

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Ішкі аурулар пропедевтикасы» кафедрасы	47 / 11 ()	
Дәріс кешені «Патологиядағы кардиореспираторлық жүйе»	1 беттің 1-ші беті	

ДӘРІС КЕШЕНІ

Пәні: Патологиядағы кардиореспираторлық жүйе

Пән коды: РКZh 3302

ББ атауы және шифры: 6B10115"Медицина"

Оқу сағаты/кредит көлемі: 6 кредит 180 сағат

Оқу курсы мен семестрі: 3 курс, 5 семестр

Дәріс көлемі: 4 сағат

Шымкент, 2024 ж.

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Ішкі аурулар пропедевтикасы» кафедрасы		47 / 11 ()
Дәріс кешені «Патологиядағы кардиореспираторлық жүйе»		1 беттің 2-ші беті

Дәріс кешені «Патологиядағы кардиореспираторлық жүйе» пәнінің жұмыс оқу бағдарламасына (силлабус) сәйкес әзірленген және кафедра мәжілісінде талқыланды

Хаттама № 10 « 31 » 05. 2024ж.

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

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Ішкі аурулар пропедевтикасы» кафедрасы		47 / 11 ()
Дәріс кешені «Патологиядағы кардиореспираторлық жүйе»		1 беттің 3-ші беті

№1 дәріс

1. Тақырыбы: Тыныс алу ағзаларының ауруларымен ауыратын науқастарды сұрастыру, жалпы қарау, өкпенің қалыпты және патологиядағы пальпациясы, перкуссиясы, аускультациясы .

Диагностикалық маңызы.

2. Мақсаты: Клиникалық медицинаның кіріспесімен ішкі ағзалар аурулары туралы жалпы түсінік негізгі дәрігерлік деонтологияның ішкі медицинаның тапсырмаларымен студенттерді таныстыру. Науқасты жалпы қарау қағидаларын оқыту: есті бағалау, жағдайы, тері және тері астылық май клеткалары, сүйек буын жүйесі.

Тыныс алу ағзаларының зақымдану зерттеу әдістерімен таныстыру.

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

3. Дәріс тезистері:

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

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

НАУҚАСТАРДЫ КЛИНИКАЛЫҚ ТЕКСЕРУ ӘДІСТЕРІ

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

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

Сырқаттың сол сәттегі жағдайын объективті зерттеу (*status praesens*) ауру адамды тексерудің негізгі саласы болып табылады. Көптеген зерттеу әдістері — қарау, дене

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Ішкі аурулар пропедевтикасы» кафедрасы		47 / 11 ()
Дәріс кешені «Патологиядағы кардиореспираторлық жүйе»		1 беттің 4-ші беті

ыстығын өлшеу, пальпация, перкуссия, аускультация әдістерімен қатар лабораториялық, рентгендік және т. б. зерттеулер арқылы дене мүшелері мен жүйелердің құрылысындағы патологиялық өзгерістер анықталады.

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

НАУҚАСТЫ СҰРАСТЫРУ

Науқасты сұрастыру әдісі "анамнез жинау" деп те аталады. "Анамнез" гректің *anamnesis*— еске түсіру деген сөзінен шыққан. Сұрастыру мына тәртіппен өткізілуі тиіс: 1) құжат бөлімі; 2) арыз —шағымдар; 3) сырқат тарихы; 4) науқастың өмір тарихы. Төлқұжаттық мәліметтерге науқастың фамилиясы, есімі, әкесінің аты, жасы, жынысы, мамандығы, тұратын жері жатады. Әр түрлі ауруларды анықтауда олардың өз орындары бар. Мысалы, жас шақта ойық жара ауруы, сарып баспа т.б. көбірек кездеседі, қатерлі ісік, атеросклероз, миокарды инфарктысы т.б. жас ұлғайғанда жиірек ұшырасады. Сондықтан дәрігер диспепсиялық шағымдармен келген науқастың жасына қарап, егер ол осы егде тартқан адам болса, алдымен асқазан-ішек жолдарының ісігін, ал жас адамнан, одан гөрі жеңілірек гастрит, ойық жара ауруларын іздестіреді. Қызылша, қызамық, көк жөтел ауруларымен көбіне балалар ауырады.

НАУҚАСТЫҢ АРЫЗ ШАҒЫМДАРЫ

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

АУРУДЫҢ ДАМУ ТАРИХЫ

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

АУРУДЫҢ ӨМІР ТАРИХЫ

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

Отбасылық және тұқым қуалаушылық анамнезі. Ата-анасы мен жақын туысқандардың сырқаттары және өлген себептері туралы мәліметтердің диагностикада, әсіресе ауруды болжауда, маңызы зор. Жұқпалы аурулар бір отбасында бірнеше адамға жұғуы мүмкін, мысалы, туберкулез. Патологиялық тұқым қуалаушылық көбіне ауруға

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Ішкі аурулар пропедевтикасы» кафедрасы		47 / 11 ()
Дәріс кешені «Патологиядағы кардиореспираторлық жүйе»		1 беттің 5-ші беті

бейімділік түрінде беріледі, ол белгілі бір жағдайларда ғана ауруға айналуы мүмкін. Егер сырқатты ушықтыратын жағдай туындамаса, адам организмі ауруға қарсы тұра алады.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Ішкі аурулар пропедевтикасы» кафедрасы		47 / 11 ()
Дәріс кешені «Патологиядағы кардиореспираторлық жүйе»		1 беттің 6-ші беті

Адам организмінің морфологиялық және функционалдық ерекшеліктерін ескере отырып, профессор М. В. Черноуцкий адамдарды үш конституционалдық типке бөлген: **астеник, нормостеник, гиперстеник.**

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

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

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

Бозару әр түрлі болады. Терінің аздап сарғыштанып бозарып гемолит себепінен туындаған қан аздықтан (Аддисон-Бирмер анемия-ясы, гемолиттік анемия) болса, хлороз кезінде жасыл ренді, ал қатерлі өспелерде жердің түсі тәрізді болып келеді. Кейбір сырқаттар жағдайында терінің түсі көкшіл тартады, оны **көгеру (цианоз)** деп атайды. Терінің мұндай реңі қанның құрамындағы бұрынғы қалпына келтірілген гемоглобиннің көбеюіне байланысты болады. Оның екі түрлі себебі бар: бірінші шеткі қан айналымының нашарлауы, екіншісі өкпедегі газ алмасудың жетіспеушілігі. Кейде осы екі себеп те қатар -келеді, яғни бір адамның басынан табылады.

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

Кеудені қарау

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

Нақтылап қарауға кіреді:

- мұрын қуысын қарау;

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Ішкі аурулар пропедевтикасы» кафедрасы		47 / 11 ()
Дәріс кешені «Патологиядағы кардиореспираторлық жүйе»		1 беттің 7-ші беті

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

Мұрын қуысын қарау:

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

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

Кеуде

Кеудені қарауды қатаң түрде реттілікпен жүргізу керек:

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

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

Кеуденің түрі

Конституционалды түрлері: нормостениялық, гиперстениялық, астениялық.

Кеуденің конституциональды формасын анықтау критерийлері:

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

Қалыпты кеуде түрлерінің нұсқалары

◆ Нормостениялық:

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

◆ Астениялық:

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

◆ Гиперстениялық:

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

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Ішкі аурулар пропедевтикасы» кафедрасы		47 / 11 ()
Дәріс кешені «Патологиядағы кардиореспираторлық жүйе»		1 беттің 8-ші беті

Кеуденің патологиялық формалары

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

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

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

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

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

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

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

Кеудені пальпациялау. Дауыс дірілі

Кеуденің пальпациясында бағалайды:

- серпімділігін (резистенттілігін);
- дауыс дірілін (өзгермеген, күшейген, әлсіреген, болмайды, өзгерістердің орналасуы);
- ауырудың орналасуы;
- плевра үйкеліс шуын сипағанда анықтау;
- экскурсияның дәрежесін анықтау — 4 қабырға аралықтың денгейінде кеуденің шеңберін анықтау: тыныш тыныста, терең дем алғанда және дем шығарғанда.

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

Кеуде серпімділігінің төмендеу себептері (ригидтігі):

- өкпе тінінің қатты қатаюы;
- гидроторакс;
- өкпе эмфиземасы;

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Ішкі аурулар пропедевтикасы» кафедрасы		47 / 11 ()
Дәріс кешені «Патологиядағы кардиореспираторлық жүйе»		1 беттің 9-ші беті

- плевра ісігі.

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

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

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

Өкпе аускультациясы

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

Аускультация жасағанда келесі ережелерді ұстану қажет:

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

Аускультацияның тәртібі:

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

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Ішкі аурулар пропедевтикасы» кафедрасы		47 / 11 ()
Дәріс кешені «Патологиядағы кардиореспираторлық жүйе»		1 беттің 10-ші беті

фонендоскопты тығыз салғанда дәрігер науқастан дем алуын өтінеді және басқа диагностикалық әдістер қолданылады.

Өкпенің аускультациясында бағалайды:

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

4. Иллюстрациялық материал: презентация.

5. Әдебиет: силлабустың соңғы бетінде көрсетілген.

6. Бақылау сұрақтары (Feedback кері байланысы).

1. Ауру дегеніміз не?
2. Аурудың себептерін атаңыз.
3. Жалпы қараудың ережесін атаңыз.
4. Науқастың терісін қарағанда қандай белгілерге көңіл аудару керек?
5. Тыныс алу ағзалары ауруларында қандай негізгі және қосымша шағымдарды білесіз?
6. Жөтел және ауырсыну дегеніміз не?
7. Кеуде клеткасының түрлері.
8. пальпация дегеніміз не?
9. Кеуде клеткасының перкуссиясына сипаттама беріңіз.
10. Негізгі тыныс шулары дегеніміз не?
11. Әлсіз везикулярлы тыныс қай кезде пайда болады.
12. Ылғалды сырылдың пайда болуына алып келетін себептері.
13. Құрғақ сырылдың пайда болуына алып келетін себептері
14. Ылғалды сырылдардың сықыр мен үйкеліс шуынан айырмашылығы?

№2 дәріс

1. Тақырыбы: Тыныс алу ағзаларының ауруларымен ауыратын науқастардағы жетекші клиникалық синдромдар (өкпе тінінің тығыздалуы, бронхиалды өткізгіштіктің бұзылуы, өкпедегі ауаның жоғарылауы, өкпеде қуыстың болуы, плевра қуысында сұйықтықтың жиналуы, тыныс алу жеткіліксіздігі).

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

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

3. Дәріс тезистері: Синдром - бұл бірыңғай патогенезге байланысты өзара байланысты белгілердің жиынтығы.

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SKMA -1979-	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Ішкі аурулар пропедевтикасы» кафедрасы	47 / 11 ()	
Дәріс кешені «Патологиядағы кардиореспираторлық жүйе»	1 беттің 11-ші беті	

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

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

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

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

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

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

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

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

Сұйықтықтың бір немесе екі плевра қуысында жиналуы мүмкін. Оның сипаты қабыну (экссудат) және қабыну емес (трансудат) болуы мүмкін. Экссудаттың пайда болу себептері туберкулез бен пневмониядағы плевраның қабынуы (плеврит), қатерлі ісік кезіндегі плевра карциноматозы. Көбінесе жеңіліс бір жақты болады. Плевра қуысында гидроторакстың немесе трансудаттың жиналуының себептері жүрек жеткіліксіздігінде кіші қан айналымында тоқырау немесе бүйрек ауруларында сұйықтықтың жалпы сақталуы болуы мүмкін. Процесс көбінесе екі жақты және көбінесе перифериялық ісіну, асцит, гидроперикардпен біріктіріледі.

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

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

Ең маңызды белгілер-өкпенің төменгі бөліктеріндегі өткір перкуссиялық дыбыс тыныс алудың болмауы және түтіккен аймақта теріс бронхофония. Қосымша зерттеу әдістері. Өкпе өрісінің біртекті қараңғылануы, медиастинаның сау жаққа жылжуы

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Ішкі аурулар пропедевтикасы» кафедрасы		47 / 11 ()
Дәріс кешені «Патологиядағы кардиореспираторлық жүйе»		1 беттің 12-ші беті

рентгенологиялық түрде анықталады. Диагностикалық және емдік мақсатта плевралық пункция жасалады, бұл сұйықтықтың сипатын анықтауға мүмкіндік береді.

4. Иллюстрациялық материал: презентация.

5. Әдебиет: силлабустың соңғы бетінде көрсетілген.

6. Бақылау сұрақтары (Feedback кері байланысы).

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

№3 дәріс

1. Тақырыбы: Жүрек-қантамыр жүйесінде патологиясы бар науқастарды сұрастыру, жалпы қарау, пальпациялау және перкуссиялау. Ірі және перифериялық тамырларды зерттеу әдістері. Қалыпты және патологиядағы жүректің аускультациясы. Диагностикалық маңызы.

2. Мақсаты: Клиникалық зерттеу әдістерін меңгеру және жүрек қантамыр жүйесінің зақымдалу семиотикасы. Ірі және перифериялық қан тамырлардың зақымдану семиотикасы және клиникалық зерттеу әдістерін меңгеру.

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

3. Дәріс тезистері: Жүрек ұшын және жүрек дүмпуін пальпация әдісімен тексеру. Пальпация арқылы жүрек ұшының түрткісін, жалпы жүректің соғуын жүрек тұсындағы пульсацияларды, кеуде дірілін анықтауға болады. Жүрек ұшының түрткісін анықтау үшін оң қолдың алақанын жүрек тұсына қоямыз, саусақтар қолтыққа бағытталып үшінші, төртінші қабырғалар аралығында жатуы тиіс. Алақан жүрек ұшын басып жатуы шарт. Сонымен жүрек ұшын анықтаған соң, оның жалпы сипатына мән беруіміз керек. Пальпация жасағанда жүрек ұшының жатқан жерін, оның аумағын, күшін, биіктігін, серпімділігін зерттей қарайды. Ол үшін жоғарыда айтылған оң қолдың үш саусағының ұшымен жүрек ұшы тұрған нүктені дәл анықтап белгілеу керек. Егер жүрек ұшының түрткісі едәуір жерді алып көлбеп жатса, ең сыртқы, төменгі нүктені тандап аламыз. Науқастың кеудесін алға еңкейтіп ұстауын өтіну керек, неге десеңіз бұл кезде жүрек ұшының түрткісін табу ыңғайлы болады.

Жүрек түрткісінің аумағы деп түрткінің әсерінен кеуде клеткасының қозғалуын айтамыз, оның қалыпты жағдайда диаметрі 1—2 см болады. Егер ол 2 см-ден үлкен болса — *жайылған* және одан кіші болса — *шектелген* деп есептеледі. Жайылған түрткі жүрек

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Ішкі аурулар пропедевтикасы» кафедрасы	47 / 11 ()	
Дәріс кешені «Патологиядағы кардиореспираторлық жүйе»	1 беттің 13-ші беті	

өлшемдерінің ұлғайғанын көрсетеді, бұл жағдай адам жүдеу болғанда, қабырға аралықтары кең болғанда, сол жақ өкпенің төменгі бөлігі жиырылғанда кездеседі. Семіздікте, өкпе ауруларында, диафрагманың төмен орналасуында түрткінің шектеулі түрі кездеседі, яғни жүрек кеудеге аз көлемімен түйіседі.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Ішкі аурулар пропедевтикасы» кафедрасы		47 / 11 ()
Дәріс кешені «Патологиядағы кардиореспираторлық жүйе»		1 беттің 14-ші беті

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

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

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

Жүрек ұшы түрткісін пальпация әдісімен тексеру. Пальпация арқылы жүрек ұшының түрткісін, жалпы жүректің соғуын жүрек тұсындағы пульсацияларды, кеуде дірілін анықтауға болады. Жүрек ұшының түрткісін анықтау үшін оң қолдың алақанын жүрек тұсына қоямыз, саусақтар қолтыққа бағытталып үшінші, төртінші қабырғалар аралығында жатуы тиіс. Алақан жүрек ұшын басып жатуы шарт. Сонымен жүрек ұшын анықтаған соң, оның жалпы сипатына мән беруіміз керек. Пальпация жасағанда жүрек ұшының жатқан жерін, оның аумағын, күшін, биіктігін, серпімділігін зерттей қарайды. Ол үшін жоғарыда айтылған оң қолдың үш саусағының ұшымен жүрек ұшы тұрған нүктені дәл анықтап белгілеу керек. Егер жүрек ұшының түрткісі едәуір жерді алып көлбеп жатса, ең сыртқы, төменгі нүктені тандап аламыз. Науқастың кеудесін алға еңкейтіп ұстауын өтіну керек, неге десеніз бұл кезде жүрек ұшының түрткісін табу ыңғайлы болады.

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

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

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

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

Қалыпты жағдайда жүрек ұшы түрткісі ортаңғы бұғана сызығынан 1—2 см оңға қарай бесінші қабырға аралығында жатады. Егер науқас сол жағымен жатса, бұл нүкте солға 2 см, оң жағымен жатса, оңға 1—1,5 см ығысуы мүмкін. Ал адам тік тұрғанда мұндай өзгерістер болмауы тиіс. Жүрек ұшының ығысуына жүректен тыс себептер де әсерін тигізеді. Оларға

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Ішкі аурулар пропедевтикасы» кафедрасы		47 / 11 ()
Дәріс кешені «Патологиядағы кардиореспираторлық жүйе»		1 беттің 15-ші беті

кеуде пердесінің жоғары тұруы, кеуде қуысы көлемінің өзгеруі, өкпенің бүрісіп қалуы т. с. с себептер болады.

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

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

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

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

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

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

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

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

Жүрек маңындағы басқа солқылдатулар (пульсациялар)

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

Эпигастриялық пульсация (*Хатцер симптомы*) дегеніміз - құрсақ үстінің көрер көзге жүрек соққысымен синхронды көтеріліп түсуі, ол оң жақ қарыншаның ұлғаюымен қатар

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Ішкі аурулар пропедевтикасы» кафедрасы		47 / 11 ()
Дәріс кешені «Патологиядағы кардиореспираторлық жүйе»		1 беттің 16-ші беті

құрсақ қолқасының және бауырдың соғуына байланысты болады. Егер эпигастралдық пульсация оң жақ қарыншаның соғуынан пайда болған болса, демді ішке тартқан кезде анығырақ көрінеді, ал ол құрсақ қолқасының пульсациясынан болса, керісінше дем алу кезінде азайып кішірейді. Пальпация әдісімен бауыр пульсациясын анықтауға болады. Бауырдың соққысы көбінесе үш жармалы қақпақшаның жетіспеушілігінен пайда болады, яғни систола кезінде қан оң жақ жүрекшеден төменгі қуыс көктамырына және бауыр көктамырларына қайтып айдалуы нәтижесінде туындайды.

Аускультация

Жүректі төменде көрсетілген тәртіппен тыңдау қажет.

Науқастың қалпы. Дәрігер жүрек-қан тамырлар жүйесі ауыратын науқастарды тыңдағанда әр жағдайда, яғни тік тұрғызып та, жатқызып та тыңдауға дағдылануы тиіс. Науқастардың кейбір қалыптарында, жүрек ақауларында пайда болатын дыбыстар жақсы естіледі. Мысалы: қолқа қақпақшасы қызметінің жетіспеушілігінде пайда болатын протодиастолалық шуыл, науқастың тік тұрған қалпында жақсы естіледі, екі жармалы қақпақшаның қызметі жетіспеушілігінде пайда болатын систолалық шуыл науқас жатқанда жақсы естіледі. Екі жармалы қақпақшаның тарылуында науқас сол жақ бүйіріне қарай жатқанда жақсы байқалады. Жүрек қабының үйкеліс шуылы, жүректің негізінде науқас кеудесімен төмен қарай еңкейген кезде анық та жақсы естіледі.

Дәрігердің қалпы: Жүректі тыңдағанда дәрігер науқастың оң жағында тұруы керек. Дәрігердің тыңдайтын нүктелеріне стетоскопты қоюына ештеңе кедергі болмауы тиіс.

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

Жүректі дем алудың әр фазасында тыңдау қажет: жүректі дем алмай тұрғанда тыңдаған өте дұрыс, неге десеңіз бұл кезде өкпедегі дыбыс жүректің дыбысына кедергі жасап дұрыс бағаланбайды. Бұл үшін науқас демалып, демді түгел шығарып, сосын дем алмай тұрғанда жүректі тыңдайды, бұл үзілісті көп созуға болмайды, осы әдіспен тыңдауды бірнеше рет қайталауға болады.

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

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

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

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

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Ішкі аурулар пропедевтикасы» кафедрасы		47 / 11 ()
Дәріс кешені «Патологиядағы кардиореспираторлық жүйе»		1 беттің 17-ші беті

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

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

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

Сау адамның жүрегін тындағанда естілетін дыбыстар. Қалыпты жағдайда сау адамдарда бес нүктенің бөріңде де екі үн (тон) естіледі: I тон қарыншаның систола фазасында пайда болады, сондықтан оны *систолалық* деп атайды. II тон қарыншаның диастола фазасында пайда болады, сондықтан оны *диастолалық*, деп атайды. I дыбыстан (тон) кейін қысқа үзіліс болады, ол қанды қарыншадан айдау уақытына сәйкес келеді (уақытының ұзақтығы 0,20 сек.). Жүректі тындағанда осы кезеңде қанның қарыншадан қолқаға, өкпе артериясына өткені естілмейді, неге десеңіз қарынша мен қан тамырлар арасындағы саңылау кең, қан өткенде ешқандай кедергі болмайды, сондықтан қан шусыз өтеді, бұл кезде қосымша дыбыстар пайда болмайды.

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

II дыбыстан (тон) кейін ұзақ үзіліс болады, бұл кезде қан жүрекшеден қарыншаға өтеді, атриовентрикулярлық саңылауы қалыпты жағдайда кең болғандықтан, қан қарыншаға дыбыссыз өтеді. Сондықтан дыбыс естілмейді. II дыбыстан (тон) кейінгі ұзақ үзіліс қарыншаның диастоласынан тұрады. Үлкен үзіліс шамамен 0,43 сек. созылады. Кей жағдайларда I және II дыбыстан (тон) басқа III-IV дыбыстар да (тон) естілуі мүмкін (29-сурет).

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

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

Қарыншаның жиырылуы мен оның бастапқы ерекше кезеңдері:

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Ішкі аурулар пропедевтикасы» кафедрасы		47 / 11 ()
Дәріс кешені «Патологиядағы кардиореспираторлық жүйе»		1 беттің 18-ші беті

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

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

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

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

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

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

Тындағанда қарыншаның систоласын диастоладан қалай ажыратуға болады?

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

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

Бұл кезде жүректе систолалық шуылдар естіледі, ал басқа ақауларда да бұндай дыбыстар естілуі мүмкін (сол жақтағы, оң жақтағы атриовентрикулярлық саңылаулардың тарылуы, қолқа және өкпе артериясының қақпақшалары қызметі жетіспеушілігінен шуыл диастола фазасында естіледі). Сондықтан ақауларды бірінен-бірі айырғанда өте қажетті нәрсе — ол жүректің қай фазасында шуылдың пайда болу механизмін білу қажет.

Систоланы диастоладан ажырата білу үшін, I дыбысты (тон) II дыбыстан (тон) айыра білу қажет. I дыбыс (тон) пен II дыбыстың (тон) арасында қысқа үзіліс болады, бұл қарыншаның систоласына сәйкес келеді, яғни I дыбыс пен одан кейін пайда болатын қысқа үзілістен

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Ішкі аурулар пропедевтикасы» кафедрасы	47 / 11 ()	
Дәріс кешені «Патологиядағы кардиореспираторлық жүйе»	1 беттің 19-ші беті	

тұрады. Қарыншаның диастоласы II дыбыс (тон), ұзақ үзілістен — алдында тұрады. Екі дыбыс та өздеріне тән қасиеттерімен ерекшелінеді.

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

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

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

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

4. Иллюстрациялық материал: презентация.

5. Әдебиет: силлабустың соңғы бетінде көрсетілген.

6. Бақылау сұрақтары (Feedback кері байланысы).

1. «Кеуде бақасы» дегеніміз не?
2. Жүрек пайда болу себептері қандай?
3. Жүрек ұшы түрткісі қалай сипатталады және қайда орналасқан?
4. Салыстырмалы жүрек тұйықтығы қалай анықталады?
5. Абсолютті жүрек тұйықтығы не үшін анықталады?
6. Мойын тамыр пульсациясының соғуы немен байланысты?
7. Ұйқы артерия пульсінің пайда болу себептері?
8. Оң және теріс вена пульсінің айырмашылығы.
9. Теріс апикальды импульс қашан пайда болады?
10. АҚҚ анықтауда қандай әдістер қолданады.
11. Жүрек шуылдарының пайда болу себептерін атаңыз.
12. Жүрек аускультациясында не естіледі?
13. Жүрек шуылдарының диагностикалық маңызы.
14. Жүрек аускультациясының ерекшеліктері.
15. Жүректің тыңдау нүктелерін атаңыз.

№4 дәріс

1. Тақырыбы: Жүрек-қантамыр жүйесінде патологиясы бар науқастардағы жетекші клиникалық синдромдар: қан қысымының жоғарылауы, жүректің ишемиялық ауруы, жедел және созылмалы коронарлық жеткіліксіздігі, қақпақша аппаратының зақымдануы.

2. Мақсаты: Артериялық гипертензияның негізгі белгілерін, АГ және ЖИА себептерін анықтауды, симптомдардың даму механизмін түсіндіріп, науқастың зертханалық және аспаптық зерттеулеріндегі осы ауруға тән өзгерістер анықтауды студенттерге үйрету. Студенттерге шағымдар мен ауру тарихын жинауға, коронарлық жеткіліксіздігі бар науқасты мақсатты зерттеу әдісіне және осы ауруға тән белгілер мен зертханалық және аспаптық зерттеу әдістеріндегі өзгерістерді анықтауға үйрету.

3. Дәріс тезистері: АГ- ең көп таралған аурулардың бірі. АГ 40-50 жастағы ерлердің 25%-ында кездеседі. Осындай зерттеулермен АГ-ның 40% - дан астамы алғаш рет анықталады, дегенмен көптеген жағдайларда нысана органдары тарапынан айқын

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Ішкі аурулар пропедевтикасы» кафедрасы		47 / 11 ()
Дәріс кешені «Патологиядағы кардиореспираторлық жүйе»		1 беттің 20-ші беті

өзгерістер де анықталады. Бұл жағдайлар қандай да бір себептермен немесе басқа себептермен емханаға баратындардың барлығында қан қысымын өлшеу қажеттілігі туралы тағы бір рет ескеріледі.

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

Вегетативті жүйке жүйесінің жағдайы, әсіресе симпатикалық, гормоналды және басқа биологиялық белсенді заттардың әсері (атриальды натрийуретикалық факторды, брадикининдерді және т.б. қоса), артериялық барлардың немесе пресорецепторлардың белсенділігі, эндотелий босаңсытатын және тамыр қабырғасын тарылтатын факторлар және т. б. әрине, осы соңғылардың үйлесімді өзара әрекеттесуі қан қысымының салыстырмалы тұрақтылығын және оның адаптивті ауытқуларының жеткіліктілігін анықтайды. Қан айналымы аппаратының әртүрлі ынталандыруларға реактивтілігін алдын-ала анықтайтын тұқым қуалаушылықтың рөлі де маңызды. Қазіргі уақытта АГ полигон ауруы екенін мойындауға негіз бар.

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

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

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

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

Жүрек бұлшықетінің зақымдануының ең сенімді белгілері: аритмиялық импульс, салыстырмалы жүрек түтігінің сол жақ шекарасынан тыс жылжу, жоғарғы жағында I

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Ішкі аурулар пропедевтикасы» кафедрасы		47 / 11 ()
Дәріс кешені «Патологиядағы кардиореспираторлық жүйе»		1 беттің 21-ші беті

тонның әлсіреуі және жүрек проекциясынан тыс систолалық шу, сондай-ақ "маятник тәрізді" ырғақ немесе "бөдене ырғағы".

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

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

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

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

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

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

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

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

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

4. Иллюстрациялық материал: презентация.

5. Әдебиет: силлабустың соңғы бетінде көрсетілген.

6. Бақылау сұрақтары (Feedback кері байланысы).

1. Қан қысымының қандай көрсеткіштері артериялық гипертензияға сәйкес келеді?
2. Жүректің ишемиялық ауруы бар науқастарда аускультация кезінде қандай өзгерістерді анықтауға болады?
3. Жүректің ишемиялық ауруы кезінде ЭКГ-да қандай өзгерістерді анықтауға болады?
4. Артериялық гипертензияның қандай көрсеткіштері шекаралық артериялық гипертензияға жатады?
5. АГ және ЖИА синдромындағы негізгі шағымдарды білесіз бе?
6. Коронарлық жеткіліксіздік синдромы дегеніміз не?
7. Коронарлық жеткіліксіздіктің даму себептерін білесіз бе?
8. Коронарлық жеткіліксіздіктің қандай түрлерін білесіз?
9. Атеросклероз дегеніміз не?
10. Коронарлық жеткіліксіздіктің өткір түрлеріне не жатады?