таңертең ерте (аш қарынға) тамақтанар алдында жинайды.
- Науқастан мынаны сұраңыз: қақырықты жинамас бұрын, таңертең шамамен 2 сағат бұрын тістерін тазалаңыз; қақырықты жинамас бұрын ауызды және тамақты қайнаған сумен мезгіл-мезгіл шаю;
- о тік тұру немесе отыру;
- қақырықты жинау үшін төменгі ерінге ыдыс ұстаңыз; оған қол тигізбей, бірнеше рет терең тыныс алыңыз және дем алыңыз, содан кейін жөтел; контейнерге 3-5 мл қақырықты жинаңыз;
- қақырық құмырасына қақпақ қою. Жиналған қақырықты зерттеп, алынғаннан кейін 2 сағат ішінде зертханаға жіберу.

Бактериологиялық зерттеу үшін қақырықты жинау

Мақсаты: диагностикалық: қоздырғыштарды анықтау.

Қолдану көрсеткіштері: туберкулез, тыныс алу жолдарының аурулары және басқа да жұқпалы аурулар.

Дайындаңыз: сыйымдылығы 50 мл, диаметрі кемінде 35 мм, мөлдір жабылатын қақпағы бар арнайы стерильді шыны ыдысты, металл Биксті, қайнаған суға арналған ыдысты, майлықты, қолғапты, масканы, дезинфекциялық ерітінді, қауіпсіз жинауға және жоюға арналған контейнер.

Әрекеттер алгоритмі:

- Қақырық талдау жүргізілетін күні таңертең алынады.
- Контейнерді нөмірлеңіз.
- Бактериологиялық зертханаға жолдама толтыру.
- Қолыңызды гигиеналық түрде тазалаңыз. Қолғап пен бетперде киіңіз.
- Науқаспен сенім орнатып, процедураның процесі мен мақсатын түсіндіріңіз.
- Науқасты зерттеу үшін қақырықты жинау ережелерімен таныстыру.
- Науқасқа терең жөтел кезінде қақырықтағы қақырықты емес, қақырықты қолмен немесе ауызбен сауыттың жиегін ұстамауды ескертіңіз.
- Науқастан сұраңыз:
- таңертең тістеріңізді тазалаңыз, шырышты 2 сағаттай жуар алдында;
- ауызды және тамақты қайнатылған және салқындатылған сумен шаю;
- о тік тұру немесе отыру;
- ыдыстың қақпағын ашу;
- Аузыңызды шүберекпен немесе сүлгімен жауып, 3 рет терең және 3 рет терең дем алыңыз, қатты жөтеліңіз, өкпенің терең бөліктерінен қақырықты ыдысқа итеріңіз.;
- қақырық жинайтын ыдысты ыдыстың шетіне тигізбей астыңғы ерніңізге қарсы ұстаңыз.
- Контейнердің қақпағын бұрап жабыңыз.
- контейнердің сыртқы бетін дезинфекциялық ерітіндіге малынған шүберекпен сүртіңіз.
- Жиналған шырышты қараңыз және контейнерді темір Бикске салыңыз.
- Қақырықты бактериологиялық зертханаға 2 сағатқа жеткізу.
- Масканы, қолғапты шешіп, контейнерге салыңыз.
- Қолыңызды жуыңыз және құрғатыңыз.

Жеке түкірікті пайдалану ережелері

Мақсаты: экологиялық қауіпсіздікті қамтамасыз ету.

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Мейіргер ісі-1» кафедрасы		№72/11 ()
Дәріс кешені		32 беттің 12 беті

Қолдану көрсеткіштері: тыныс алу органдарының аурулары, өкпе туберкулезі, әртүрлі зерттеулерге қақырық жинау.

Дайындаңыз: зарарсыздандырылған қалта түкірігі (бұрандалы қалпақшасы бар кең мойын белгісі бар қоңыр шыны ыдыс), зарарсыздандырыңыз.

Әрекеттер алгоритмі:

- Науқаспен жеке кремді дұрыс қолдану туралы сөйлесіңіз.
- Науқасқа қақырықты жинау үшін таза, құрғақ жеке түкіргіш беріңіз.
- Түкіріктің $\frac{1}{4}$ бөлігін дезинфекциялау құралымен толтырыңыз (қақырықты дезинфекциялау үшін).
- Науқасқа қақырықты $\frac{3}{4}$ регургитация көлемі белгісіне дейін толтыру қажеттілігін түсіндіре отырып, регургитация беріңіз.
- Түкіргеннен кейін 4 сағат бойы түкіргіште қақырықтың үстіне зарарсыздандыру ерітіндісін құйып зарарсыздандырыңыз.
- Түкіргіштегі қақырықты дезинфекциялық ерітіндімен ағызып жіберіңіз.
- Түкірікті ағынды сумен шайыңыз және оны белгілі бір уақыт ішінде емдеу мекемелерінде қолданылатын дезинфекциялық құралға салыңыз.
- Түкіргішті ағынды сумен жуыңыз, құрғатыңыз және оны таза түкіргіш сақтауға арналған шкафқа салыңыз.

4. Көрнекі материалдар: 15-20 слайд

5. Әдебиеттер: Соңғы бетті қараңыз.

6.Бақылау сұрақтар (кері байланыс):

- Жалпы қақырықты алудың мақсаты?
- Жеке түкірікті қолдану ережелері

№5 дәріс

1. Тақырыбы: Зерттеуге зәрді жинау ережелері. Жалпы клиникалық зерттеуге зәрді жинау. Зәрді Нечипоренко әдісі бойынша жинау. Зимницкий әдісі бойынша зәрді жинау. Зәрдегі глюкозаны сынақ жолағымен анықтау.

2. Мақсаты: Студенттерді гериатриялық науқастарға күтім жасауды үйрету.

3. Дәріс тезистері:

- Зерттеу үшін зәрді жинау ережелері
- Нечипоренко, Зимницкий әдістері бойынша зәрді жинау ережелері
- Зәрдегі глюкозаны анықтау ережелері

Жалпы тексеру үшін несеп жинау.

Мақсаты: зәрдің физикалық құрамын бағалау, химиялық құрамын анықтау және зәр шөгіндісін микроскопиялық зерттеу.

Әрекеттер:

- Науқасқа таңертең зәрді талдау үшін жинау және оның мақсатымен таныстыру керектігін алдын ала ескертіңіз;
- науқасты зәрді жинау тәртібімен таныстыру және келісін алу;
- науқасқа зәр жинамас бұрын жыныс мүшелерін жууға және дәрет шығаруға үйрету;
- науқасты талдау үшін зәрді жинау әдісіне үйрету;
- зәрдің бірінші бөлігін дәретханаға (зәр қабылдағышқа) жіберу, «1,2» санау, зәр шығаруды тоқтату;
- ыдыстың қақпағын ашу;
- зәрдің ортаңғы бөлігінен дайындалған ыдысқа кемінде 100-150 мл зәрді жинау (қалған зәрді дәретханаға жіберу);
- ыдыстың қақпағын жабу;
- зертханаға жолдамамен бірге зәр шығару.

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SKMA 2007	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казакстанская медицинская академия»
«Мейіргер ісі-1» кафедрасы		№72/11 ()
Дәріс кешені		32 беттің 13 беті

- зертханадан алынған сынақ нәтижелерін ауру тарихымен байланыстыру

Нечипоренко әдісімен зәр шығару.

Мақсаты: диагностикалық зәрдегі түзілген элементтердің (эритроциттер, лейкоциттер, цилиндрлер) санын анықтау.

Көрсеткіштері: дәрігердің тағайындауы бойынша.

Дизайн: бір рет қолданылатын, аузы кең, таза, құрғақ, науқастың аты-жөні, аты-жөні, зерттеу мақсаты, күні, бөлімшенің аты, кабинет нөмірі және медбикенің қолы жазылған шыны ыдыс.

Әрекеттер алгоритмі:

- науқасқа зәрді жинау тәртібін түсіндіріп, келісімін алу.
- қолыңызды гигиеналық деңгейде жуыңыз және қолғап киіңіз.
- науқастың сыртқы жыныс мүшелерін жоғарыдан төменге қарай жуу.
- зәрдің бірінші бөлігін зәр жинағышқа жіберіп, зәр шығаруды тоқтату керек.
- 50 мл дайындаған ыдысқа Nessus ортаңғы бөлігін жинаңыз
- зертханаға жолдама толтыру (бөлімше, кабинет нөмірі, қабылдау уақыты, зәрді алу күні, медбикенің қолы)
- жиналған зәрді зертханаға жіберу
- қолғапты шешіңіз, қолыңызды жуыңыз және құрғатыңыз.

Зимницкий жарысына зәр жинау

Мақсаты: диагностикалық: бүйрек қызметінің қоюлануын және бөлінуін зерттеу; тәуліктік күндізгі және түнгі диурезді анықтау.

Дайындаңыз: сыйымдылығы 500 мл кең мойынмен 8 таза, мөлдір шыны банка (бөлімше, бөлме нөмірі, зерттеу мақсаты, порция нөмірі, жинау уақыты, ай-күн, медбикенің қолы).

Әрекеттер алгоритмі:

- Зәрді зерттеуге жинау тәртібі туралы науқасқа нұсқау жүргізіңіз:
- Зерттеуді жүргізу алдында зәр шығаратын препараттарды қабылдау тоқтатылады; бір тәулікте 1,5 литрге дейін сұйықтықты қолдануды науқас шектейді, өйткені диурездің көбеюін және зәрдің салыстырмалы тығыздығының біршама төмендеуін болдырмауын; зәр жинау кезінде бір тәулікте ішілген сұйықтық есепке алынады.
- Таңертең сағат 6-да науқас қуығындағы зәрді дәретханаға босатуы керек.
- Әр 3 сағат сайын жеке нөмірленген банкаларға зәрді жинаңыз.

№1 порция – сағат 6-дан 9-ға дейін

№2 порция – сағат 9-дан 12-ге дейін

№3 порция – сағат 12-ден 15 дейін

№4 порция – сағат 15-тен 18 дейін

№5 порция – сағат 18-ден 21 дейін

№6 порция – сағат 21-ден 24 дейін

№7 порция – 0-ден 3-ке дейін

№8 порция – 3-тен 6-ға дейін

- 24 сағаттан таңертеңгі 6-ға дейінгі кезеңде зәрді жинау үшін мейірбике науқасты оятып отыруы керек.

Келесі күні таңертең зәрдің барлық 8 порциясын зертханаға апарыңыз.

Зимницкий байқауы - бұл бүйректің қызметінің функционалды байқауы, мөлшерін анықтауға және зәрдің салыстырмалы тығыздығын 3 сағат аралығындағы 8 үлесті бір тәулік ішінде анықтауға негізделген. Бұл байқау бүйректің қоюлық қызметін анықтайды және оны клиникалық жағдайда бүйрек ауруларымен азап шеккен адамдарға кеңінен қолданылады.

Зәрдің жеке үлесінің мөлшерін салыстырып отыра және әрбір зәрдің жеке үлесі мөлшерінің тербелу диапазонын анықтайды. Қалыптағы бүйрек қызметіне тән:

- Тәуліктік диурез шамамен 1,5 л болады.

Барлық 1 тәулікте ішкен сұйықтықтың 60-80% зәрмен бөлінеді.

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Мейіргер ісі-1» кафедрасы		№72/11 ()
Дәріс кешені		32 беттің 14 беті

Күндізгі диурез түнгі диурезден едәуір артық болады.

Бір үлестікке меншікті салмағы 1,020-1,025 төмен болмауы.

Зәр мөлшері жеке үлесінде және меншікті салмағында бір тәулік ішінде едәуір тербеледі.

4. Көрнекі материалдар: 15-20 слайд

5. Әдебиеттер: Соңғы бетті қараңыз.

6.Бақылау сұрақтар (кері байланыс):

- Өт қабы ауруларының клиникалық көрінісі қандай?
- Пиелонефриттің диагностикасы және алдын алу дегеніміз не?

№6 дәріс

1. Тақырыбы: Зерттеуге нәжісті жинау ережелері. Нәжісті копрологиялық зерттеуге алу.

Нәжісті жасырын қанға алу. Бактериологиялық зерттеуге тік ішектен нәжісті алу.

2. Мақсаты: Студенттерге зерттеуге нәжісті жинау ережелерін үйрету

3. Дәріс тезистері:

- Нәжіс үлгісін алуға дайындық
- Скатоологиялық зерттеу үшін нәжіс жинау
- Бактериологиялық зерттеу үшін тік ішектен нәжісті алу.

Нәжістегі паразиттерді сынау - бұл денсаулыққа елеулі проблемаларды тудыратын және адамның жалпы әл-ауқатына әсер ететін ішек гельминттері мен қарапайымдыларды анықтаудың тиімді әдісі.

Симптомдары:

- Аллергиялық реакциялар
- Тәбеттің төмендеуі, жүрек айну
- Асқазан ауруы
- Нәжістің бұзылуы
- Ануста қышу
- Тіс қайнату
- Созылмалы шаршау, нервоздық
- Жиі суық тию
- Бастың жиі ауыруы, ұйқының бұзылуы
- Буындар мен бұлшықеттердегі ауырсыну және т.б.

Инфекция әдістері:

- Жеке гигиенаны сақтамау (жуылмаған қол, тырнақ астындағы кір)
- Жуылмаған/нашар жуылған жемістер, жидектер, көкөністер, шөптер
- Нашар пісірілген ет (стейктер, кебабтар), шикі балық (суши)
- Ластанған су (бассейн, көл, өзендер)
- Жануарлармен байланыс
- Құм жәшіктері және т.б.

ГЕЛЬМИНТ ЖҰМЫРТҚАЛАРЫНА ЖӘНЕ ПРОТОЗАЛЫҚ КИСТАРҒА НӘЖІС ТАЛДАУ ЖИНАУ ЕРЕЖЕЛЕРІ

1. Паразиттердің 20 түріне нәжіс сынамасын жасамас бұрын зертханамыздың бір бөлімінде немесе дәріханада консервант бар ыдыстар жинағын сатып алу керек*

2. Дефекация актісі өздігінен болуы керек

3. Нәжісте судың, зәрдің, дезинфекциялық заттардың немесе етеккір сұйықтығының қоспасы болмауы керек.

4. Нәжіс жинау керек:

1. биоматериалдың бастапқы қасиеттерін сақтау үшін консервант қосылған пластик ыдыста
2. күнделікті дәретпен үш күн бойы үш рет; егер сіз іш қатуға бейім болсаңыз, уақыт аралығын 7 күнге дейін арттыруға болады
3. пластикалық ыдысқа бекітілген шпательмен 3-5 түрлі секциядан
5. Контейнер сыйымдылығының 2/3 бөлігін толтырыңыз:

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA АКАДЕМИЯСЫ «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Мейіргер ісі-1» кафедрасы		№72/11 ()
Дәріс кешені		32 беттің 15 беті

1. биоматериалдың бірінші бөлігі 10 мл белгіге дейін толтырылады, содан кейін сұйықтықпен бірге шайқалады.
 2. екінші порция 15 мл белгіге дейін толтырылады және де шайқалады
 3. Үшінші бөлікті шайқамай 20 мл белгіге дейін толтырады. Сонымен қатар, нәжістің бір бөлігін консервантсыз контейнерге жинау керек және екі контейнер де бір күні зертханаға жеткізіледі.
 6. Биоматериалды +2-ден +8°C-ге дейін салқын жерде сақтау ұсынылады.
- *Консерванттың жарамдылық мерзімі салқын жерде +2-ден +8 °C дейін 4 апта.
 **Ашылғаннан кейін салқын жерде консерванттың сақтау мерзімі 7 күн.
 ***Дәріханалар тізімін Instagram желісіндегі ағымдағы оқиғалардан табуға болады.

НӘЖІСТІ ТЕСТ ЖИНАУҒА ДАЙЫНДЫҚ

Зерттеуге биоматериалды жіберуге БОЛМАЙДЫ:

1. клизмадан кейін, ас қорытуға әсер ететін дәрілерді қабылдау, суппозиторийлерді енгізу, темір, висмут, барий сульфатын қабылдау, кастор немесе вазелин майын қабылдау
 2. рентгендік зерттеулер мен колоноскопиялық процедуралардан кейін екі күннен ерте
- 4. Көрнекі материалдар:** 15-20 слайд
5. Әдебиеттер: Соңғы бетті қараңыз.
6. Бағдарлама мен қамтамасыз ету және ИНТЕРНЕТ-ресурс.
7. Бақылау сұрақтар (кері байланыс):
- Созылмалы пиелонефриттің диагнозы қандай?
 - Созылмалы пиелонефрит пен созылмалы гломерулонефриттің клиникалық көрінісінің ерекшеліктері қандай?

№7 дәріс

- 1. Тақырыбы:** Науқасты аспапты зерттеуге дайындау әдістері. Науқасты ирригоскопия әдісіне дайындау.
- 2. Мақсаты:** Студенттерді ирригоскопия алгоритмдерімен таныстыру.
- 3. Дәріс тезистері:**
 - Науқасты ирригоскопияға дайындау
 - Ирригоскопияға қарсы көрсеткіштер.

Ирригоскопия жүргізу және оған дайындық

Заманауи медицинада ирригоскопия сияқты процедура барған сайын танымал болып келеді. Бұл зерттеу ішекке қатысты көптеген проблемаларды анықтауға көмектеседі. Ирригоскопия - бұл асқазан-ішек жолдарының құрылымын ғана емес, сонымен қатар оның жұмысының барлық нюанстарын бағалауға мүмкіндік беретін рентгендік диагностикалық әдіс.

 - Ескертпе: Тексеру алдында 2-3 күн ішінде диетаны өзгерту керек, одан газ түзетін, нәжістің көптігін және ісінуді тудыратын тағамдарды алып тастау керек. Әр қадам сайын жазыламыз – 60 минут, науқастарды тіркеу уақыты 8.00-ден 12.00-ге дейін. Ирригоскопия - бұл тоқ ішектің рентгенографиясы. Зерттеудің өзі 60 минутты алады, қорытынды 40 минуттан бастап дайындалады. 60 минутқа дейін. Науқастың жасы небәрі 18 жастан жоғары. Науқастың салмағы 160 кг-ға дейін рұқсат етіледі. Егер салмақ, мысалы, 130 кг болса, науқастың биіктігі кемінде 170 см болуы керек, әйтпесе зерттеу жұмыс істемеуі мүмкін. Ирригоскопия алдында диета мыналарды қоспауы керек: • Жаңа піскен көкөністер мен жемістер (бұршақ, қырыққабат, алма, шабдалы, қызылша, банан) • Қара бидай наны • Сұлы, тары және інжу арпа ботқасы • Жасылдар • Қара кофе • Шұжықтар • Бай сорпалар • Майлы ет және балық Тамақты буға немесе қайнатуға кеңес беріледі. Күніне кемінде екі литр таза су ішіңіз. Сіз не жеуге болады: • Күріш пен жарма ботқасы • Балық пен еттің диеталық сорттары • Бидай кректері • Көкөніс сорпасы • Шөптік және көк шай • Ашыған сүт өнімдері Тексеру қарсаңында кешкі астан бас тарту керек, ал түстен кейін түскі ас. жеңіл, бірақ қоректік болыңыз. Зерттеу күні таңертең тамақтан бас тарту керек. Тазарту процедуралары Ішекті толық тазарту үшін диетадағы өзгерістердің өзі жеткіліксіз, сондықтан ішектерді тазартатын клизмалар немесе іш жүргізетін дәрілер арқылы тазарту ұсынылады. 1-дайын дайындау әдісі (Эсмарх кружкасын қолданатын клизмалар) Клизманы тазарту кешке дейін жүргізіледі. тексеру және рәсім күні таңертең. Кешке бөлме температурасында 1-1,5 литр

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA АКАДЕМИЯСЫ «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Мейіргер ісі-1» кафедрасы		№72/11 ()
Дәріс кешені		32 беттің 16 беті

суды ішекке енгізіңіз. Бір сағаттан кейін процедураны бірдей мөлшерде сумен қайталаңыз. Тазалау дұрыс жүргізілсе, ішектен шыққан су таза болады. Таңертең 1-2 клизма манипуляциясы жасалады. (бөлме температурасында 1-1,5 литр су) – сонымен қатар су мөлдір болғанша. 2-әдіс («Фортранс» іш жүргізетін дәріні қолдану)

• **БІЗ ОСЫ ДАЙЫНДЫҚ ЕГЕР НАУҚАҒА ЕМДЕУ ДӘРІГЕРІ ТАҒАЙЫНДАҒАН БОЛСА, НЕМЕСЕ ПАЦИЕНТ БҰЛ ДАЙЫНДЫҚТЫ ТАБЫЛДАСА АШЫП ШЫҒАМЫЗ.** Назар аударыңыз: егер пациент эспумизан сиропының орнына капсула сатып алған болса, онда зерттеуден бір күн бұрын науқас тамақтан кейін күніне үш рет екі капсула ішуі керек, ал зерттеу күні екі капсуланы ауыз сусыз ішу керек. Фортранс қабылдаудың 1 кезеңі. Зерттеуден бір күн бұрын: 18:00 - 19:00 1 литр алыңыз. «Фортраса» (әр 15 минут сайын 1 стакан), 19:00 - 20:00, 1 литр алыңыз. «Фортранс» (15 минут сайын 1 стакан), сағат 21:00-де «Эспумизан» сиропын 3 дозадан (қасық) алыңыз. Фортранс қабылдаудың 2 кезеңі. Зерттеу күні: 5:30 - 6:30 1 литр алыңыз. «Фортранс» (әр 15 минут сайын 1 стакан). 6:30-7:30 1 литр алыңыз. «Фортраса» (әрбір 15 минут сайын 1 стакан) 7:30 «Эспумизан» сиропын 3 доза (қасық) қабылдайды. 15 мин. процедура алдында (10:45) спазмолитикті («Дротоверин» 2 таблетка), содан кейін «Эспумизан» шәрбаты 3 доза (қасық) алыңыз. Фортранс ерітіндісін қабылдауды бастағаннан кейін 1-3 сағаттан кейін ішектерді тазартуға көмектесетін жиі, үлкен нәжіс пайда болуы керек. Fortrans қабылдау кезінде сіз қозғалуыңыз керек. Жеңіл гимнастика мен иілуді орындаңыз. Маңызды: Фортранстың соңғы бөлігін қабылдау зерттеу басталғанға дейін 4 сағат бұрын аяқталуы керек. Сондай-ақ таңертең клизма жасау керек (бөлме температурасында 1,5 литр таза су).

4. Көрнекі материалдар: 15-20 слайд

5. Әдебиеттер: Соңғы бетті қараңыз.

6.Бақылау сұрақтар (кері байланыс):

- Иррогоскопияға қарсы көрсеткіштер?
- Иррогоскопияға көрсеткіштер?

№8 дәріс

1.Тақырыбы: Науқасты ФГДС дайындау.

2.Мақсаты: Студенттерді фиброгастроуденоскопия жасауға үйрету.

3.Дәріс тезистері:

- ФГДС көрсеткіштері
- ФГДС қарсы көрсеткіштері

ФГДС – талшықты оптикалық құралдарды (зонд, гастроскоп, эндоскоп) қолдану арқылы өңештің, асқазанның және он екі елі ішектің эндоскопиялық зерттеуі. Бұл диагностикалық әдіс өте дәл және тиімді, ол ағзаларды ішінен көруге ғана емес, сонымен қатар тіндердің үлгісін алуға мүмкіндік береді.

Көптеген адамдар бұл процедуранан қатты қорқады. Бірақ шын мәнінде, егер сіз ФГДС -ке дұрыс дайындалсаңыз, бәрі соншалықты қорқынышты емес.

ФГДС процедурасы қалай орындалады?

- Науқас тізесін бүгіп, сол жағымен жатады.
- Дәрігер диагноз қою үшін түтікшені мұқият енгізеді.
- Процедура барысында терең тыныс алу керек (түтік тыныс алуға кедергі жасамауы керек) және сілекейді жұтпауға тырысыңыз.

Ерекше жағдайларда ФГДС анестезиямен (ұйқы кезінде) орындалуы мүмкін, содан кейін барлық жағымсыз және ауыр сезімдер алынып тасталады (бірақ қарсы көрсеткіштер бар).

ФГДС емтиханы шамамен 5 минуттан 30 минутқа дейін созылуы мүмкін.

Асқазанның ФГДС нені көрсетеді?

Гастроскопия ағзалар мен тіндердің жай-күйі, эрозиялардың және әртүрлі формациялардың болуы туралы ең дәл ақпаратты алуға мүмкіндік береді. ФГДС көмегімен келесі мәселелерді анықтауға болады:

- асқазанның және он екі елі ішектің ойық жарасы;

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Мейіргер ісі-1» кафедрасы		№72/11 ()
Дәріс кешені		32 беттің 17 беті

- қатерсіз және қатерлі ісіктер;
- асқазан-ішек жолдарынан қан кету;
- гастроэзофагеальды рефлюкс ауруы;
- гастрит және дуоденит;
- эзофагит.

Қандай белгілер сізге гастроэнтерологқа жазылу керектігін және, мүмкін, ФГДС жасау керектігін көрсетуі мүмкін:

- құсу және жүрек айну сезімі;
- жұтынудың бұзылуы;
- тәбеттің төмендеуі;
- іштің кебуі;
- созылмалы жөтел;
- эпигастрий аймағында ауырсыну сезімі;
- тамақ ішкеннен кейін асқазанда ауырлық сезімі;
- жүрек айнуы;
- кекіру;
- себепсіз салмақ жоғалту.

ФГДС -ке дайындық

Асқазанның ФГДС-ге дұрыс дайындық диетаны сақтауды, процедураның алдында ораза ұстауды, сондай-ақ психикалық дайындықты қамтиды. Бірінші заттар бірінші:

ФГДС -ке дайындалу үшін диета

Диагностдан екі күн бұрын ауыр және газ шығаратын тағамдармен шектелу ұсынылады. Диетадан алып тастау керек:

- алкогольдік сусындар;
- шоколад;
- ащы тағам;
- жаңғақтар;
- майлы ет;
- бұршақ дақылдары; (жасымық, бұршақ және т.б.)
- саңырауқұлақтар;
- фастфуд;
- ысталған ет;
- және т.б.

Асқазанның ауыр тамақтан арылуға уақыты болмауы мүмкін, бұл зерттеу нәтижелерін нашарлатады (қайтадан процедурадан өтуді қалауыңыз екіталай).

Асқазанның ФГДС-ге дайындық кезінде не жеуге болады?

Сіз оңай қорытылатын тағамдарды жеуіңіз керек, мысалы:

- қайнатылған тауықтың төс еті;
- майсыз балық;
- қарақұмық немесе күріш;
- жеңіл сорпалар;
- жұмыртқа;
- ашытылған сүт өнімдері (майы аз);
- термиялық өңдеуден кейінгі көкөністер.

ФГДС алдында қанша сағат тамақ жеуге болмайды?

Соңғы тамақ диагноз қойылғанға дейін 10-12 сағат бұрын болуы керек, сондықтан күннің бірінші жартысында асқазанның ФГДС-ке дайындалған кезде (және әдетте тағайындау таңертең тағайындалады), кешкі асты шамамен 3-4 сағатта ішкен дұрыс. ұйқыға дейін сағат.

Түстен кейін ФГДС-ке дайындалған кезде, сіз әлі де 10-12 сағаттық интервалды сақтауыңыз керек, сондықтан соңғы тағамның уақытын өзіңіз есептеңіз (мүмкін бұл таңертең ерте болуы мүмкін).

ФГДС алдында су ішуге болады ма?

Процедурадан екі сағат бұрын су ішуге болады. Күшті шай, кофе және газдалған сусындарды алып тастау керек.

ФГДС кейін қанша уақыт жеуге болады?

Екі сағаттан кейін жеуге болады. Тексеру күні жеңіл тамақ ішу ұсынылады.

ФГДС алдында тағы не істеуге болмайды:

- темекі шегу;
- дәрі қабылдау;
- сағыз шайнау;
- тістеріңізді тазалаңыз (паста ішке кіріп, тітіркенуді тудыруы мүмкін);
- егер денсаулығыңыз нашар болса (мұрыннан су ағу, дене қызуының жоғарылауы – сауығуды күткен дұрыс) ФГДС жасамау керек;
- ФГДС ларингит, фарингит, трахеитке (шырышты қабықтың ісінуі кедергі жасайды, эндоскоптың механикалық әсеріне сезімтал болады) жасауға болмайды.

Сондай-ақ, сізде созылмалы патологиялар, дәрі-дәрмектерге аллергия немесе мұрынмен тыныс алу қиындықтары болса, дәрігерге хабарлау керек.

Анестезиямен ФГДС-ке дайындық:

Тексеру медициналық көрсеткіштер болған жағдайда анестезиямен жүргізіледі. ФГДС-ке дайындық ережелері бірдей, олар қан анализін алуды және құрамында темірі бар және стероидты емес қабынуға қарсы препараттарды қабылдаудан бас тартуды қамтиды.

Жүкті әйелдерге ФГДС жасауға болады ма:

Гастроскопия жүкті әйелдер үшін де қауіпсіз, қарсы көрсетілімдер жоқ. Процедура тудыруы мүмкін жалғыз нәрсе - бұл аздап стресс.



ФГДС қаншалықты жиі жасалуы мүмкін?

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Мейіргер ісі-1» кафедрасы		№72/11 ()
Дәріс кешені		32 беттің 19 беті

Тексеру денсаулыққа зиян келтірмейді, сондықтан оны емдеуші дәрігер айтқандай жүргізуге болады. Гастрит немесе басқа патологиялармен аурудың динамикасын бақылау үшін гастроскопия қажеттілігі жылына 3 рет (әр 4-6 ай сайын) артуы мүмкін.

4. Көрнекі материалдар: 15-20 слайд

5. Әдебиеттер: Соңғы бетті қараңыз.

6. Бақылау сұрақтар (кері байланыс):

- ФГДС-ке психологиялық тұрғыдан қалай дайындалу керек?
- Зерттеу кезінде қолданылатын тағамдар

№9 дәріс

1. Тақырыбы: Колоноскопия және ректороманоскопияға науқасты дайындау.

2. Мақсаты: Студенттерге колоноскопия және сигмоидоскопия туралы толық ақпарат беру.

3. Дәріс тезистері:

- Колоноскопияға дайындық
- Ректороманоскопияға негізгі көрсеткіштер

Колоноскопия

Колоноскопия сияқты күрделі процедура тоқ ішек пен тік ішек патологиясын диагностикалау үшін қажет екендігі белгілі. Процедура артқы тесікке зондты (колоноскопты) енгізуден тұрады. Зонд икемді түтікке бекітілген және кішкентай бейнекамерадан тұрады, бұл дәрігерге ішектің бүкіл шырышты қабатын зерттеуге мүмкіндік береді. Құрылғының ұзындығы 1,45 м дейін, бұл соқыр, сигма тәрізді, жиек және тік ішекті тексеруге мүмкіндік береді. Колоноскопия аш ішекке әсер етпейді. Қажет болса, колоноскопиямен полиптерді немесе ісіктердің басқа түрлерін алып тастауға немесе талдау үшін тіндердің үлгілерін алуға болады (биопсия).

• **Ішек колоноскопиясы неліктен қажет?**

• Науқасқа созылмалы іштің ауыруы, анустан қан кетуі, созылмалы іш қату, диарея және басқа ішек проблемалары үшін колоноскопия көрсетіледі. Сондай-ақ, ішек қатерлі ісігінің болуы үшін колоноскопиядан өтуге болады. Егер пациент 50 жастан асқан болса және сонымен бірге оның отбасында тоқ ішек қатерлі ісігі байқалмаса, дәрігер оған әр 7-10 жыл сайын колоноскоппен іш қуысын тексеруді ұсынуы мүмкін. Егер пациент тоқ ішектің қабырғаларында полиптердің пайда болуына бейім болса, қабырғаларды тексеру кезінде пайда болған полиптерді табу және алып тастау үшін колоноскопия белгілі бір уақыт аралығында жүргізілуі керек. Бұл манипуляция тік ішек қатерлі ісігінің қаупін азайту үшін жасалады.

• **Колоноскопияға дайындық.**

Колоноскопия - бұл медициналық процедуралардың аз травматикалық түрі, адамдардың көпшілігі оны анестезияның әсерінен сезінеді. Зерттеудің өзі бір сағаттан аспайды, ал қалпына келтіру бірнеше сағатты алады. Пациенттер үшін ең қиын нәрсе - зерттеуге дайындық. Егер процедура сәтті болса және ешқандай патология анықталмаса, онда келесі 7-10 жылда тексерілу қажет болмауы мүмкін.

Колоноскопия ішектің бос және мүмкіндігінше таза болуы үшін алдын – ала тазартуды қажет ететіні белгілі (мүмкін болса) - әйтпесе тамақ қалдықтары мен нәжіс дәрігердің шолуын қиындатуы мүмкін. Әдетте, дәрігер диагностикалық процедураны тағайындаған кезде, ол науқасқа оған қалай дайындалу керектігін, не жеу керектігін, қандай препараттарды қолдану керектігін және дайындық кезінде дененің қандай реакцияларын күту керектігін айтады. Колоноскопияға дайындық әдісі әр науқас үшін жеке таңдалады.

Ректороманоскопияны дәрігер жасайды, мейірбике көмекші қызметін атқарады.

Іс-әрекет алгоритмі:

1. Науқасқа емшараның мақсатын, барысы және зиянсыздығы туралы әңгіме жүргізіңіз.
2. Таңертең ашқарыңа зерттеу откізілетінін науқасқа хабарлаңыз.

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Мейіргер ісі-1» кафедрасы		№72/11 ()
Дәріс кешені		32 беттің 20 беті

3. Науқасқа тазарту клизмасын таңертең сағат 6-да (тольщ- кружка) және зерттеуге дейін 2 сағат бұрын (толмаған кружка) қойыңыз. Науқас зерттеуге дейін тік қалыпта болуы тиіс.
4. Түп-тура зерттеу алдында науқастың қуығын босатуын сұраңыз.
5. Науқасты манипуляциялық (ректороманоскопия) кабинетіне апарыңыз.
6. Науқасты палатаға апарып, бақылауды және тыныштықты қамтамасыз етіңіз.

Ескерту:

- ректоскоп тік ішекке 25-30 см ара қашықтыққа енгізіледі;
- ішектегі жедел қабыну процесі басылған соң, ректороманоскопия жүргізіледі;
- егерде науқастың іші қатса, онда қосымша зерттеу қарсаңында кешке тазарту клизмасы қойылады;

- науқастың ішегін дайындау және зерттеу арасында 2 сағаттай үзіліс болуы қажет, неге десеңіз, тазарту клизмасы сілемейлі қабықтың табиғи түрін біршама уақытқа өзгертеді.

Ректороманоскопия (RRS) - ішектің шырышты қабығын визуалды тексеру жүргізілетін диагностикалық әдіс. Тексеру сигмоидоскоптың көмегімен жүзеге асырылады - сәулелендіру құралы мен ауа үрлегіші бар түтік түріндегі құрылғы.

Көрсеткіштер

Эндоскопиялық зерттеу ішек ауруларын диагностикалау және оларды уақтылы емдеу үшін көрсетілген. Оны келесі жағдайларда қолдану керек:

- қатерлі ісікке күдіктенсеңіз;
- қан кетумен, ішектен шырыш немесе ірің бөлінуімен;
- нәжіс бұзылған жағдайда;
- тік ішектің созылмалы қабынуы, геморрой және басқа патологиялар үшін;
- қуық асты безі ісігінің (ерлерде) немесе жамбас мүшелерінің ісіктерінің (әйелдерде) дамуына күдіктенсеңіз;
- ішекті одан әрі зерттеу процедуралары алдында (ирригоскопия, колоноскопия).

Сигмоидоскопия ішектің шырышты қабығын анустан 15-30 см қашықтықта тексеруге, патологияларды диагностикалауға, тіндердің үлгілерін алуға және қарапайым операцияларды жасауға мүмкіндік береді. Аппараттық зерттеулер басқа медициналық процедуралардан бұрын дайындық процедурасы ретінде де әрекет ете алады.

Ықтимал тәуекелдер

Эндоскопиялық зерттеу - бұл мүлдем қауіпсіз диагностикалық әдіс. Дегенмен, кейбір қарсы көрсеткіштер бар. Егер сізде анустан жедел қабыну процестері диагнозы қойылса, жағдай тұрақтанғаннан кейін RRS өту жақсы. Жедел парапроктит, терең жарықтар, түйін тромбозы бар жедел геморрой жағдайында тік ішектің эндоскопиялық зерттеуіне жүгінбеу керек.

Процедураға тікелей қарсы көрсетілім науқастың ауыр жағдайы (ауыр жүрек-қан тамырлары жеткіліксіздігі, цереброваскулярлық бұзылулар, ауыр тыныс алу жеткіліксіздігі) болып табылады. Яғни, денсаулыққа зиян келтіру қаупі аппараттық сараптама жүргізудің орындылығынан асатын жағдайлар.

Пайдасы

Зерттеу профилактикалық, диагностикалық және емдік мақсатта жүргізіледі. Ісікті, полиптерді немесе басқа түзілімдерді уақытында анықтау және олардың дамуын болдырмау үшін 40 жастан асқан адамдарға жылына бір рет тексеруден өту ұсынылады.

Егер пациент тоқ ішектің рентгендік томографиясынан өтіп жатса, алдымен RRS жасау ұсынылады. Ішектегі көптеген шамалы, бірақ елеулі өзгерістер тек эндоскопиялық жолмен диагноз қойылады.

Сигмоидоскопияға дайындық

Процедурадан бұрын ішектерді тазарту қажет. Сондай-ақ емтиханға 24-48 сағат қалғанда диетаны ұстанған жөн (жемістерді, көкөністерді және ірімшіктерді жеуге болмайды). Көбінесе процедура тек аш қарынға жасалады. Ішектерді алдын ала тазарту үшін клизмалар (тексеру күні кешке және таңертең) немесе іш жүргізетін әсері бар микроклизмалар

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казakhstanская медицинская академия»
«Мейіргер ісі-1» кафедрасы		№72/11 ()
Дәріс кешені		32 беттің 21 беті

(процедурадан 30-40 минут бұрын) жүргізіледі. Іш жүргізетін дәрілер де қолданылуы мүмкін.

Кезендер

Манипуляция кезінде науқас тізе-локте позициясын алады немесе сол жағында жатады. Түтікті вазелинмен жомарт майлап, тік ішекке 4-5 см тереңдікке енгізеді. Шырышты қабаттың қатпарларын түзету үшін сигмоидоскопқа ауа сорылады. Дәрігердің сауатты және мұқият мінез-құлқымен RRS-ті науқас үшін мүлдем ауыртпалықсыз және жарақатсыз етуге болады.

4. Көрнекі материалдар: 15-20 слайд

5. Әдебиеттер: Соңғы бетті қараңыз.

6. Бақылау сұрақтар (кері байланыс):

- Ректороманоскопия дегеніміз не?
- Колоноскопия дегеніміз не?

№10 дәріс

1. Тақырыбы: Цистоскопия әдісіне науқасты дайындау.

2. Мақсаты: Студенттерді цистоскопия алгоритмдерін орындауға және қарсы көрсетуге үйрету.

3. Дәріс тезистері:

- Цистоскопияға көрсеткіштер
- Цистоскопияға қарсы көрсеткіштер.

Уретроцистоскопия немесе цистоуретроскопия - бұл эндоскопиялық зерттеу, яғни патологияны анықтау үшін оптиканы пайдалана отырып, уретраның қабырғаларын, қуық пен мочевиналық саңылауларды визуалды тексеру. Бұл диагностикалық процедура, бірақ ол патологиялық ошақтар анықталған және дәрі-дәрмек енгізілген кезде биоматериалдың мақсатты сынамасын алуға мүмкіндік береді (бір уақытта биопсия).

Зерттеу қуық қуысын тексеріп қана қоймай, сонымен қатар оң және сол саңылаулардан шығарылатын несепардың табиғаты бойынша әр бүйректің қызметін бөлек бағалауға мүмкіндік береді, өйткені олар қуыққа ашылады және процедура кезінде анық көрінеді. Оны простата аденомасын диагностикалаудың көмекші әдісі ретінде қолдануға болады - цистоскопияның медициналық көрсеткіштері өте кең.

Қашан өткізіледі?

Процедура кез келген жаста тағайындалуы мүмкін және несеп-жыныс жүйесінің көптеген ауруларының негізгі диагностикалық әдісі болып табылады, қауіпсіз зерттеу әдістері (УДЗ, радиация, магнитті-резонансты бейнелеу) қажетті ақпаратты бермеген кезде. Егер тастар анықталса, оларды арнайы қысқыштар немесе электрорезекция арқылы алып тастауға болады, ал ісіктер гистологиялық зерттеуге жіберіледі.

Шырышты қабықтың ойық жаралы зақымдануы болған жағдайда зақымдалған жерлерді электрокоагуляциялау (каутеризация) жасалуы мүмкін.

Қуық асты безінің ісіктері мен қабыну аурулары үшін ерлерде цистоскопия қуық пен уретраның патологиялық процеске қатысу дәрежесі мен сипатын анықтауға көмектеседі.

Көрсеткіштері:

- Цистит және уретрит: зәр шығару кезінде ауырсыну, күйдіру және кесу, бел омыртқаның ауырсынуы, зәрдің аздаған бөліктерімен бірге дәретханаға жиі бару.
- Қуық ісіктері: белгілері циститке ұқсас, бірақ уретрадан немесе зәрден жағындыны тексергенде атипті жасушалар табылды.
- Простатит, қуық асты безінің аденомасы: жиі зәр шығару, қуықтың толық босамауы сезімі, зәрді ұстай алмау/ұстап қалу, түнгі тоқырау (түнде жиі зәр шығару)
- Ерлердегі жыныстық бұзылулар (ерлер бедеулігі): тұқымдық туберкулездің жағдайын бағалау
- Қуықтағы тастардың локализациясы бар уролитияға күдік: іштің төменгі бөлігіндегі ауырсыну және құрысулар, кішігірім бөліктерде қиын ауырсынатын зәр шығару, қуықтың жеткіліксіз

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SKMA 2009	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казакстанская медицинская академия»
«Мейіргер ісі-1» кафедрасы	№72/11 ()	
Дәріс кешені	32 беттің 22 беті	

босатылу сезімі, зәрдің ақшыл реңкіне дейін бұлдырлығы, тұз кристалдарының пайда болуы. несепте (кристаллурия)

- Энурез – психикалық және неврологиялық патологиялар болмаған кезде төсек сулануы (зәр шығару ұйқы кезінде пайда болады)
- Пиурия – зәрдегі іріңнің бөлінуі (сұйықтықта бөгде жарық ұйығыштарының пайда болуы, лайлануы)
- Гематурия – жарақатсыз зәрдегі қан (сұйықтықтың түсі мен мөлдірлігінің өзгеруі, қан ұйығыштарының пайда болуы)
- Несеп-жыныс жүйесінің аномалиялары немесе оларға күдік - резервуар мен зәр шығару жолдарының көлемі мен пішінін бағалау
- Емдеу тиімділігін бағалау

Қарсы көрсеткіштер

Қарсы көрсеткіштер бұл жағдайларда цистоскопия басқа әдістер ақпараттылық болмаса ғана көрсетіледі.

- Қуықтағы (жедел цистит), уретрадағы (жедел уретрит), қуық астындағы (жедел простатит), аталық бездегі (жедел орхит) – ерлерде, жатыр мен қосалқылардағы – әйелдерде, қызба кезіндегі жедел қабыну процестері.
- Белгісіз этиологиядағы уретрадан қан кету
- Несепағар мен қуықтың жарақаттары
- Гемостаз жүйесінің бұзылуы (гемофилия)

Цистоскопия кезіндегі терапиялық манипуляциялар

Цистоскопия диагностикалық процедура болғанына қарамастан, оның көмегімен, барлық дерлік эндоскопиялық зерттеулер сияқты, кейбір терапевтік манипуляцияларды жасауға болады:

- Ұсақ тастарды ұсақтау және алу
- Жара беттерін бір мезгілде коагуляциялау арқылы полиптерді, ұсақ ісіктерді одан әрі зерттеумен жою.
- Несепағар, қуық эрозиялары мен жараларының коагуляциясы
- Қанмен, іріңмен немесе ұсақ тастармен бітелгенде, тромбтарды немесе бөгде заттарды алып тастау және зәр шығару жолдарының ашықтығын қалпына келтіру.
- Дәрілік ерітінділерді енгізу, қуық пен уретраны шаю (зерттеу үшін жуу суы да жиналады)

Қалай дайындалу керек?

Анестезия кезіндегі цистоскопия алдын-ала (10-12 сағат бұрын) тамақ пен сұйықтықты қабылдаудан бас тартуды (3-4 сағат бұрын) талап етеді, процедурадан кейін қалпына келтіру үшін уақыт қажет, сондықтан жеке көлікті пайдалану ұсынылмайды. назар аударуды қажет ететін ықтимал қауіпті әрекеттер.

Анестезиясыз цистоскопия арнайы дайындықты қажет етпейді: үйден шықпас бұрын жыныс мүшелерін дәретханадан өткізіп, аш қарынға келу жеткілікті. Процедурадан бұрын қуықты босату керек.

Анестезия түрін таңдау көрсеткіштерге байланысты болады: анестезиямен немесе «ұйқы кезінде» цистоскопия оңай қозатын немесе психикалық тұрақсыз науқастарға көрсетіледі. Анестезия жалпы немесе жұлын болуы мүмкін (дененің төменгі жартысы ғана, төменгі арқадан, сезімталдықты жоғалтады, сана сақталады).

Ерлердің уретрасының құрылымы біршама күрделі болғандықтан (ол әйелдерге қарағанда 6 есе ұзағырақ болуы мүмкін), ауырсынуды жою үшін ерлерде цистоскопия үшін жиі жұлын немесе жалпы анестезия ұсынылады. Сондай-ақ, егер ұзақ мерзімді тексеру күтілсе, анестезия ұсынылуы мүмкін, егер зерттелетін адамның қуығының сыйымдылығы аз (150 мл немесе одан аз) болса, көптеген ісіктерді алып тастау.

Процедура қалай орындалады?

- Диагноз қоюды бастамас бұрын зерттелушіге зарарсыздандырылған халат кигізеді, оны шешіндіріп, диванға шалқасынан жатуды сұрайды, тізесін бүгіп, тексеру қалай өтетінін және осы процесте қандай сезімдер пайда болатынын түсіндіреді.

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Мейіргер ісі-1» кафедрасы		№72/11 ()
Дәріс кешені		32 беттің 23 беті

• Сыртқы жыныс мүшелері антисептикалық ерітінділермен өңделеді, сырғуды жақсарту үшін эндоскопты глицеринмен майлайды. Ерлер үшін резеңке түтігі бар шприц арқылы уретраға анестетик енгізіледі және қысқыш анестетикалық әсер басталғанша ұсталады (шамамен 10 минут).

Процедура техникасы құрал түріне байланысты өзгереді. Қатты және икемді эндоскопия бар.

• Қуықтың қатты эндоскопиясы ұзын (30 см) металл түтіктегі қатты эндоскоптың көмегімен орындалады. Бұл эндоскоп тіндерді жақсы түзетеді, тексеруді жеңілдетеді, бірақ жарақаттанады және зерттелетін адамға, әсіресе ер адамдарға көбірек ыңғайсыздық тудырады. Жамбас мүшелерінің үлкен ісіктері немесе жүктілік кезінде қатаң эндоскоп қолданылмайды. Қатты цистоскопия кезінде уретраға эндоскоптық түтік енгізіледі және қуыққа сұйықтық беріледі, ол бір уақытта оны жуады және шырышты қабаттың қатпарларын түзетеді, визуализацияны жақсартады. Сұйықтықты беру және ағызу үшін эндоскоп түтігіне екі жақты клапан қосылады, өйткені қуыста қоршаған ортаны бұлтты ететін ірің немесе қан болса, зерттеу алдында органды тазалау керек.

• Икемді эндоскопияда икемді эндоскоп – оптикасы бар полимерлі материалдан жасалған жылжымалы жұқа түтік және соңында шам қолданылады. Құрылғы дененің қисықтарын ұстанады, сондықтан жету қиын жерлерге оңай енеді, бұл емтиханды өте ақпараттандырады. Бұл әдіс жарақаттарды азайтуға және процедура кезінде ауырсынуды жоюға мүмкіндік береді. Әйелдердегі қуықтың цистоскопиясы. Әдетте, әйелдерде цистоскопия қиындық тудырмайды және жалпы анестезияны қажет етпейді, өйткені әйелдің уретрасы түзу және қысқа (5 см-ге дейін). Ауырсынуды жеңілдету үшін эндоскоп түтігіне жергілікті анестетик қолданылады. Қиындықтар жатырдың үлкен ісіктері болған кезде немесе жүктіліктің соңында, жатыр қуықты қысып, оның конфигурациясын өзгерткен кезде пайда болады. Бұл жағдайда икемді эндоскопияны қолдану көрсетілген. Жүктілік кезінде емтихан тек өмірлік маңызды себептер бойынша жүргізіледі, өйткені жамбас мүшелеріне кез келген араласу өздігінен түсік түсіруге әкелуі мүмкін.

Ерлердегі қуықтың цистоскопиясы. Ерлердің уретрасының ұзындығы 17-ден 22 см-ге дейін өлшенеді, сондықтан зерттеу эндоскописттен ерекше күтім мен тәжірибені қажет етеді, әсіресе құралды енгізу сатысында. Процедура кезінде операциялық бөлмеде үнемі анестезиолог болуы керек, ол тексеру кезінде қатты ауырсынуды сезінсе, науқасты анестезиялай алады.

Балалар үшін қуықтың цистоскопиясы ересектерге қарағанда әлдеқайда жұқа икемді педиатриялық эндоскоппен және тек тәжірибелі педиатрлық диагностикамен ғана жүргізіледі.

Процедураның салдары

Анестетикті қолданғаннан кейін пациенттер әдетте зәр шығару жолында аздап ыңғайсыздық пен күйдікті сезінеді, зәр шығару кезінде күшейеді (әсіресе ерлерде цистоскопиядан кейін) және дәретханаға жиі баруға шақырады. Қатты эндоскопты пайдаланғаннан кейін ашық қызғылт шырыш бөлінуі мүмкін. Ауырсынуды азайту үшін тұтынылатын сұйықтық мөлшерін көбейту ұсынылады (бұл өз кезегінде зәр концентрациясын төмендетеді) және бір реттік ауырсынуды қолдану.

Егер симптомдар үш күн ішінде өтпесе немесе жаңа қанның ағуымен, қалтыраумен немесе қызбамен бірге жүрсе, сіз дереу емханаға оралуыңыз немесе дәрігерді шақыруыңыз керек.

МЕДСИ-да процедураны өткізудің артықшылықтары:

• Клиника дәрігерлерінің жоғары беделін ескере отырып, цистоскопия бағасы Мәскеудегі жеке клиникаларда қызмет көрсетудің орташа құны деңгейінде.

• Аумақтық қолжетімділік

• Бір филиалда процедураға дейін және одан кейін сараптама жүргізу және маманның кеңесін алу мүмкіндігі

• Асқынулардың алдын алу және бақылау, қалауы бойынша немесе көрсеткіштері бойынша стационарға жатқызу

• Үлкен тәжірибесі бар тәжірибелі диагностикалық дәрігерлер, педиатр мамандарының болуы

• Әдепті қызметкерлер, техникалық және мейірімді қызмет көрсету

4. Көрнекі материалдар: 15-20 слайд

5. Әдебиеттер: Соңғы бетті қараңыз.

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Мейіргер ісі-1» кафедрасы		№72/11 ()
Дәріс кешені		32 беттің 24 беті

6.Бақылау сұрақтар (кері байланыс):

- Цистоскопия дегеніміз не?
- Цистоскопияға қарсы көрсеткіштер?

№11 дәріс

1.Тақырыбы: Науқасты УДЗ дайындау ережесі.

2.Мақсаты: Студенттерді ультрадыбыстық зерттеуге науқасты дайындау ережелеріне үйрету

3.Дәріс тезистері:

- УДЗ туралы жалпы түсінік
- Ультрадыбысты жүргізуге көрсеткіштер
- Ультрадыбысты жүргізуге қарсы көрсеткіштер

Ультрадыбысты зерттеу әдістері

Қазіргі уақытта ультрадыбыстық зерттеу әдісі пациенттер арасында ең танымал зерттеу әдістерінің бірі және клиникалық дәрігерлер арасында дәлелді медицинаның ең жиі қолданылатын әдісі болып табылады. Ультрадыбыстық бағдарламаларды құрудағы техникалық прогресті жақсартудың арқасында кейбір патологиялық процестерді диагностикалаудағы әдістің сезімталдығы мен ерекшелігі 100% сенімділікке жетеді. Әдістің танымал болуы науқас үшін әдістің салыстырмалы зиянсыздығы, диагностикалық процедура кезінде жеткілікті жайлылық, сондай-ақ организмдегі белгілі бір патологиялық процестерді анықтаудағы жоғары сенімділік арқасында мүмкін болды.

Ультрадыбыстық зерттеудің әдістемелік ерекшелігі оны диагностикалық әдіс ретінде пайдалануға мүмкіндік береді:

Ø скринингтік зерттеулер жүргізу кезінде, тексеру пациенттерден шағымдар болмаған кезде жүргізілгенде

Ø халық өміріне қауіп төнген патологиялық жағдайлар туындаған кезде шұғыл көмек көрсету кезінде

Ø науқастарда қандай да бір аурудың клиникалық көріністері болған кезде оларға жоспарлы диагностикалық және емдік көмек көрсету кезінде

Ультрадыбыстық әдіс әрқашан негізгі болып табылмайды, бірақ басқа аспаптық диагностикалық әдістермен бірге қолданғанда оны қосымша әдіс бола отырып, патологиялық жағдайды диагностикалаудың тең критерийі ретінде пайдалануға болады.

Ультрадыбыстық әдістің сенімділігі, егер зерттеудің дұрыс мақсаты қойылса және пациент осы немесе басқа зерттеу түріне барабар дайындалған болса, әрқашан артады.

ЖАЛПЫ ТҮСІНІКТЕР:

Ультрадыбыстық зерттеу радиациялық зерттеу әдістеріне жатады. Ультрадыбысты зерттеу әдісі екі компоненттен тұратын ультрадыбыстың адам ұлпаларымен өзара әрекеттесуіне негізделген: біріншісі - зерттелетін тіндерге бағытталған ультрадыбыстық импульстардың эмиссиясы, екіншісі - ультрадыбыстық импульстардың сәулеленуі, екіншісі - ультрадыбыспен шағылысқан сигналдар негізінде кескіннің қалыптасуы. тіндер.

Ультрадыбыстық зерттеудің ұзақтығы нормативтік құжаттармен реттеледі, өйткені радиацияның пациентке әсері ультрадыбыстық зерттеу уақытына тікелей байланысты. Науқастың тиісті дайындығы арқасында құрылғыда жоғары сапалы кескінді жылдам алуға және ультрадыбыстық диагностикалық сессияны жылдам аяқтауға болады.

Зерттеу барысында санитарлық-эпидемиологиялық сертификаты бар арнайы ультрадыбыстық гель қолданылады.

Интракавитарлы процедуралар кезінде аурудың таралу қаупін жою үшін сенсор үшін арнайы бір реттік стерильді қақпақтар қолданылады.

Тестілеуден кейін қызметкерлер барлық тиісті тазалау және дезинфекциялау процедураларын орындайды.

Ультрадыбыстық ӘДІСТЕРДІҢ СИПАТТАМАСЫ ЖӘНЕ ДАЙЫНДАУ СТАНДАРТЫ

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Мейіргер ісі-1» кафедрасы		№72/11 ()
Дәріс кешені		32 беттің 25 беті

Кез келген ультрадыбыстық зерттеуді жүргізген кезде науқаста емтихан мақсатын, диагнозын және зерттеу аймағын көрсететін клиникалық дәрігерден тексеруге жолдама болуы керек.

Құрсақ қуысының ультрадыбыстық зерттеуі (АБП - абдоминальды органдар) - құрсақ қуысының паренхималық мүшелерін зерттеу. Бауыр, ұйқы безі және көкбауыр зерттеледі, зерттеу хаттамасына өт қабы мен өт жолдарын зерттеу кіреді. Бүйректер анатомиялық жағынан ретроперитонеумда орналасқан, бірақ олар әдетте жоғарыда аталған құрсақ қуысы мүшелерімен бірге зерттеледі.

Жоспарлы немесе скринингтік зерттеуге дайындық (профилактикалық тексерулер, клиникалық тексерулер кезінде):

1. Зерттеуден 1-3 күн бұрын:

Ø рационнан майлы тағамдарды, газ түзілуін жоғарылататын тағамдарды (сүт, қара нан және т.б.) немесе құрамында ірі талшықтары бар (шикі көкөністер, жемістер, шырындар) алып тастау;

Ø Эспумисанды күніне 3 рет 2 капсуладан зерттеуге дейін, 2 капсуладан зерттеу күні таңертең қабылдау (қауымдастықтың ресми ұсыныстары, 24 қараша 2004 ж.)

1. УДЗ қатаң түрде аш қарынға, күннің бірінші жартысында жүргізіледі: науқас су ішуге және тамақ ішуге болмайды.

2. Түстен кейін ультрадыбысты жүргізгенде тамақ қабылдау ультрадыбыстық зерттеуден 4 сағат бұрын тоқтатылады. Таңертең майлы тағамдарды, сондай-ақ газ түзілуінің жоғарылауын тудыратын (сүт, қара нан және т.б.) немесе құрамында ірі талшықтар (шикі көкөністер, жемістер, шырындар) бар тағамдарды жеуге болмайды.

3. Іш қуысы мүшелерінің ультрадыбыстық зерттеуі гастроскопия мен колоноскопиядан кейін бірден жүргізілмейді.

4. Бариймен асқазанды немесе ішекті рентгендік зерттеуден кейін үш күннен кейін УДЗ жасалады.

Бүйректің ультрадыбыстық зерттеуі - оң және сол бүйректі, перинефриялық кеңістікті және бүйрек үсті бездерін зерттеу.

1. Зерттеуден 1-3 күн бұрын:

Ø рационнан майлы тағамдарды, газ түзілуін жоғарылататын тағамдарды (сүт, қара нан және т.б.) немесе құрамында ірі талшықтары бар (шикі көкөністер, жемістер, шырындар) алып тастау;

Ø эспумисанды күніне 3 рет 2 капсуладан зерттеуге дейін, 2 капсуладан зерттеу күні таңертең қабылдау (қауымдастықтың 2004 жылғы 24 қарашадағы ресми ұсыныстары).

1. УДЗ қатаң түрде аш қарынға, күннің бірінші жартысында жүргізіледі: науқас су ішуге және тамақ ішуге болмайды.

2. Түстен кейін ультрадыбысты жүргізгенде тамақ қабылдау ультрадыбыстық зерттеуден 4 сағат бұрын тоқтатылады. Таңертең майлы тағамдарды, сондай-ақ газ түзілуінің жоғарылауын тудыратын (сүт, қара нан және т.б.) немесе құрамында ірі талшықтар (шикі көкөністер, жемістер, шырындар) бар тағамдарды жеуге болмайды.

Әйелдердегі жамбас мүшелерінің ультрадыбыстық зерттеуі - жатырдың, аналық бездердің, фаллопиялық түтіктердің, параметрлік және параовариальды кеңістіктердің зерттеуі.

Жамбас мүшелерінің ультрадыбыстық зерттеу уақытын тікелей емдеуші дәрігер анықтайды.

Бұл алға қойылған мақсаттарға байланысты. Стандартты жағдайларда емтихан етеккір циклінің бесінші және жетінші күндері арасында жүргізіледі. Фолликулдың дұрыс пісіп-жетілуін бағалау үшін маман етеккір циклі кезінде бірнеше рет жамбас мүшелерінің ультрадыбыстық зерттеуінен өтуді ұсынуы мүмкін. Қалыпты емес жатырдан қан кету жағдайында тексеру етеккір циклінің күніне қарамастан, жақсырақ гинекологтан медициналық көмекке жүгінген күні жүргізіледі. Менопаузадағы әйелдер үшін ультрадыбыстық зерттеу уақытын гинеколог анықтайды.

Әйелдерде жамбас мүшелеріне операция жасаудың екі әдісі бар:

Ø Трансабдоминальды – іштің алдыңғы қабырғасы арқылы

Ø Трансвагинальды – қынап қабырғалары арқылы

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SKMA 2007	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Мейіргер ісі-1» кафедрасы		№72/11 ()
Дәріс кешені		32 беттің 26 беті

Трансабдоминальды зерттеу үшін зерттеуден екі сағат бұрын бір литр газсыз су ішу керек және зәр шығаруға болмайды, қуықтың жеткілікті толтырылуы - кемінде 350-450 мл көлемі. Трансабдоминальды зерттеуге арналған қуықты катетермен толтыруға жол берілмейді, өйткені бұл толтыру әдісімен қуық эллипс пішінін алады, бұл аналық бездерді және параметрлік кеңістікті елестетуге мүмкіндік бермейді; алынған ақпараттың сенімділігі мен көлемі. өте төмен.

Трансвагиналды зерттеу үшін қуықта сұйықтық болмауы керек. Сондықтан тексеруден бұрын перинэяға арналған гигиеналық процедураларды орындау және қуықты босату қажет. Визуализацияны жақсарту үшін семіздікпен ауыратын науқастарға эспумизанды зерттеу қарсаңында, зерттеуге дейін күніне 3 рет 2 капсуладан, зерттеу күні таңертең 2 капсуладан қабылдау ұсынылады (қауымдастықтың ресми ұсыныстары, 24 қараша. , 2004)

Барий бар асқазанды немесе ішекті рентгендік зерттеуден кейін үш күннен кейін TVI жүргізіледі.

Ерлерде жамбас мүшелерінің ультрадыбыстық зерттеуі – қуық асты безін, тұқымдық көпіршіктерді, қуықты тексеру, қуықты босатқаннан кейінгі қалдық зәрдің көлемі анықталады. Қажет болса, бүйректің ультрадыбыстық зерттеуі жүргізіледі.

Ерлерде жамбас мүшелеріне операция жасаудың екі жолы бар:

Ø Трансабдоминальды – іштің алдыңғы қабырғасы арқылы

Ø Трансректалды (TRUS) – тік ішек қабырғасы арқылы

1. Трансабдоминальды зерттеу үшін зерттеуден екі сағат бұрын бір литр газсыз су ішу керек және зәр шығармау керек, қуықтың жеткілікті түрде толтырылуы - кемінде 300-400 мл көлемі.

2. Трансректалды зерттеу (TRU) үшін тік ішекті нәжістен тазалау қажет:

Ø Тексеруден 8-12 сағат бұрын тазартқыш клизма жасалады немесе ультрадыбыстық зерттеу алдында кешке «Фортранс» ішеді - ішекті зерттеуге дайындық сияқты.

Ø Зерттеуден 3-4 сағат бұрын зәр шығаруға болмайды

Ø периналық гигиеналық процедураларды орындау қажет

Зерттеу күні тазарту клизмасын жүргізуге жол берілмейді, өйткені әдістің ақпараттық мазмұны күрт төмендейді және зерттеудің диагностикалық мәні жоқ.

Барий бар асқазанның немесе ішектің рентгенографиясынан кейін TRUS үш күннен кейін орындалады.

Қалқанша безінің ультрадыбыстық зерттеуі - қалқанша безінің оң және сол жақ бөліктері, итерма, аймақтық лимфа түйіндері зерттеледі - зерттеуге дайындық қажет емес, зерттеу кез келген уақытта жүргізіледі.

Сүт бездерінің ультрадыбыстық зерттеуі - оң және сол сүт бездерін, аймақтық лимфа ағу аймақтарын зерттейді.

Зерттеу кез келген жаста жүргізіледі

Менструальдық циклі бар 40 жасқа дейінгі науқастарда зерттеу етеккір циклінің басынан бастап 3-5 күн ішінде жүргізіледі. Дәрігер етеккір циклінің кез келген күнінде массаны пальпациялағанда.

Менструальдық циклі бар 40 жастан асқан науқастарда маммография нәтижелерімен етеккір циклінің басынан бастап 3-5 күн ішінде зерттеу жүргізіледі. Дәрігер етеккір циклінің кез келген күнінде массаны пальпациялағанда.

40 жастан асқан науқастарда маммография нәтижелері кез келген күні етеккір циклі жоқ. Дәрігер маммографиясыз массаны пальпациялағанда түзілімнің пальпация аймағының нақты локализациясын көрсететін нәтижелер.

Бүйректерді дуплексті сканерлеу – бүйрек артериясы мен венасындағы, бүйрекшілік артериялардағы қан ағымының параметрлерін зерттеу

1. Зерттеуден 1-3 күн бұрын:

Ø рационнан майлы тағамдарды, газ түзілуін жоғарылататын тағамдарды (сүт, қара нан және т.б.) немесе құрамында ірі талшықтары бар (шикі көкөністер, жемістер, шырындар) алып тастау;

Ø Тамақтану кезінде кез келген фермент

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Мейіргер ісі-1» кафедрасы		№72/11 ()
Дәріс кешені		32 беттің 27 беті

Ø эспумисанды күніне 3 рет 2 капсуладан зерттеуге дейін, зерттеу күні таңертең 2 капсуладан қабылдау.

1. УДЗ қатаң түрде аш қарынға, күннің бірінші жартысында жүргізіледі: науқас су ішуге және тамақ ішуге болмайды.

4. Көрнекі материалдар: 15-20 слайд

5. Әдебиеттер: Соңғы бетті қараңыз.

6.Бақылау сұрақтар (кері байланыс):

- Ультрадыбыс дегеніміз не?
- Ультрадыбысты дұрыс өткізуді не анықтайды?

№12 дәріс

1. Тақырыбы: Бронхография және рентгенологиялық зерттеуге науқасты дайындау.

2. Мақсаты: Студенттерді науқастарды бронхографияға және рентгендік тексеруге дайындауға үйрету

3. Дәріс тезистері:

- Рентгендік зерттеулерге дайындық
- Асқазан мен он екі елі ішектің рентгендік зерттеуі (гастроскопия)

Соңғы тамақ бір күн бұрын 20:00-ден кешіктірмей.

Тұрақты іш қату және метеоризм болса, сынақтан 1,5-2 сағат бұрын тестке кешке дейін тазарту клизмасын жасаңыз.

Таңертеңгі ас пен дәрі-дәрмектен аулақ болыңыз

Тоқ ішекті рентгендік зерттеу (ирригография)

1 әдіс:

Сынақ алдында кешке 1 сағат аралықпен екі тазартқыш клизма жасаңыз

Тексеру күні таңертең 1-2 тазарту клизмасын жасаңыз (тексеруден 2 сағаттан кешіктірмей).

Диетадан газдың пайда болуына ықпал ететін тағамдарды (көкөністер, жемістер, тәттілер, сүт, қоңыр нан) алып тастаңыз.

Дәрігер тағайындағандай - белсендірілген көмір.

Сынақ алдында түстен кейін сұйықтықты тұтынуды 1 литрге дейін шектеңіз.

Тазалау: таңертең (1-2) сынақтан 2 сағат бұрын кешіктірмей клизма.

2-әдіс (ФОРТРАНС препаратын қолдану):

Егер зерттеу таңертең жүргізілсе: Фортранс препаратының төрт пакетінің әрқайсысын бір литр суда (барлығы 4 литр) ерітіңіз. Дайындалған ерітіндіні сағатына 1 литрден 15:00-ден 19:00-ге дейін ішіңіз. Тамақ ішуге тыйым салынады. Бұл ретте аз мөлшерде су мен тұндырылған шырындарды ішуге болады. Тоқ ішекті тазарту табиғи жолмен жүреді.

Егер зерттеу түскі уақытта жүргізілсе: препаратты қабылдауды 17-ден 21 сағатқа ауыстыру керек.

Өт қабы мен өт жолдарын рентгендік зерттеу (ауызша холеграфия)

(соңғы уақытта сирек жасалады)

Зерттеу алдында кешке тазарту клизмасы беріледі.

10 минут аралықпен 20-дан 21 сағатқа дейін. контраст агентінің алты таблеткасын алыңыз (йодогность, билигнин және т.б.), егер пациент семіз болса, доза екі еселенеді.

Зерттеу күні тамақ ішуге және ішуге болмайды.

Таңертең таблетка қабылдауға болмайды.

Рентген бөлмесіне таңғы аспен келіңіз (2 шикі жұмыртқа, немесе 100 грамм майлы қаймақ, немесе 20 грамм сары май және 1 тілім нан).

Бүйректің рентгендік зерттеуі (экскреторлы ішілік урография)

Диетадан газдың пайда болуына ықпал ететін тағамдарды (көкөністер, жемістер, тәттілер, сүт, қоңыр нан) алып тастаңыз. Дәрігер тағайындағандай, карбон, белсендірілген көмір.

Сынақ алдында түстен кейін сұйықтықты тұтынуды 1 литрге дейін шектеңіз.

Таңертең және кешке тазартатын клизмалар.

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Мейіргер ісі-1» кафедрасы		№72/11 ()
Дәріс кешені		32 беттің 28 беті

Бронхоскопияға дайындық

Өкпенің бронхоскопиясы - тыныс алу жүйесінің шырышты мүшелерін диагностикалық зерттеуге мүмкіндік беретін және терапевтік мақсаттарда қолданылатын күрделі процедура. Процедура барысында сіз трахея мен бронхты ішінен тексеріп, цитологиялық немесе гистологиялық талдау үшін күдікті тіннің бір бөлігін алып тастай аласыз. Дәрілік мақсаттар үшін тыныс жолдарын шырыштан тазартыңыз немесе бөтен денені алып тастаңыз. Бронхоскопия манипуляция болып табылады және тек ауруханада жүргізіледі. Бүгінгі күні бронхоскопия трахеобронхиальды ағашты зерттеудің ең тиімді әдісі болып табылады.

Зерттеу алдында диагностикалық шаралар

Бронхоскопия алдында науқасты дайындау өте маңызды. Диагностика кезінде асқынуларды болдырмауға және ақпараттандыратын нәтижелерге қол жеткізуге мүмкіндік береді. Процедурадан бұрын науқас қосымша тексеруден өтіп, бірқатар сынақтардан өтуі керек. Бұл бронхоскопия кезінде қолданылатын ерітінділер мен препараттарға қарсы көрсеткіштер мен аллергияны анықтау үшін қажет.

Бронхоскопия жасамас бұрын сізге қажет:

- рентген және электрокардиография жасаңыз
- биохимиялық қан анализін алыңыз
- зәрдің клиникалық сынамасын тапсыру

Дәрігер науқастың толық клиникалық көрінісін алу үшін емтиханға дайындық кезінде қосымша процедураларды тағайындай алады.

Бронхоскопияға дайындық кезеңдері

Процедурадан бұрын кешке, егер пациент алаңдаушылық пен нервоздықты сезінсе, дәрігер седативтерді тағайындай алады. Ұйқысыздық үшін ұйқы таблеткалары процедурадан бұрын тағайындалады.

Бронхоскопия әдетте таңертең тағайындалады және аш қарынға жасалады. Процедурадан 8 сағаттан кешіктірмей, соңғы тамақ.

Процедурадан бірнеше сағат бұрын микроклизмалар немесе арнайы суппозиторийлер арқылы қуық пен ішектерді босату керек.

Процедурадан бұрын темекі шегуге тыйым салынады, себебі түтін зерттеу кезінде сенімсіз суретті тудыруы мүмкін.

Тексеру кезінде өзіңізбен бірге таза орамал немесе шарф болған жөн. Процедура барысында қысқа мерзімді гемоптизия, сондай-ақ процедура кезінде қолданылатын арнайы медициналық ерітіндінің жөтел болуы мүмкін.

Қант диабетімен ауыратын науқастар бірінші таңертеңгі инъекцияны өткізіп жіберуі керек. Ұстамамен ауыратын науқастар процедурадан бірнеше күн бұрын құрысуларды тежейтін дәрілерді қабылдауы керек.

Бронхоскопиядан кейін

Бронхоскопиядан кейін науқас дәрігердің бақылауында болуы керек. Тексеру кезінде жергілікті анестезия жүргізіледі, операциядан кейін жұтыну кезінде ауырсыну сезілуі мүмкін, сөйлеудің бұзылуы байқалады, 2-3 сағаттан кейін бәрі қалпына келуі керек. Процедурадан кейін қысқа мерзімді гемоптиз қалыпты.

Бронх демікпесі бар науқастарды мұқият емдеу керек, өйткені оларда ұстама болуы мүмкін және жақын жерде ингалятор болуы маңызды.

Жүрек-қан тамырлары аурулары бар науқастар жүректегі ауырсынуды сезінуі мүмкін.

Бронхоскопия кезінде қолданылатын препараттар реакцияны 8 сағатқа дейін бәсеңдетуі мүмкін, сондықтан операциядан кейін көлікті басқаруға немесе өмірге қауіп төндіретін жұмыстарды орындауға болмайды. Бір күн бойы темекі шегуден бас тарту керек.

Қашан сақ болу керек

Процедурадан кейін келесі белгілер пайда болса, жедел жәрдем шақыру керек:

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SKMA 1999	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Мейіргер ісі-1» кафедрасы	№72/11 ()	
Дәріс кешені	32 беттің 29 беті	

- Қан кету 5 сағаттан астам уақытқа созылады және қарқынды.
- Кеудедегі ауырсыну ұзақ уақыт бойы сезіледі.
- Жоғары температура
- Тыныс алудың қиындауы және сырылдар
- Жүрек айну және құсу.

Бұл белгілер денеде инфекцияны немесе бронхта қан кетуді көрсетуі мүмкін. Шұғыл түрде дәрігермен кеңесу керек.

4. Көрнекі материалдар: 15-20 слайд

5. Әдебиеттер: Соңғы бетті қараңыз.

6.Бақылау сұрақтар (кері байланыс):

- Бронхоскопия жасау себебі?
- Рентгендік зерттеудің себебі?

№13 дәріс

1. Тақырыбы: Клиникалық синдромдар

2. Мақсаты: Студенттерді клиникалық синдромдарға үйрету

3. Дәріс тезистері:

- Қалыпты өкпе тінінің синдромы
- Консолидацияланған өкпе синдромы
- Бронхиальды обструкция синдромы

Синдром – бір даму механизмімен (патогенезімен) біріктірілген белгілердің жиынтығы. Тыныс алу жүйесінің аурулары үшін келесі синдромдар ажыратылады: 1. Қалыпты өкпе тінінің синдромы. 2. Өкпе тінінің тығыздалуы синдромы. 3. Бронхообструкция синдромы. 4. Өкпе тінінің ауалылығының жоғарылау синдромы. 5. Плевра қуысында сұйықтықтың жиналу синдромы. 6. Өкпе тініндегі қуыс синдромы. 7. Обструктивті ателектаз синдромы. 8. Компрессиялық ателектаз синдромы. 9. Тыныс алу жеткіліксіздігі синдромы. 10. Плевра қуысында ауа жиналу синдромы. 11. Тұтқыр экссудатпен бронхтардың тарылу синдромы. 12. Фиброторакс синдромы немесе мооринг. Белгілі бір өкпе синдромы үшін белгілер жиынтығы негізгі әдістерді (жалпы тексеру, кеуде қуысын тексеру, пальпация, перкуссия, аускультация) және қосымша (кеуде қуысының рентгенографиясы, қан және қақырықты тексеру) зерттеу әдістерін қолдану арқылы анықталады.

ҚАЛЫПТЫ ӨККЕНІҢ ТІНДЕРІ СИНДРОМЫ Шағымдары: жоқ. Кеуде қуысын тексеру: кеуде қуысы дұрыс пішінді, кеуденің екі жартысы симметриялы, тыныс алу актісіне бірдей қатысады. Тыныс алу қозғалысының саны минутына 16-18. Тыныс алуы ырғақты, тыныс алу түрі аралас. Пальпация: кеуде қуысы ауырсынусыз, эластикалық. Дауыс треморы екі жақтан бірдей жақсы орындалады. Перкуссияда: өкпе тінінің барлық бетінде анық өкпелік дыбыс анықталады. Аускультацияда: өкпе тінінің бүкіл бетінде везикулярлы тыныс естіледі, жағымсыз тыныс дыбыстары жоқ. Рентгенограммада: өкпе тіндері мөлдір. Қан мен қақырықты зерттеу: өзгеріс жоқ.

Тығымдалған ӨКПЕ СИНДРОМЫ

Себептері: 1. ошақты пневмония (бронхопневмония); 2. өкпе инфарктісі (альвеолалар қанға толады) 3. пневмосклероз, карнификация (өкпе тінінің дәнекер немесе ісік тінімен бірге өсуі); 4. туберкулез; 5. ателектаз; 6. тромбоземболия және инфаркт дамуы – пневмония. Шағымдары: кеудедегі ауру сезімі, еңтігу, жөтел. Қарап тексергенде: цианоз, зақымданған жағында кеуде жартысының артта қалуы. Пальпация: дауыс треморы төмендеген, зақымдану аз болса, қалыпты болуы мүмкін. Перкуссия: күңгірт немесе күңгірт; шағын фокуспен бұл қалыпты болуы мүмкін. Аускультацияда: басқа аймақта бронхиалды тыныс, әлсіреген везикулярлы тыныс, кейбір аймақта тыныс жоқ, барлық патологиялық шулар: ылғалды сырылдар, крепит, плевра үйкеліс шуы. Рентгенограмма: өкпе тінінің қабыну инфильтрациясының ошақтары қалыпты өкпе тінінің аймақтарымен алмасады,

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SKMA 2007	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казakhstanская медицинская академия»
«Мейіргер ісі-1» кафедрасы	№72/11 ()	
Дәріс кешені	32 беттің 30 беті	

«зақымданған сегменттегі» өкпе суреті күшеюі мүмкін. Қан анализі: орташа лейкоцитоз, ЭТЖ жеделдетілген. Қақырықты тексеру: қақырық шырышты, қан жолақтары болуы мүмкін, лейкоциттер мен эритроциттер саны аз.

БРОНХИЯЛЫҚ ОБСТРУКЦИЯ СИНДРОМЫ

Себептері: 1. Бронхиалды астма. 2. Обструктивті бронхит және басқа ӨСОА. Шағымдары: жөтел, еңтігу. Қарап тексергенде: тұтқыр қақырықпен пароксизмальды жөтел, дем шығару кезінде еңтігу немесе тұншығу (экспираторлық еңтігу), науқастың отыру немесе тұру мәжбүрлі жағдайы (ортоптикалық) қолына баса назар аударылады. Қосалқы бұлшықеттер қатысады: бұғана үсті, бұғана асты және қабырға аралық. Дем шығаруда ұзақ сырылдар, бет, ерін, саусақ ұшы цианозы, мойын веналарының ісінуі, кеуде қуысы эмфизематозды. Пальпация: белгілері жоқ. Перкуссияда: қорапты перкуторлы дыбыс, өкпенің төменгі шеті төмендеген, ортаңғы қолтық асты сызығы бойынша төменгі жиектің экскурсиясы шектелген (қалыпты жағдайда 5-6 см). Аускультацияда: тынысы қатаң, дем шығару ұзарған, екі жақтан құрғақ сырылдар. Рентгенограмма: өкпе тінінің мөлдірлігінің жоғарылауы, диафрагма күмбезінің төмен орналасуы және оның қозғалғыштығының шектелуі. Қан анализі: лейкоцитоз, ЭТЖ жеделдетілген, эозинофилия, лимфоцитоз болуы мүмкін. Қақырықты тексергенде: қақырық шырышты, шырышты-іріңді, құрамында аз мөлшерде лейкоциттер мен эозинофилдер бар. Қосымша әдістер: спирометрия (обструктивті түрдегі тыныс алу функциясының бұзылуы). **АУА ТЫНЫСЫНЫҢ ЖОҒАРТУ СИНДРОМЫ**

Себептері: 1. темекі шегу (темекі шегушілер бронхиті), 2. созылмалы бронхит, 3. бронх демікпесі, 4. кәсіптік қауіптер (вокал, үрмелі аспаптар), 5. туа біткен патология. Шағымдары: еңтігу, жөтел. Қарап тексергенде: цианоз, еңтігу (тыныс алу жиілігі нормадан жоғары), эмфизематозды (бөшке тәрізді) кеуде қуысы, қабырға аралықтары кеңейген, өкпе шеті төмендеген (ортаңғы қолтық асты сызығы бойымен сегізінші қабырғадан төмен), жиектің экскурсиясы төмендеген. Пальпацияда: дауыс треморы төмендеген, біркелкі. Перкуссияда: қорап дыбысы, төменгі жиегі төмендеген. Аускультацияда: тынысы біркелкі симметриялы әлсіреген, құрғақ сырылдар болуы мүмкін. Рентгенограмма: өкпе өрістерінің мөлдірлігінің жоғарылауы, өкпе суретінің әлсіреуі, диафрагманың төмен орналасуы және төмен қозғалғыштығы. Қан мен қақырықты зерттеу: елеулі өзгерістер болмайды.

ПЛЕВРА ҚУЫСЫНДА СҰЙЫҚТЫҚ ЖИНАУ СИНДРОМЫ Трасудат – бауыр циррозында, гипотиреозда, бүйрек жеткіліксіздігінде пайда болатын серозды сұйықтық. Экссудат - бұл пневмония, туберкулез және ісіктерге байланысты қабыну сұйықтығы.

Себептері: 1. Созылмалы жүрек жеткіліксіздігі. 2. Нефротикалық синдромның дамуымен бүйрек ауруы. 3. Асцит және перитонеальді диализ. 4. Бауыр циррозы 5. Лимфа және қан айналымының бұзылуы. Шағымдары: экссудативті қабынумен (кеудедегі ауырсыну, еңтігу, жөтел, дене қызуының жоғарылауы), трансудат болған кезде (жүрек аймағындағы ауырсыну, жүрек соғуы, оң жақ қабырға астындағы ауырсыну, ісіну). Қарап тексергенде: аралас еңтігу, дем алған кезде, зақымданған жақта немесе отырғанда, кеуде қуысының жартысы зақымданған аймаққа домбығу, тыныс алу кезінде кеуде қуысының артта қалуы. Пальпацияда: дауыс треморы әлсіреген немесе жоқ. Перкуссияда: зақымданған жерден жоғары перкуторлы дыбыс күңгірттенген, рентгенограммада қиғаш сызықпен – Дамуазо сызығы, Дамуазот сызығы үстінде тимпанит болады. Аускультацияда: сұйықтық үстінде тыныс жоқ, шекарадан жоғары тыныс әлсіреген, жүрек шекараларының ығысуы болуы мүмкін. Тыныс алу жиілігі мен жүрек соғу жиілігінің күрт өзгеруі. Рентгенограммада: өкпе өрісінің зақымданған бөлігінде біртекті қараю, ортаңғы мүшелердің ығысуы, көбінесе қарама-қарсы бағытта; ісік плевриті кезінде ортаңғы мүшелер «ауру» жағына қарай тартылады. Қан мен қақырықты зерттеу: экссудативті плевритпен – лейкоцитоз, ЭТЖ жеделдеу.

4. Көрнекі материалдар: 15-20 слайд

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Мейіргер ісі-1» кафедрасы		№72/11 ()
Дәріс кешені		32 беттің 31 беті

5. Әдебиеттер:

1. Курноскина В. П. Пациенттің клиникалық жағдайын бағалау : оқу құралы / В. П. Курноскина, Д. К. Жүнісова. - Қарағанда : Medet Group , 2020. - 224 бет
2. Пулькинова, А. В. Сестринский процесс : учебное пособие / А. В. Пулькинова, Б. С. Имашева. - Алматы : Эверо, 2016. - 300 с
3. Қаныбеков, А. Медбикеге арналған нұсқаулар : оқулық . - Алматы : Эверо, 2014. - 428 бет.
4. Қаныбеков, А. Медбикенің іс-әрекеттері: оқулық бағдарлама. - ; ҚР ДСМ РЦИТМОН басп. ұсынған. - Алматы : Эверо, 2014. - 476

Қосымша әдебиеттер:


1. Морозова, Г. И. Медбикелік іс негіздері [Мәтін] : жағдаяттық тапсырмалар: медициналық училищелер мен колледждерге арналған оқу құралы /. - М. : ГЭОТАР - Медиа, 2014.- 256 бет.
2. Кузнецова, Н. В. Теория сестринского дела и медицина катастроф [Текст] : учеб. пособие / Н. В. Кузнецова, Т. Н. Орлова, А. А. Скребушевская. - М. : ГЭОТАР - Медиа, 2013. - 352 с. : ил

6. Интернет ресурстар:

1. Пулькинова А.В., Имашева Б.С. Сестринский процесс. - Алмата, Каспийский университет, 2020. – 300 с. https://www.elib.kz/ru/search/read_book/813/
2. Пациенттің клиникалық жағдайын бағалау: Оқу құралы. Қарағанды: «Medet Group» ЖШС, 2020. – 224 б <https://aknurpress.kz/reader/web/2368>
3. Сейдуманов С.Т. и др. Общие сестринские технологии / Под ред. С.Т. Сейдуманова. – Алматы: Издательство «Эверо», 2020 - 230 с. https://www.elib.kz/ru/search/read_book/397/
4. Курноскина В. П./ Клиническая оценка состояние пациента: Учебное пособие. – Караганда: ТОО «Medet Group», 2020. – 222 с <https://aknurpress.kz/reader/web/2359>

7. Бақылау сұрақтар (кері байланыс):

- Қалыпты өкпе тінінің синдромдары қандай?
- Тығыздалған өкпе тінінің синдромдары қандай?
- Бронх обструкциясының синдромдары қандай?

OÑTÛSTIK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казакстанская медицинская академия»
«Мейіргер ісі-1» кафедрасы		№72/11 ()
Дәріс кешені		32 беттің 32 беті