

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Шұғыл медицина және мейіргер ісі» кафедрасы Дәріс кешені		57/19 () 34 беттің 1 беті

ДӘРІС КЕШЕНІ

Пәннің атауы: «Әлеуметтік маңызы бар аурулар»

Пән коды: АМА 3219

ББ атауы: 6В10104 «Мейіргер ісі» (10 айлық жеделдетілген)

Оқу сағаттары / кредит көлемі: 120 сағат (4 кредит)

Курс пен семестр: 1 курс, 1 семестр

Дәріс көлемі: 8 сағат

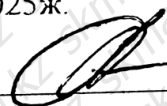
Шымкент, 2025 ж.

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Шұғыл медицина және мейіргер ісі» кафедрасы Дәріс кешені		57/19 () 34 беттің 2 беті

Дәріс кешені «Әлеуметтік маңызы бар аурулар» пәнінің жұмыс оқу бағдарламасына (силлабус) сәйкес әзірленген және кафедра мәжілісінде талқыланды.

Хаттама № «11» «26» 06 2025ж.

Кафедра меңгерушісі м.ғ.к., доцент



Сейдахметова А.А.

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Шұғыл медицина және мейіргер ісі» кафедрасы Дәріс кешені		57/19 () 34 беттің 3 беті

№1 дәріс

1. Тақырыбы: Кіріспе. Әлеуметтік маңызы бар аурулар. Әлеуметтік маңызды аурулары бар пациенттің алдын-алу және басқарудағы мейіргердің рөлі.

2. Мақсаты: Студенттерге әлеуметтік-маңызды аурулар түрімен, пайда болу факторларымен таныстыру.

3. Дәріс тезистері:

- Әлеуметтік-маңызды аурулар
- Әлеуметтік медицина негіздері

Әлеуметтік медицина адам денсаулығын қамтамасыз етіп қорғайтын әлеуметтік құрылымның бөлігі болып есептеледі. Оның негізгі көзқарасын құрайтындар – өзекті мәселе, ахуал немесе мән-жай және десаулық. Әлеуметтік медицина денсаулық сақтау және халықты әлеуметтік қорғау жүйелерімен шектес бола тура әлеуметтік саласындағы білім аймағымен қолданбалы әдістемелердің жиынтығын білдіреді. Әлеуметтік медицина дамуының негізгі бағыттарына бұқаралық медицина, әлеуметтік медицина, әлеуметтану медицина, пенитенциарлық медицина, сонымен қатар әскери әлеуметтік медицина жатады. Әлеуметтік медицина пәні ретінде барлық мемлекет халықтың қоғамдық денсаулығы қарастырылады. Бүгінгі таңда денсаулық әлеуметтік құндылықтың бірі деп танылады. Денсаулықты қалыптастыру, сақтау, қорғау – өте маңызды, өзекті мәселелердің бірі, оны шешу тек қана дәрігер мен педагогтардың іс-әрекеті ғана емес, ол әрбір адамның жеке басты міндеті болып табылады. Қазіргі кезде денсаулықты сақтап нығайту әр дербес адамның өмірлік қажеттілігі. Қазақстан Республикасында осы бағыттағы істі қамтамасыз ету жолында Елбасы Жолдауы бойынша еңгізілген комплекстік бағдарлама жас ұрпақты денсаулық сақтауға және салауатты өмір сүруге бейімдейді, сонымен қатар аталмыш салада мамандарды дайындау үрдісі басталып ойдағыдай жүргізілуі байқалады. Қоғамдық денсаулыққа күрделі, құрылымдық түсінік ретінде қоғам жағдайының түрлі аспектілері мен оны анықтайтын құрылымы мен мазмұны кіреді. Сол сияқты қоғамдық денсаулық әлеуметте болып жатқан қоғамдық процестерін медициналық тұрғыда көрсетеді. Мықты денсаулық адамның биологиялық және әлеуметтік қызметтерін сапалы орындау барысындағы негізгі кепілі мен шарты деп білуге болады. Әлеуметтік саласындағы 4 болашақ білікті мамандар үшін халық денсаулығының әлеуметтік, қоғамдық байлық екенін дұрыс түсіну және оның медициналық, психологиялық, әлеуметтік, экономикалық, табиғи-климаттық мәселелерінің әр қоғамның даму сатысымен тығыз байланыста болатынын білу өте маңызды. «Әлеуметтік медицина негіздері» пәннің негізгі мақсаты – болашақ әлеуметтік қызметкерді тәжірибе барысында әлеуметтік медицина негіздеріне оқыту, әлемдегі замануи әлеуметтік-медициналық мәселелердің өзектілігін түсіну, салауаттылықтың әртүрлі физикалық, биологиялық, әлеуметтік факторлардың жиынтығы екенін, соның ішінде негізгісі болып саналатын әлеуметтік жағдайлардың қолайлы немесе қолайсыз әсерлерін білу болып саналады. Сонымен қатар, әр адамның ауырып қалу салдарынан түрлі ем жолдарын іздегеннен, ауырып қалмау шараларын қарастыру – әлдеқайда ұтымды, нәтижелі екенін бала жастан санасезімінде қалыптастыруды алдымен студенттердің өздері

ON'TUSTIK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Шұғыл медицина және мейіргер ісі» кафедрасы Дәріс кешені		57/19 () 34 беттің 4 беті

дұрыс түсініп, келешекте қызмет барысында қолдану арқылы халық денсаулығын нығайтуға зор үлес қосуды қарастырады.

4. Көрнекі материалдар: Презентация

5. Әдебиет: Н:1,2,3,4;Қ:1,4,6; ӘБ:1,4,7,15.

6. Бақылау сұрақтары:

- Әлеуметтік-маңызды ауруларға қандай аурулар жатады?
- Әлеуметтік медицина негіздері қандай?

№ 2 дәріс

1. Тақырыбы: В, С вирусты гепатит кезіндегі мейіргерлік күтім.Ревматизм, артрит және остеоартроз кезіндегі мейіргерлік күтім

2. Мақсаты: Созылмалы гепатит пен бауыр циррозының этиологиясын, патогенезін, клиникасы мен диагностикасын меңгеру.

3. Дәріс тезистері:

- Созылмалы гепатиттер
- Бауыр циррозы

Созылмалы гепатит (СГ)— этиологиясы әртүрлі, 6 айдан ұзақ бауырдың созылмалы диффузды қабыну-дистрофиялық ауруы.

СГ этиологиялық факторлары:

1. Вирус. СГ вирусты гепатиттің А түрімен ауырғаннан соң 1-2% жағдайда, ал вирусты гепатиттің В түрінен соң 20% жағдайда туындайды. Кейде дельта-вирус, вирус С, Е түрлерімен ауырады, яғни олардан кейін бауыр ауруларымен белсенді ауырғаннан кейін 80% кем емес жағдайда туындайды.

2. Алкоголь, ол бауырдың майлы дистрофиясымен қатар созылмалы алкогольды және жіті гепатитті тудырады.

3. Созылмалы өндірістік интоксикациялар (хлорланған көмірсутегілер, бензол және оның гомологтары, қорғасын, фосфор, сынап, марганец және т.б.)

4. Бауырдың гепатотоксикалық әсері бар дәрілермен зақымдалулары (туберкулезге қарсы препараттар, антибиотиктер, сульфаниламидтер, аспирин, аминазин, анаболикалық стероидтар, метатрексат және т.б.). негізінде кез-келген дәріні ұзақ уақыт немесе оны үлкен дозада қолданса, бауырдың қызметіне және құрылымына қолайсыз әсер етеді.

5. Аутоиммунды (люпоидты) СГ – ағзаның иммунды реакциясының өзгеруі нәтижесінде дамиды.

6. Метаболикалық СГ - альфа 1-трипсин жеткіліксіз өндіруінен, Вильсона-Коновалова нәтижесінде дамиды.

7. Бейспецификалық реактивті гепатит – АІТ аурулары вирусты гепатиттің ағымына қолайсыз әсер етуінде.

8. Холестатикалық гепатит – бауырдың экскреторлы функциясының бұзылуында дамиды.

Патогенезі: СГ кезінде ағзаның иммундық жүйесінің қалыптаспауында, әсіресе генетикалық бейімділігі бар адамдарда дамиды. Нәтижесінде вирусқа қарсы антиденелер жеткіліксіз бөлінеді, гепатоциттер Т-жасушалармен және антиденелермен бұзылады, содан гепатоцит элементтеріне аутоантиденелер түзіледі. Содан соң жасушалық лимфоцитарлы инфильтрация, порталды жолдардың фиброзы дамиды. Созылмалы А гепатитінде гепатоциттер сатылы түрде некрозданады.

Клиникасы:әртүрлі, негізінен:

ONȚŪSTIK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Шұғыл медицина және мейіргер ісі» кафедрасы Дәріс кешені		57/19 () 34 беттің 5 беті

1. Оң жақ қабырға астының тұрақты түрде, сыздап ауыруы. Физикалық жүктеме және салқындағанда күшейеді. Сирек иррадиация береді, егер берсе, онда оң жақ жауырынға.

2. Диспепсиялық синдром жүрек айну, тәбеттің жоғалуы, эпигастрийдегі ауырлық сезімі, кекіру, ас дәмінің бұрмаланып сезілуі, ауыздағы ащы дәм, іштің ұлғаюы, іш қату. Жүрек айну тағам және дәрілер қабылдаған соң күшейеді.

3. Астеновегетативті синдром - әлсіздік, шаршағыштық, еңбекке қабілеттіліктің төмендеуі, жиі «бауырлық жалқаулық» - күндіз сағат 5-6-ға дейін төсектен тұрмай жатуы, невроздылық, ипохондрия, дене салмағының төмендеуі, ұмытшақтық.

4. Кіші бауырлық жеткіліксіздік түріндегі симптомдар: қызыл иектің қанталауы, мұрыннан қан кету, терінің қышуы, несептің қараюы, нәжістің ақшылдануы, меноррагия, сарғаю, тамырлық жұлдызшалар, тырнақтардың бұзылуы.

5. Бауырдан тыс симптомдар – кезеңді түрде немесе ұзақ қызба, буындардың ауырсынуы, деформациясыз және қозғалысының шектелуімен, спленомегалия, бұлшықеттердің ауырсынуы.

Объективті: қарағанда терінің түсі сұр-қоңыр түсті, дене, мойын, бетте жиі терілік бөртпелер, тамырлық жасушалар, терілік телеангиоэктазиялар, тырналған орындар, ерлерде гинекомастия, бауырлық алақан (алқызыл-қызыл тері), бауырлық тіл, түктердің артуы, тырнақтардың өзгеруі. Васкулит көріністері – қанның ұю қызметінің бұзылуы және тромбоцитопенияға байланысты.

Бауырдың 2см-ден жоғары ұлғаюы және оның тығыздалуы – гепатомегалия деп аталады. СГ кезіндегі спленомегалия көбіне порталды гипертензияға байланысты болады. Сарғаю, эпизодты басталады, өршумен байланысты және бауырдың экскреторлы қызметінің бұзылуы туралы мәлімет береді.

Лимфоаденопатия – үдерістің белсенділігінің белгісі және ретикулоплазмоцитарлы жүйе реакциясымен байланысты. Қызба – бауырлық жасушалардың ыдырауы және иммунды жүйенің бұзылуы нәтижесінде туындайды, ал буындық синдром бауырдағы патологиялық үдерістің белсенділігін дәлелдейді.

Диагностикасы:

1) зертханалық белгілер:

а) қан сарысуында билирубиннің (байланысқан), трансаминаза ферменттерінің (АСТ, АЛТ), лактатдегидрогеназының ЛДГ5 – фракцияларының, сілтілі фосфатазаның жоғарылауы - бауырлық-жасушалық жеткіліксіздігін айқындайды.

б) қан сарысуындағы альбуминдер, протромбин, холестерин, холинэстераза деңгейінің төмендеуі холестатикалық синдромда, яғни бауырдың дезинтоксикациялық қызметінің бұзылуында кездеседі.

с) ЭТЖ жоғарылауы, альфа-глобулиндер деңгейінің жоғарылауы, тұнбалық сынамалардың өзгеруі, иммуноглобулинов деңгейінің өзгеруі (тимол, С-реактивті ақуыз, геоксоза, тетракомпоненттің төмендеуі) – мезенхималды - қабыну синдромына тән, ол үдерістің белсенділігін дәлелдейді.

д) тікелей емес билирубиннің, холестериннің, бетта-липопротеидтің, сілтілі фосфатазаның, альфа - глютаматтранспептидазаның, өт қышқылдарының, фосфолипидтердің жоғарылауы және несептегі уробилиногеннің төмендеуі - бауырдың экскреторлы қызметінің нашарлауын (холестатикалық синдром) айқындайды.

е) гиперспленизмде анемия, тромбоцитопения, лейкопения байқалады.

2) УДЗ – бауырдың құрылысы мен өлшемдерін анықтайды.

3) Бауырды сканирлеу – радиоизотопты зерттеу.

4) Магнитті томография.

ONȚÜSTİK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Шұғыл медицина және мейіргер ісі» кафедрасы Дәріс кешені		57/19 () 34 беттің 6 беті

5) Бауырдың тері арқылы пункциялық биопсиясы.

Бауыр циррозы (БЦ) – бауыр жасушасының дистрофиясымен, оның құрылымының өзгеріп, тыртыктанып бүрісуімен бауыр қызметінің жеткіліксіздігінің ұдайы өршуімен сипатталады.

Бауыр циррозы созылмалы гепатиттің 60% жағдайында кездеседі. Этиологиясына қарай цирроздың түрлері:

1. бауырдың вирусты зақымдалуы нәтижесінде
2. созылмалы алкоголизм нәтижесінде
3. холестатикалық (холестаз)
4. конституциональды-жанұялық (тағам рационында ақуыздың, витаминдердің жеткіліксіздігі)
5. токсико-аллергиялық фактор
6. созылмалы инфекция фонында дамитын (туберкулез, мерез, бруцеллез) және т.б. факторлар.

Патогенезі: бауыр циррозы морфогенезбен байланысты. БЦ даму механизміне қайталанып отыратын этиологиялық себеп – шарттардың әсерінен әртүрлі бауырлық тіндердің некрозы мен бауыр ретикулиндерінің тірегінің төмендеуінің мәні зор. Бауыр паренхимасының сақталған бөлігінің қанмен жабдықталуы бұзылып, тыртықтың пайда болуына әкеп соғады. Некроз ошағынан түскен вирустық ыдыратқыштар өсуінен сақталған жасушалар қалпына келуі күшейеді. Түзілген түйіндік регенерат, айналасындағы қан тамырлары өтетін тіндерді қысады. Қан ағуының бұзылуынан қақпалық көк тамырда қан қысымының көтерілуінің және қанайналым нашарлаған соң өлі еттенудің дамуына әкеледі. Ақаулы айналым түзіледі: некроз - қабыну - неофибриллогенез – гепатоциттердің қанмен камтамасыз етілуі бұзылуы - некроз – дәнекер тінінің өсуі.

Клиникасы: Бауыр циррозының клиникалық көрінісі бауыр жасушаларының зақымдануының дәрежесіне байланысты болады. Бауыр аймағында ауыру сезімінің пайда болуы оң жақ қабырға астынан бүкіл ішке ауыру сезімінің жайылуы, сыздаған ауыру сезімі физикалық жүктемеден кейін немесе қою майлы тағам жегеннен кейін сезіледі. Ауыру сезімі бауырдың сыртқы қабығының керілуімен ұлғаюынан немесе өлі еттену ошақтарының бауыр қабығына жақын орналасуынан болады. Диспепсиялық көріністер тәбетінің төмендеуінен немесе жойылуынан, оң жақ қабырға астында тамақтанғаннан кейін ауыру сезімінің пайда болуымен, жүрек айнуы, құсу, іштің кебуі (әсіресе майлы тағам қабылддағаннан кейін), негізінен өттің секрециясының бұзылуы асқорытудың бұзылуына әкеліп соғады, ол алкогольді гастроэнтеритпен өт жолдары дискенизиясының қатар өтуімен байланысты болады. Науқастың жұмысқа қабілетінің төмендеуі, жалпы әлсіздік, тез шаршағыштық, ұйқысының бұзылуы бауыр циррозы кезінде жиі байқалады.

Көріп қарап тексергенде БЦ мынандай белгілерді байқауға болады: жүдеу – бауырдың қақпалық циррозымен ауыратын науқастарға тән, ауырудың қатты ұлғайған кезінде, науқастардың тері асты май қабатының жоғалуы ғана емес, бұлшықеттердің де семуі болады, әсіресе иық бұлшықеттерінің семуін бірден байқауға борлады. Мұндай науқастарға тән көрініс: бет әлпеті азыңқы, терісі бозарған, сарғыш, тілі мен ерні ашық қызыл түсті, теріде эритемалар, аяқтары жіңішкеріп, іші ұлғайған, аяқтары ісінген, құрсак қабырғаларында, тері асты көктамырларының үлкейіп көрінуі байқалады.

Сарғаю билиарлы цирроз ауруынан басқа жағдайларда да кездеседі, ол бауырлық тіндердің некрозына байланысты, гепатоцеллюлярлы жеткіліксіздігімен көрінеді. Сарғаюға тән белгі нәжістің түссізденуі, ұлтабардың ішіндегі сұйықтықтың құрамында оттегінің

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Шұғыл медицина және мейіргер ісі» кафедрасы Дәріс кешені		57/19 () 34 беттің 7 беті

болуымен сипатталады, кейде теріде қышыну белгілері болады. Цирроздың «кіші» белгілері:

1. қан тамырлық «жұлдызшалар», олардың көбеюі аурудың өршуін көрсетеді
2. алақандағы эритемалар («бауырлық алақан»)
3. қызыл, жалтыраған ерін, ауыз қуысы шырышты қабаты қызарған, тілі жылтыр, тегістелген, қызыл
4. ерлерде гинекомастия, әйелдерде аменорея
5. ксантоматозды терідегі дақ
6. саусақ басы барабан таяқшалары тәрізді, терісі қызарған.

Шемен – қақпалық циррозға тән белгі. Сарысу біртіндеп жиналып, ол үлкен мөлшерге жетеді, сол кезде науқастарда ентігу байқалады.

Пальпацияда – бауыр ұлғайған, тығыз, беткейі тегіс емес. Төменгі қыры өткір.

Көкбауыры ұлғайған - спленомегалия. Аускультацияда – систолалық шу, тахикардия.

Зертханалық мәліметтер: қанда анемия, лейкопения, тромбоцитопения және ЭТЖ жоғарылауы. Байланысқан билирубин жоғарылайды, сілтілі фосфатаза белсенділігі, жалпы липидтер, фосфолипидтер және холестерин, альфа-глобулиндер және бетта-липопротеидтер деңгейі артады.

Несепте – уробилиноген және нәжісте - стеркобилиноген.

Бауырда қабыну үдерісінің белсенділігі артса, альфа2-глобулиндер, ал сарғаюда - бетта-глобулиндер деңгейі артады.

Бауыр функциясы зақымдануының сезімталдық көрсеткіші болып сарысудағы холинэстераза белсенділігінің төмендеуі табылады. Цирроз өршігенде трансаминаза белсенділігі артады.

Аспаптық зерттеулерден қолданылатындары:

1. Радиоизотопты сканирлеу, мұнда изотоптардың шашыраңқы таралуын көреміз.
 2. УДЗ – қақпа көктамырының жағдайын, диаметрін анықтайды. диаметрінің 1,4мм-ден артуы циррозға тән.
 3. Асқорыту жолының рентгеноскопиясында өңеш көктамырларының варикозды кеңеюін анықтайды.
 4. Фиброгастроскопия.
 5. Компьютерлік томография.
- Аурудың ағымы әдетте өршімелі. Ұзақтығы орташа 3-5 жыл.

БЦ асқынулары:

1. Гепатолиеналды синдром, ол гиперспленизммен, яғни бауыр мен көкбауырдың ұлғаюымен сипатталады.
2. Ісінулік-шемендік синдром.
3. Энцефалопатия.
4. Кеңейген өңеш көктамырларынан қан кету.
5. Гепатореналды синдром - ерте азотемия, мочевина белгілерімен, тәуліктік диурездің төмендеуі, шөлдеу және т.б.

4. Көрнекі материалдар: Презентация

5. Әдебиет: Н:1,3,4;К:1,2,4,6; Эб:1,4,5,6,7,15.

6. Бақылау сұрақтары:

- Созылмалы гепатитке анықтама беріңіз.
- Бауыр циррозына анықтама беріңіз.
- СГ негізгі этиологиялық факторларына не жатады.

ONȚŪSTIK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Шұғыл медицина және мейіргер ісі» кафедрасы Дәріс кешені		57/19 () 34 беттің 8 беті

- Цирроздың «кіші» белгілерін атап шығыңыз.
- БЦ асқынуларын атап шығыңыз.

№ 3 дәріс

1. Тақырыбы: Катерлі ісіктер кезіндегі мейіргерлік күтім

2. Мақсаты: Студентерге негізгі онкологиялық ауруларды түсіндіру, құжаттарды толтыру, алдын – алу шаралары мен емдеуді түсіндіру.

3. Дәріс тезистері:

- Онкологиялық аурулар
- Онкологиялық ауруларды алдын алу

Обыр ауруы бүкіл әлемдегі өлім-жітім себептерінің арасында бірінші орынды алады, Қазақстанда да жағдай осындай. Зерттеуші-ғалымдардың деректері бойынша, елімізде жылына 30 мыңнан астам адам обырдың құрығына ілінеді екен. Соның тең жартысы, яғни 15 мыңы дәрігерге кешігіп келгендіктен, ажал құшатын көрінеді. 2009 жылы алғашқы рет Қазақстанда катерлі ісік ауруларына шалдығушылық қанайналым жүйесі ауруларынан кейін екінші орынға шықты, 100 мың халыққа шаққанда 112,8 құрады. Онкологиялық патология құрылымы өзгерді. Осылай, 2004-2008 жылдары онкологиялық ауруларға шалдығу құрылымында тері обыры мен меланоманың салыстырмалы үлесі айтарлықтай артқан - 9,2%-дан 11,3%-ға дейін. Сарапшылардың пікірінше, қазіргі уақытта катерлі ісік ауруларының пайда болу себептері белгілі болды, бұл жаңа оқиғалардың шамамен үштен бірінің алдын алуға мүмкіндік береді. Катерлі ісік ерте кезеңде анықталған жағдайда, емдеу сәтті өтуі мүмкін. Обырды ерте анықтауды жақсарту да онкологиялық аурулармен күресуде негізгі жайт болып табылады. Халықтың ақпараттандырылу деңгейі мен медициналық сауатын арттыру үшін бұқаралық ақпарат құралдарында онкология мәселелерін барынша кеңінен жариялау қажет. Обыр неғұрлым ертерек анықталған болса, оны емдеу үміті соғұрлым көбірек болады. Дамыған елдерде обырдың тері, жатыр мойнағы, сүт безі, қуықасты безі, жуан ішек обыры сияқты түрлерінен болған өлім-жітімді төмендету тұрғындарға жаппай скрининг өткізу бойынша мамандандырылған бағдарламалардың нәтижесі болып табылады.

Өкпе карциномасының басым көпшілігі бронхтық эпителийден, ал біразы альвеолалық эпителийден өнеді. Дүние жүзіндегі катерлі ісіктермен сырқаттанудың және өлім-жітімнің көбею қарқыны бойынша өкпе карциномасы 1981 жылдан бастап бірінші орынға шықты. Онымен сырқаттану және одан болатын өлім-жітім, әсіресе, экономикасы өркендеген елдерде жоғары. Мысалы, 1985-87 жылдары Ұлы Британияда әр миллион тұрғынның 1068-і сырқаттанса, Шотландияда - 1158-і, Венгрияда 990-і сырқаттанған. Көбіне жасы 40-60-тардағы ер адамдар аурады.

Этиологиясы. Өкпе карциномасын дамытатын себеп әлі нақты анықталмаған. Көбі канцерогендік заттардың (никель, кобальт, темір, тау-кен өндірістеріндегі заттар, автокөлік түтіні, хош иісті заттар) әсерінен өрбиді. Бұл аурумен сырқаттағандардың 90%-тейі темекі шегетіндер. Өкпенің шеттік (перифериялық) карциномасын дамыта-

тын себептердің ішінде қан мен лимфа арнасына өтіп әсер ететін кан-церогендердің маңызы зор. Өкпе карциномасы созылмалы бронхит, созылмапы пневмония, бронхэктаздар мен пневмосклероз сияқты өкпенің бейспецификалық ауруларымен сырқаттардың арасында өте жиі кездеседі.

Патогенезі. Өкпе карциномасының 90%-тейі басты бронхы мен оның 1, 2, 3-ші ретті тармақтарының эпителиінен туындайды; оң жақ өкпе жиі зақымдалады. Көбіне өкпенің у-

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Шұғыл медицина және мейіргер ісі» кафедрасы Дәріс кешені		57/19 () 34 беттің 9 беті

шында дамып, ортаңғы және төменгі бөлімдерінде сиректеу кездеседі. Бронхтың ішкі бетін қуалай өсіп, ауа өтуіне кедергі жасайды. Бронхтың төңірегіне (медиастенум, лимфалық бездерге) жайылуы мүмкін. Өкпеде карциноманың көбіне жайпақ клеткалы (плоскоклеточная) гистологиялық түрі дамиды, біразы безді клеткалы (аденокарцинома) және ұсақ клеткалы да бо-лады. Бронх бітелсе, өкпенің оған қатысты бөлімі қабысып, кішірейтеді немесе медиастенумдегі құрылымдар қысылып, ығысты-рылады. Сөйтіп, өкпенің зақымды аймағында қабыну процесінің өрістеуіне жағдай туады. Карцинома өкпедегі не оның маңындағы қан тамырларына жайылса, қан кетіп, наукас қансырауы мүмкін. Лимфа арнасы арқылы регионарлық лимфа бездері мен плевраға тараса, гоіевралық қуыста ұйымалы (серозный), үйымалы-геморрагиялы қан-ды қабыну дамиды. Бұл ісік бауыр, ми, сүйек кемігі сияқты басқа ағ-заларға да жиі жайылады.

Клиникалық бейнесі. Көбіне аурудың алғашқы белгісі - жөтел (наукастардың 70%-інде байқалады). Кейін өкпе қабысып, катаяды. Ісік бездерге жайылып, басты кеңірдек тарамын (буфуркациясын) тітіркендіргенде, жөтел ұзақ әрі ұхтамалы болады. Алғашқыда жөтел құрғақ, кейін бронхтар қабынса, қақырық бөлінеді. Қақырыққа қан араласуы немесе жөтелгенде қан кетуі мүмкін. Плевра қабынса, наукастың кеудесінің зақымды бөлігі ауруы мүмкін. Ісік қабырға мен омыртқаға жайылса, ауырсыну сезімі өте қатты болады. Ателектаз қалыптасса, плевралық қуысқа сұйықтық жичалса немесе медиастенумдегі құрылымдар жаншылса, наукас еңтігеді. Жоғарғы қуыс вена ісікпен жаншылса, кеуденің бетіндегі тамырлар тарамдары білеуленіп көрінеді.

Рентгенмен кеудеге жиналған сұйықтық анықталуы мүмкін (гидроторакс). Кейде геморрагиялы сұйықтықтан карциномалық клеткалар табылады. Қабыну процесі қосарланса, гемограммада лейкоциттер көбейіп, ЭТЖ артады. анемия анықталады.

Өкпенің жоғарғы және ортаңғы бөліміндегі карцинома орналасқан жерлер қарайып, кішірейеді. Томограммада бронхтың "шорт кесіліп" кішірейген бөлігі ғана көрінеді. Карцинома басты бронхта дамығанда өкпе солып қабысады, сондықтан медиастенумдегі құрылымдар ақаулы жаққа қарай ығысады. Өкпе ұзақ қабынып, процесс лимфалық бездерге жайылғанда бронхэктаздар қалыптасады. Бронхтың та-рылғанын анықтауда томография мен бронхография тәсілдерінің үлкен маңызы бар. Өкпенің шеттік (перифериялық) карциномасының көлемі 1-5 см.-дей болады. Кейін ісік шіріп, ателектаз қалыптасады. Әдетте, рентгендік тәсілді бронхоскопиямен толықтыру қажет. Өйткені, ісіктің орны мен аумағын ғана біліп қоймай, биоптат алып, морфологиялық тәсілмен оның гистологиялық түрін де анықтау міндет. Сонымен бронхоскопия карциноманың өсу бағытын (эндо-немесе экзофитті), бронхтағы қабыну процесінің сипатын, бронхтың қозғалыс мүмкіндігі мен кілегейлі қабығындағы басқа да өзгерістерді анықтауда тиімді. Медиастинскопияның хирургиялық емді қолдану мәселесін шешуде көмегі бар.

Диагнозы және дифференциалды диагнозы. Өкпе карцинома-сының "алғашқы кезеңінде" наукастың жалпы ахуалы аса өзгермейді, сондықтан оны анықтау қиын болады. Наукас әдетте құрғақ жөтел мен кеудесі ауратынын айтады. Осы кезде наукаспен тыңғылықты сұқбаттасудың ерекше маңызы бар. Бронхы тарылып, өкпеде ателектаз бен бронхэктаздар қалыптасуы, тұрақты жөтел мен қанды қақы-рық бөлінуі, кеуде аурып, дене қызуының сипатында ерекшелік болады, рентгендік бейнесінде карциномалық қуыстың іргесі тегіс болмайды, қабынған аймақ ауқымды, бронхы сұлбасының "қалдығы" кішірек келеді. Өкпе карциномасы мен өкпе туберкулезінде ұқсастық көп (жөтел, қанды қақырық, дене қызуының көтерілуі). Диагнозды ажырату барысында рентген мен эндоскопиялық тәсілдерді қатар қолданып, қақырықтан микробактерияларды іздеп, туберкулинді сынақ

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Шұғыл медицина және мейіргер ісі» кафедрасы		57/19 () 34 беттің 10 беті
Дәріс кешені		

жасалынады. Туберкулезге карсы қолданылатын арнайы емнің нәтижесін талдау да таяныш.

Плевра карциноматозының туберкулездік плевриттерден айыр-машылықтары - плевралық қуысқа қанды сұйықтық жиналып, оның құрамынан цитологиялық тәсілмен ісік клеткалары табылады, медиа-стенумдық құрылымдар карциномалы жаққа ығысады.

Өкпе карциномасын липома, бронхтық хондрома, гемангиома, гемартромалар сияқты қатерсіз ісіктерден ажыратуда карциноманың тез өсетінін және наукастар көбіне шағым айтпайтынын ескерген жөн. Қатерсіз ісіктердің төңірегінде қабыну процесі (пневмония) өрістей қоймайды. Шешім бронхоскопия мен гистологиялық деректерге негізделеді.

Өкпе эхинококкозы лабораториялық сынақ арқылы аныкталады.

Лимфагранулематоз әдетте медиастенумдық лимфа бездерін зақымдайды және оның өзіндік гистологиялық бейнесі бар.

Негізгі диагностикалық іс-шаралар тізімі:

- қанды жалпы зерттеу;
- зәрді жалпы зерттеу;
- микрореакция;
- флюорография.

Қосымша диагностикалық іс-шаралар тізімі:

- қақырықты жалпы тексеру;
- қақырық цитологиясы;
- микробтардың антибиотиктерге сезімталдығын тексеру, БК;
- кеуде торы мүшелерінің рентгенографиясы;
- отоларингологтың кеңесі;
- фтизиатрдың кеңесі;
- спирография;
- компьютерлі томография.

Емі. Ең тиімдісі - хирургиялық жолмен емдеу. Ісік басқа жүйелерге жайылса немесе қосымша кедергілер болса, химиялық терапия қолданылынады.

Профилактикасы. Аурудың алдын алу үшін ауадағы өндіріс орындарындағы газдарды, шаң-тозандарды, зиянды заттарды жойып, темекі шекпеу керек. Ісіктерді дер кезінде анықтау үшін жасы 40-тан асқандарды тағайындалған мерзімде жалпты флюорографиялық тексерістен өткізіп, өкпенің жедел ағымды ауруларын дұрыс анықтап, нәтижелі емдеп, тиянақты қадағалап отыру қажет.

4. Көрнекі материалдар: Презентация

5. Әдебиет: : Н:1,3,4;Қ:1,2,4,6; Эб:1,4,5,6,7,15.

6. Бақылау сұрақтар:

- Өкпе рагінің негізгі диагностика әдісіне жатады.
- Өкпе рагінің классификациясы.
- Химиотерапия, сәулелі терапия, иммунотерапия ем-домдары жайлы сипаттаңыз?

№ 4 дәріс

1. Тақырыбы: Жатыр мойнының қатерлі ісігі кезіндегі мейіргерлік күтім.

2. Мақсаты: Жатыр мойнының қатерлі ісігі кезіндегі мейіргерлік күтім

3. Дәріс тезистері:

QAZAQSTAN RESPUBLIKASY ONȚÜSTİK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Шұғыл медицина және мейіргер ісі» кафедрасы Дәріс кешені		57/19 () 34 беттің 11 беті

Жатыр мойнының обыры әйелдерде ең көп кездесетін онкологиялық дерттің бірі. Жатырдың төменгі бөлігінде жатыр мен қынапты біріктіріп тұратын мойын, яғни босану жолы бар. Жатыр мойнының обыры 16, 18, 31, 33, 35 немесе 39 түрге жататын адам папилломасының вирусынан туындаған цервикалды интраэпителиалды неоплазия (CIN) нәтижесі болып саналады. Көбіне жатыр мойнының обырына 45-50 жастағы әйелдер шалдығады. Алайда онкологтар соңғы уақытта бұл аурудың жас әйелдерден де анықталып жатқанын айтуда.

Жатыр мойнының обыры алдында қатерлі емес және обыралды процестер болады. Қарапайым эктопия, эндоцервикоз, лейкоплакия, эндометриоз, жатыр мойнының тыртықты деформациясы қатерлі емес процестерге, түрлі деңгейдегі жатыр мойнының дисплазиясы обыралды процеске жатқызылған.

Жатыр мойны обырының пайда болу себептері

- темекі шегу;
- бей-берекет төсек қатынасы;
- иммундық жүйенің әлсіреуі;
- бұрын болған немесе ағымдағы хламидий және жыныс жолымен берілетін басқа да инфекциялар;
- артық салмақ;
- үш немесе одан да көп мерзіміне жеткен жүктілік;
- жүктілікке қарсы дәрі-дәрмекті ұзақ уақыт қабылдау;
- 17 жасқа дейін бала көтеру;
- ерте басталған жыныстық қатынас;
- әлеуметтік төмен статус;
- онкологиялық ауруларға, соның ішінде жатыр мойнының обырына тұқымдық бейімділік.

Жатыр мойны обырының белгілері

"Менструалды кезеңнен тыс уақытта қан кету жатыр мойны обырының негізгі белгілерінің бірі болып саналады. Сонымен қатар иісі жағымсыз ақшыл бөлініс, іштің төменгі жағының аурулары, салмақ жоғалту, шаршаңқылық және кейде зәрде қан пайда болуы да осы ауру белгілеріне жатады", - дейді дәрігер.

Мына белгілер туындаса, дереу дәрігерге қаралу керек:

қан кету;

зәр шығару кезіндегі ауырсыну;

менопаузадан кейін қан кету;

төсек қатынасы кезіндегі ауырсыну немесе қан кету;

кіші жамбастағы ауырсыну белгілері;

вагиналды жайсыздық.

Жатыр мойны обырының кезеңдері

Обырдың басқа түрлері секілді жатыр мойны обырының да төрт даму кезеңі бар:

Бірінші саты – ісік жатыр мойнында орналасқан, бірақ жатырға немесе жақын орналасқан лимфалық түйіндерге қарай таралуы мүмкін;

Екінші саты – обыр жатыр мойнынан тыс аумаққа, қынаптың жоғарғы жағына қарай өседі;

Үшінші саты – ісік төменгі қынап, жамбас қабырғаларын зақымдап, зәр шығару жолдарын бұғаттауы мүмкін;

Төртінші саты – обыр тік ішекке немесе қуыққа және алыс орналасқан органдарға жетеді.

Жатыр мойны обырын емдеу

ONȚÜSTİK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Шұғыл медицина және мейіргер ісі» кафедрасы Дәріс кешені		57/19 () 34 беттің 12 беті

Жатыр мойнының обырын емдеу әдісін дәрігер науқастың жағдайы және аурудың сатысын есепке ала отырып белгілейді. Негізінен жатыр мойнының обырына шалдыққандар хирургиялық, сәулелік терапия, химиотерапия сынды әдістермен емделеді.

Хирургиялық емдеу. Бұл обырды емдеудің ең кең таралған әдісі. Ол қатерлі жасушалар сол органның шегінде орналасқан жағдайда қолданылады. Онкологияның осы түрінде операциялық араласудың негізгі үш түрі бар. Біріншісі – хирург жатыр мойнын, оның тіндерін және қынаптың жоғарғы жағын алып тастайды. Бірақ жатыр өз орнында қалады. Екіншісі – жоғарыда аталған барлық орган және жатырды алып тастайды, сондай-ақ аналық бездер және жатыр түтігін алып тастау да қажет болуы мүмкін. Үшіншісі – ота кезінде жатыр мойны, аналық бездер, қынап, қуық, жатыр, жатыр түтігі, тік ішекті алып тастайды. Операция негізінен дерт қайта қозған кезде қажет болады.

Химиотерапия. Бұл жағдайда обырды азайту немесе көзін жоюға арналған арнайы дәрі-дәрмек қолданылады. Препарат науқастың тамырына егіледі немесе оны дәрі түрінде қабылдайды. Бұл әдіс ауру қатты дендеген жағдайда, яғни дерт қайталанса немесе метастаз бар ісіктер денедегі шеткі аймақтарға енген болса қолданылады.

Сәулелік терапия. Бұл жағдайда обыр жасушаларын өлтіру үшін жоғары энергетикалық сәулелер қолданылады.

Аурудың кеш сатысында емдеу әдістері араластыра қолданылуы, яғни сәулеленуді химиотерапиямен бірге қолдануы мүмкін.

Диагностика

Әйел адамның гинекологтың тексеруіне тұрақты баруы өте маңызды. Қандай да бір өзгерісті анықтау үшін жатыр мойны обырының дифференциалды диагностикасы қажет. Ол мыналарды қамтиды:

- цитологиялық скрининг;
- жыныс мүшелерін көзбен шолып тексеру;
- кольпоскопия;
- жатыр мойнының биопсиясы;
- жатыр мойнындағы күдік тудырып тұрған учаскелердегі тіндерге биопсия жасау;
- мойын арнасынан қырынды алу;
- жыныс жолы арқылы жұғатын инфекцияларға тексеру;
- ПТР-диагностика: онкогендік қаупі жоғары АПВ анықтауға арналған тексеру.

"Ауру анықталған жағдайдың 90%-інде жатыр мойны обыры адам папилломасы вирусынан туындаған. Қазір бірқатар елде жатыр мойны обырын ерте сатысында анықтауға мүмкіндік беретін сұйықтық цитологиясы әдісі қолданылады. Жылына бір рет осындай тексеруден өтетін әйелдер обыралды өзгерісті алдын ала анықтай алады. Жыныстық қатынасқа түскен әйелдердің барлығы АПВ-тест тапсыруы керек. Онкогенді типтегі АПВ тесті, сұйықтық биопсиясы және жылына екі рет гинекологтың тексеруінен өту – жатыр мойны обырының ең жақсы диагностикасы", - дейді онколог дәрігер.

Жатыр мойны обырының алдын алу

"Жатыр мойны обырының профилактикасы – адамдардағы папиллома вирусына қарсы екпелердің болуы. Бұл екпе интимдік қатынас болмаған кезде жасалады. Ол обыр дертіне шалдығу және АПВ жұқтыру қаупін едәуір төмендетеді", - дейді дәрігер Дина Сакаева.

Жатыр мойнын цитологиялық тексеру ең тиімді әдістің бірі саналады. Оны үш жылда бір рет орындау қажет.

Жатыр мойнын тұрақты тексеру - бұл осы аурудың дамуын болдырмаудың негізгі әдісі. Сондықтан барлық қыз-келіншек өз денсаулығына әркез қамқорлық көрсетуі керек.

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Шұғыл медицина және мейіргер ісі» кафедрасы		57/19 () 34 беттің 13 беті
Дәріс кешені		

4. Көрнекі материалдар: Презентация

5. Әдебиет: Н:1,,2,3,4;Қ:1,2,3,4,6; ӘБ:1,4,5,6,7,15.

6. Бақылау сұрақтар:

- Жатыр мойны рагінің негізгі диагностика әдісіне жатады.
- Жатыр мойны рагінің классификациясы.

№ 5 дәріс

1.Тақырыбы: Сүт безінің қатерлі ісігі кезіндегі мейіргерлік күтім. Аутоиммунды аурулар

2.Мақсаты: Әлеуметтік мәнді аурулар туралы түсінік, түрлері, эпидемиологиясымен таныстыру.

3. Дәріс тезистері:

- Сүт безі қатерлі ісігі

Сүт безі қабырғаларды жауып тұратын, кеуде бұлшық еттерінде орнала қан. Әр сүт безі 15-20 бөліктен тұрады. Бөліктер одан кіші бөлікшелерден тұрады. Бөліктер сүт өндіретін бездердің топтарынан тұрады. Сүт бөліктерден түтік арқылы ағып, емшекке шығады. Емшек ареола деп аталатын, терінің қаралау келген жерінің ортасында орналасады. Бөліктер мен түтіктердің арасында май тіні болады. Сүт безінде лимфа тамырлары да кездеседі. Бұл лимфа тамырлары, домалақ келген мүшелерге, яғни лимфа түйіндеріне жалғасады. Лимфа түйіндері сүт безінің маңында, қолтықта, төс артында, бұғана астында, және т.б. жерлерде топталып орналасады. Лимфа түйіндері бактерияларды, қатерлі ісік жасушаларын және ағзаға зиян келтіретін басқа заттарды ұстап қалады. Қауіп факторлары Сүт безінің қатерлі ісігі не себепті пайда болатынын әлі күнге дейін ешкім білмейді. Дәрігерлер бұл аурудың неге кей әйелдерде дамып, кейбіреуінде дамымайтынын түсіндіріп бере алмайды. Олар жарақаттардың, қан кетулердің және сүт безінің пальпациясы қатерлі ісікке әкелмейтінін біледі. Сонымен қатар сүт безінің қатерлі ісігі жұқпалы емес. Ғалымдар кей әйелдердің белгілі қауіп факторларына жақын болуынан, қатерлі ісікке шалдығуы жоғары болып келетінін дәлелдеді. Қауіп факторы деп, аурудың дамуына әкелетін қолайлы жағдайлардың барлығын айтады. Зерттеу барысында сүт безінің қатерлі ісігінің келесі қауіп факторлары анықталды: Жасы: сүт безінің қатерлі ісігінің дамуы жас өскен сайын арта түседі. Сүт безінің қатерлі ісігі көбінесе 60-тан асқан әйелдерде анықталған. Бұл ауру менопаузаға дейін өте сирек дамиды. Сүт безінің қатерлі ісігін бастан кешіру: егер қатерлі ісік бір жақтағы сүт безінде дамыса, оның екінші жағында да даму қаупі жоғарылай түседі. Отбасы тарихы: егер әйел адамның анасы, сіңлісі немесе қызы сүт безінің қатерлі ісігімен ауратын болса, осы әйелде ауру қаупі жоғары болады. егер отбасы мүшелері 40 жасқа дейін осы аурумен ауратын болса, онда ауру қаупі еселей түседі. Осы аурумен басқа да туыстарының ауруы (анасы немесе әкесі жағынан), ауру қаупін жоғарлатады. Сүт безінің өзгерістері: кейбір әйелдердің сүт безінде, қалыптас тыс жасушалар анықталады. Осындай қалыптан тыс жасушалардың болуы (атипиялық гиперплазия, бөліктік орнықты карцинома), қатерлі ісіктің дамуын жоғарлатады. Генетикалық өзгерістер: белгілі гендердің өзгерісі, сүт безінің қатерлі ісігінің даму қаупін жоғарлатады. Осындай гендерге BRCA1, BRCA2, және т.б. жатады. дәрігер осындай гендердің өзгерісі анықталған әйелдерге, ауру қаупін төмендет үшін және ауру дамыса әйелдің жағдайын жақсарту үшін, тиімді жолдарды көрсете алады. Репродуктивті және менструалды тарихы: Егер әйел өзінің бірінші баласын неғұрлым кеш босанса, сүт безінің қатерлі ісігінің дамуы жоғарылайды. Менструалды кезеңі 12 жасқа дейін пайда болса, сүт безінің қатерлі ісігінің дамуы жоғарылайды. Менопауза 55 жастан кейін болса, қатерлі ісіктің дамуы жоғары болады. Балалары

ONȚÜSTİK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Шұғыл медицина және мейіргер ісі» кафедрасы Дәріс кешені		57/19 () 34 беттің 14 беті

болмаған әйелдерде де қатерлі ісіктің дамуы жоғары болады. Эстроген және прогестин сияқты гормон алмастырушы препараттарды қолдану қатерлі ісіктің дамуын жоғарлатады. Аборт жасау мен түсік тастаудың сүт безінің қатерлі ісігіне ешқандай қатысы жоқ екені, арнайы зерттеулер барысында дәлелденді. Нәсілі: Сүт безінің қатерлі ісігі ақ нәсілді әйелдерде, афроамерикандықтар мен латынамерикандықтарға қарағанда жиі кездесетіні анықталды. Кеуде торының радиациялық терапиясы: Кеуде торына (сүт бездеріне де) радиациялық терапия жасалынған әйелдер, әсіресе 30 жасқа дейін, қатерлі ісікке шалдығу қаупі жоғары. Бұлардың қатарына Ходжкиндік лимфомаға бағытталған сәулелік терапия қабылдаған әйелдерде жатады. әйелдердің сәулелік терапияны неғұрлым ерте жасында қабылдайтын болса, қатерлі ісікке шалдығу қаупі соғұрлым жоғары болады Сүт безінің тығыздығы: сүт безі тіні майлы немесе тығыз болуы мүмкін. егде жастағы әйелдерде маммограммада (сүт безінің рентгенограммасы) сүт безінің тығызданғаны анықталса, қатерлі ісік дамуы жоғары топқа жатқызылады. ДЭС (диэтилстилбэтрол) қабылдау: ДЭС АҚШ-та 1940 пен 1971 жылдар аралығында жүкті әйелдерге ұсынылған. (Қазіргі таңда бұл препарат жүкті әйелдерге тағайындалмайды.) жүктілік кезінде ДЭС қабылдаған әйелдерде қатерлі ісіктің даму қаупі айтарлықтай жоғары болмайды. Менапаузадан кейінге семіздік: менапаузадан кейін қатерлі ісікпен ауру қаупі, толық әйелдерде, арықтарға қарағанда жоғары болады. Дене белсенділігінің жеткіліксіздігі: Дене белсенділігі аз әйелдерде, сүт безінің қатерлі ісігімен ауру қаупі жоғары болады. дене шынықтырумен көп айналысса ол алдымен семіздіктің алдын алады, сонымен қатар сүт безінің қатерлі ісігінің де даму қаупін азайтады. Алкагольды қабылдау: зерттеулер барысында алкагольды көп қабылдайтын әйелдердің сүт безінің қатерлі ісігімен ауру қаупі жоғары болатыны анықталған. басқа да мүмкін болатын қауіп факторлары зерттеліп жатыр. Ғалымдар диетаның, дене белсенділігінің, және генетикалық факторлардың ауруға деген қатысын зерттеп жатыр. Сонымен қатар айналадағы заттардың сүт безі қатерлі ісігінің дамуына қандай қатысы бар екені анықталып жатыр. Қауіп факторларының көбісінен құтылуға болады. ал отбасы тарихында сүт безі қатерлі ісігінің болуы сияқты факторлардан құтылуға болмайды. Әйелдер егер белгілі факторлардан аулақ болып, сақтанып жүрсе, қатерлі ісікпен ауру қаупі кішкене болсын төмендейді. Сонымен қатар қауіп қатер факторлары жоғары болып тұратын әйелдердің, сүт безі қатерлі ісігімен ауырмайтын кездері де кездеседі. Ал қатерлі ісікке шалдыққан әйелдердің отбасы тарихында бұл аурудың кездеспеген кездері де болған. Егер сіз өзіңізді қауіп факторы жоғары топқа жататыныңыз жайлы ойласаңыз, бұл жайында дәрігерден кеңес алыңыз. Дәрігер сізге аурудың қаупін азайту жайында тиімді жолдарды ұсынып, тұрақты зерттеу жоспарын тағайындайды. Скрининг [2772] Сүт безіқатерлі ісігіне бағытталған скрининг, оның симптомдары пайда болмай анықтауда пайдалы болады. Скрининг ауруды бастапқы сатысында анықтап, оны емдеуде маңызды рөл атқарады. Қатерлі ісікті неғұрлым бастапқы сатысында анықтаса, оның емінің тиімділігі соғұрлым жоғары болады. Дәрігеріңіз сізге қатерлі ісікті анықтау мақсатында келесі скринингтік тесттерді ұсына алады: · Скринингтік маммограмма Сүт безін клиникалық тексеру Сүт безін өз бетінше тексеру Сіз дәрігеріңізден сүт безі қатерлі ісігіне тексерісті қай уақытта бастап, қанша уақыт аралығында келіп тұруды сұрауыңыз қажет. Скринингтік маммограмма Сүт безі қатерлі ісігін ерте сатысында анықтау үшін келесі нәрселер ұсынылады: 40 немесе одан жоғары жастағы әйелдер үшін әр 1-2 жыл сайын маммографиядан өтіп тұруы қажет. Маммограмма – бұл рентген сәулесі көмегімен жасалынатын сүт безінің кескіні. 40-тан жас, ауру даму қаупі жоғары топқа жататын әйелдер дәрігерге қаралып, тексерісті қашан және қанша уақыт аралығында өтіп тұруы жайлы кеңес алуы қажет. ісікті қолға сезілместен бұрын, кескіндегі тығыздалу арқылы

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Шұғыл медицина және мейіргер ісі» кафедрасы Дәріс кешені		57/19 () 34 беттің 15 беті

анықтауға болады. Бұл әдіс арқылы сіз кальцийдің кішкентай бөлшектерінен тұратын кластерлерді де анықтай аласыз. Бұл бөлшектер микрокальцификаттар деп аталады. тығыздықтар және ұсақ бөлшектер қатерлі ісіктің белгілері немесе ісікалды жасушалары болуы мүмкін. қатерлі ісікті анықтау үшін тағы да зерттеулер қажет болады. Егер маммограммада қалыптан тыс жасушалар анықталса, қосымша рентгендік зерттеулер тағайындалуы мүмкін. Сонымен қатар биопсияда қажет болуы мүмкін. Биопсия – қатерлі ісікті анықтауда жалғыз сенімді әдіс болып табылады. («Диагноз» бөлімінде биопсия жайлы толық ақпарат ала аласыз.) Маммография қатерлі ісікті ерте кезеңінде анықтаудағы дәрігерлердің таптырмас құралы болып табылады. Бірақ маммографияда да қателіктер кездеседі: Маммография қатерлі ісіктерді кейде көзден жіберіп алады (нәтижесі «жалған теріс» деп аталады) Маммография кескінде кейбір түзілістерді көрсетеді, бірақ олар тексеріс барысында қатерлі ісік болмай шығады. (нәтижесі «жалған оң» деп аталады) Тез өсетін ісіктер маммограммада анықталмай тұрып, тез арада басқа мүшелер мен тіндерге тарылып кетеді. Маммографияда радиацияның өте төмен дозасы қолданылады. Осыдан туатын зиянды әсерлердің көлемі өте кішкентай болады, бірақ кейбір жағдайларда бұларда ыңғайсыздықтарға алып келуі мүмкін. бірақ зиянына қарағанда пайдасы көбірек тиеді. Рентгендік тексеріс керек жағдайда, міндетті түрде дәрігерлермен ақылдасу қажет.

4. Көрнекі материалдар: Презентация

5. Әдебиет: Н:1,,2,3,4;К:1,2,3,4,5,6; Әб:1,4,5,6,7,9,15.

6. Бақылау сұрақтар:

- Сүт безі рагінің негізгі диагностика әдісіне жатады.
- Сүт безі рагінің классификациясы

№6 дәріс

1.Тақырыбы: Қантты диабет. Эпидемиологиясы. Әлеуметтік мәні.

2.Мақсаты: Қантты диабеттің этиологиясын, патогенезін, клиникасы және диагностикасын үйрену.

3.Дәріс тезистері:

- Қантты диабет
- Инсулинге тәуелді қантты диабет
- Инсулинге тәуелді емес қантты диабет

Қантты диабет - организмде инсулиннің абсолютті, не салыстырмалы жеткіліксіздігінен туындайды және көмір сутегі, майлар, белоктар алмасуларының қатты өзгеруімен сипатталатын ауру.

БДҰ анықтамасына сай (1985) – қантты диабет – ағзаға генетикалық және экзогенді факторлардың әсерінен дамидын созылмалы гипергликемиялық жағдай.

Әлемдегі тұрғындар арасында қантты диабеттің таралуы шамамен

2-4% құрайды. Қазіргі таңда қантты диабетпен ауырытын адамдар саны бүкіл әлемдегі 120 млн. Науқастарды құрайды.

Сырқаттың негізгі екі түрін ажыратады 1 типі- инсулинге тәуелді (ИҚТД), 11 типі-инсулинге тәуелді емес қантты диабет (ИТЕҚД). Этиологиялық факторлардың саны көп. Қантты диабеттің 1-типінің пайда болып, дамуына вирустық инфекциялар (Коксаки, қызылша, эпидемиялық паротит вирустары) әсер етеді. ИТҚД-ке бейімділік НЛА жүйесінің белгілерімен байланысты, зерттеу аутоиммундық диабетінің 1-типінде Лангерганс

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Шұғыл медицина және мейіргер ісі» кафедрасы		57/19 () 34 беттің 16 беті
Дәріс кешені		

аралшықтарының антигендеріне антиденелер түзілуімен дәлелденеді, ИТЕКД кезінде алиментарлық семіздік бірден-бір себеп екені дәлелденген жәйт.

Инсулиннің абсолюттік, не салыстырмалы жеткіліксіздігі зат алмасу үдерістерінің барлық түрін бұзады: көмір сутегі алмасуын (гипергликемия, глюкозурия, бауырда гликоген синтезінің нашарлауы), белок алмасуын (глюкоза түзу үшін организм өз тінінің белогын ыдыратады, бұл кезде теріс азотты баланыс дамиды), май алмасуын (инсулин тапшылығы липолизды күшейтіп, қандағы еркін май қышқылдарының мөлшері артады, олардан кетон денелері түзіліп, кетоацидозға ұшыратады), су-тұз алмасуын (глюкозуриядан бүйрек өзекшелеріндегі осмостық қысым көтеріліп, зәрдің көбеюі дамиды), ол сусыздануға және калий, натрий иондарын жоғалтуға әкеп соғады.

Инсулинге тәуелді қантты диабет (ИТҚД) – сыртқы ортаның әсер етуші факторларының әсерінен (вирусты инфекция, цитотоксикалық заттар) тұқым қуалауға бейімділік болған жағдайда туындайтын аутоиммундық ауру.

ИТҚД ауруының дамуына әсер ететін келесі факторларды көрсетеді:

- тұқым қуалауға бейімділік;
- аутоиммундық аурулар, бірінші кезекте эндокринді (аутоиммунды тиреоидит, бүйрек үсті безінің созылмалы жеткіліксіздігі);
- вирусты инфекциялар, олар Лангерганс аралшықтарының қабынуын (инсулит) және (β-клеток) зақымдануын тудырады.

Этиология

Генетикалық факторлар мен и маркерлер

Қазіргі таңда қантты диабеттің себебі ретінде генетикалық фактордың рөлі наты дәлелденген. Бұл қантты диабеттің негізгі этиологиялық факторы.

ИТҚД полигенді ауру болып табылады, оның негізінде 6 хромосомада кемінде 2 мутантты диабеттік ген орналасады. Олар әртүрлі антигендерге әсер ететін ағза мен бетта-жасушалардың жауабы ретінде генетикалық негізделген, жекеленген HLA-жүйесімен (Д-локусімен) байланысты. ИТҚД тұқым қуалаушылық полигенді болжамы бойынша әлсіреген вирусқа қарсы иммунитетке немесе вирусты агентке β-жасушалардың сезімталдығының жоғары болуын немесе инсулярлы аппараттың аутоиммунды заымдануына тұқым қуалаушылық бейімділігін рецессивті жолмен берілетін ИТҚД екі мутанттық генінің (немесе екі топ гендер) болуы саналады.

ИТҚД тұқым қуалаушылық бейімділік HLA-жүйесінің белгілі гендерімен байланысты, олар осы бейімділіктің маркерлері болып есептеледі.

Вирусты инфекция

Вирусты инфекция ИТҚД туындауына әсер етуші фактор болуы мүмкін. ИТҚД клиникасының көрінуіне ең жиі мына вирусты инфекциялар әсер етеді: қызамық (қызамық вирусы ұйқы безінің аралшықтарына троптылығы бар, олар жинақталып және онда көбеюі мүмкін); Коксаки В вирусы, В гепатитінің вирусы (инсулярлы аппаратта көбеюі мүмкін); эпидемиялық паротит вирусы (эпидемиялық паротиттен кейін 1-2 жылдан соң балаларда ИТҚД аурушандық көбейеді); инфекциялық моноклеоз; цитомегаловирус; тұмау вирусы және т.б.

Инсулинге тәуелді емес қантты диабет (ИТЕКД) азіргі уақытта шеткері тіндердің инсулинге сезімталдығының (инсулинорезистенттілігінің) және инсулин секрециясының бұзылуымен сипатталатын гетерогенді ауру ретінде қарастырылады.

ИТЕКД ауруының дамуына әсер ететін келесі факторларды көрсетеді:

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Шұғыл медицина және мейіргер ісі» кафедрасы Дәріс кешені		57/19 () 34 беттің 17 беті

- тұқым қуалаушылық бейімділік: ИТЕҚД-нің генетикалық негізі 100% жағдайда анықталып келеді. Ата-анасы немесе жақын туыстары қантты диабетпен ауырса ИТЕҚД ауруына шалдығу қаупі 2-ден 6 есеге дейін артады;
- ИТЕҚД-нің даму қаупінде семіздік маңызды фактор болып табылады. ИТЕҚД-нің даму қаупі семіздіктің I дәрежесінде 2 есе, II дәрежесінде 5 есе, III дәрежесінде 10 еседен де артады. ИТЕҚД-нің дамуы майлардың дененің төменгі бөліктеріндегі шеткері таралуына арағанда, семіздіктің абдоминалды түрімен тығыз байланысты болады.

Этиологиясы

Генетикалық фактор

ИТЕҚД дамуында генетикалық факторға аса көңіл бөлінуде. ИТЕҚД-нің генетикалық негізін мына жағдай: біржұмыртқалы егіздерде олар 95-100%-нда дамуы дәлелдеп беруде. Қазіргі кезде екі мүмкін нұсқада қарастырылуда:

- екі ақаулы гендердің болуы, олардың бірі (11 хромосомада) инсулиннің бөлінуінің бұзылуына жауапты, ал екіншісі инсулинге тұрақтылыққа (инсулиндік рецепторлардың синтезіне жауапты 12 хромосоманың ақаулы генінің болу мүмкіндігі);
- жасушаларға глюкозаның жеткізілуінің төмендеуіне немесе глюкозаға β -жасушалармен инсулиннің бөлінуінің төмендеуіне алып келетін глюкозаны β -жасушалардың немесе шеткері тіндердің тану жүйесіндегі жалпы генетикалық ақаудың болуы.

Артық тамақтану және семіздік

Диабетогенді тағамдар жоғары калориялы құрамында жеңіл сіңірілетін көмірсулар, тәттілер, алкоголь тағамды қабылдау, және өсімдік клетчаткаларының тапшылығымен сипатталады. Мұндай тамақтанудың рөлі әсіресе аз қозғалатын өмір салтында жоғарылай түседі. Тамақтанудың аталған сипаты және семіздік инсулин секрециясының бұзылуы мен инсулинге тұрақтылықтың дамуымен тығыз байланысты.

Инсулин секрециясының бұзылуы

Инсулин секрециясының бұзылуы ИТЕҚД бірінші ақау кілті болып табылады және инсулиннің ұзақ уақыт тапшылығы глюкоза мен мочевианың сүзілуінің төмендеуіне алып келіп, бүйрек каналшаларында су мен электролиттердің реабсорбциясы төмендейді. Нәтижесінде электролиттерді (натрий, калий, магний, фосфор) жоғалтады және дегидратация жоғарылайды.

Ақуыз алмасуының бұзылуы

Қантты диабетте ақуыздың синтезінің төмендеуін тудыратын, глюкоза метаболизмінің пентозды айналымының белсенділігі төмендейді.

Глюконеогенездің жоғарылауы глюконеогенез аминқышқылдарынан тұратындығынан ақуыз катаболизмінің күшеюімен, оның қорының сарқылуымен жүреді. Ақуыз синтезінің төмендеуі және ақуыз катаболизмінің жоғарылауы *жүдеуге және бұлыңқеттердің гипотрофиясына әкеледі.*

Май алмасуының бұзылуы

Инсулиннің тапшылығы және глюкоза метаболизмінің пентозды айналымының тежелуі майлардың синтезін бұзады және липолизді үдетеді, нәтижесінде май қышқылдары мен глицериннің мөлшері артады. Май қышқылдарының үлкен көлемі бауырға түсіп, онда бейтарап майларға айналады және *бауырдың майлы дистрофиясын* тудырады.

Май қышқылдарының артуы сонымен қатар көп көлемде кетон денешіктерін түзеді, олар Кребс айналымында ыдырап кетеді де, *кетонемия, кетонурия* дамиды. Ағзадан кетон денешіктерін жою үдерісіне өкпелер қатысады да, ауыздан *ацетон иісі* шығады. Кетонурия (несеппен кетон денешіктерінің: Р-оксимаслялды және ацетосірке қышқылды

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Шұғыл медицина және мейіргер ісі» кафедрасы		57/19 () 34 беттің 18 беті
Дәріс кешені		

шығуы) гипонатриемия және гипокалиемия тереңдейді, себебі Р-оксимаэлялды және ацетосірке қышылы натрий және калий иондарымен байланысады. уккусная кислоты связываются с ионами натрия и калия.

Клиникалық көрінісі. 1 типті қантты диабет жас адамдарда жиі кездеседі және тез дамиды, мұндай аурулардың ауруханаға кома немесе прекома жағдайында түсуі әбден мүмкін. Қантты диабетінің 11 типі баяу дамиды, кейде кездейсоқ анықталады, көбіне орта және егде жастағы адамдарда кездеседі. Науқастар ауыздың құрғауына, шөлге (полидипсия), зәрдің көп мөлшерде бөлінуіне (полиурия), қатты ашығуға(булимия), терінің қышуына, салмағының азаюына шағымданады. Қарап тексеру кезінде тері қабаттарының, бет және мандай тұсының қызарғанын,кей жерлерде қабыршақтанғанын білуге болады. Қантты диабетпен ауыратын науқастар шиқанмен және саңырауқұлақты аурулармен, туберкулезбен сырқаттануға бейім келеді.

Қантты диабет ауруында жүрек-тамырлар жүйесі зақымданады, ол ең алдымен атеросклероздың сипатты көрінісі болып табылады. Қантты диабетпен ауыратын адамдарда миокард инфарктісі екі есе жиі кездеседі. Атеросклероз аяқтың ұсақ тамырларын зақымдайды(диабеттік микроангиопатия), біртіндеп ойық жараға, кейін шіріп, гангренаға айналады. Кішкене қан тамырларының зақымдануы(микроангиопатия) бүйрек пен көздің торлы қабатының тамырларын да қамтиды. Диабеттік нефропатия протеинурия және артериялық қан қысымының көтерілу белгілерімен көрініп, соңғы кезеңдерінде диабеттік гломерулосклерозға (Киммельстил-Уилсон синдромы), ол бүйрек қызметінің созылмалы жеткіліксіздігіне әкеліп соғады. Бұл қантты диабет ауруларының қазаға ұшырауының бірден-бір себебі болып табылады.

Науқастардың 60-80% -де диабеттік ретинопатия кездеседі, ол көздің көруінің нашарлауына, кейін катарактаға ұласады.

Нерв жүйесінің зақымдануы диабеттік нейропатиямен (сезгіштіктің, рефлексстердің төмендеуі, парестезиялар) сипатталады. Сондай-ақ диабеттік энцефалопатия дамиды, ол есте сақтау қабілетінің төмендеуімен және т.б бұзылыстармен анықталады. Қандағы қанттың мөлшерінің көбеюі (гипергликемия) –қантты диабет ауруының негізгі белгісі. Қалыпты жағдайда глюкозаның қандағы мөлшері 3,8- 6,7 ммоль/л. Бүйректердің өзекшелерінде қанттың толық қайта сіңірілмеуі нәтижесінде, қандағы глюкоза мөлшері 8,88 ммоль/л-ден асқан шақта, зәрде де қант анықтала бастайды.

Қантты диабет ауруын анықтау үшін арнайы сынақ жүргізіледі (қантты жүктеме) науқасқа 75г глюкоза ішкізіп, 2 сағаттан кейін қайта өлшейді, ол сол кезде бұрынғы деңгейіне келуі тиіс. Егер бұл көрсеткіш капиллярлық қанда 7,8-11,1 ммол/л болса, глюкозаға тән толеранттық бұзылуын көрсетеді.

Қантты диабеттің ауыр түрдегі асқынуларында диабеттік (кетоацидоздық), гиперосмолярлық, гипогликемиялық комалар жатады. ИБЕКД-тің даму барысы көбіне жеңіл не орташа болады, ал ИБКД-тіні –ауыр, ауыр орташа болып келеді. Қантты диабетті теңелту үшін 200 ЕД жоғары инсулин қажет болған уақытта *инсулинрезистентті қантты диабет* дейміз. Бұл кезде инсулинге қарсы денелер пайда болады.

4. Көрнекі материалдар: Презентация

5. Әдебиет: Н:1,,2,3,4;К:1,2,3,4,5,6; Эб:1,4,5,6,7,9,15.

6. Бақылау сұрақтар:

- Қантты диабетке анықтама беріңіз.
- Қантты диабеттің екі негізгі түрін атаңыз.
- ИТҚД дамуын жоғарылатаны әсер етуші қандай факторлар бар.

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Шұғыл медицина және мейіргер ісі» кафедрасы Дәріс кешені		57/19 () 34 беттің 19 беті

№7 дәріс

1. Тақырыбы: ЖИТС кезіндегі мейіргерлік күтім. Медицина қызметкеріндегі эмоционалды күйзеліс синдромы. Алдын алу. Асқынулар. Шешу жолдары

2. Мақсаты: АИВ – инфекциясы, ЖИТС этиологиясын, патогенезін, клиникалық көріністері мен оларды анықтау жолдарын үйрету. Эпидемиологиясы және әлеуметтік мәнімен таныстыру.

3. Дәріс тезистері:

- АИВ вирусы
- Этиологиясы
- Патогенезі
- Жіктелуі
- Клиникасы

АИВ вирусы

Ұзақ уақыт лимфоциттерде, макрофагтарда, жүйке тіндерінде персистерлеуші қабілеті бар адамның иммуножетіспеушілік вирусымен шақырылатын ауру. Тіндерде ұзақ уақыт сақталуы салдарынан организмнің нервті және иммундық жүйесін баяу зақымдайды, ол екіншілік инфекциялар, жеделдеу энцефалитпен, ісіктер және тағы да басқа патологиялық өзгерістермен сипатталады, осының бәрі науқас адамның өліміне әкеледі. АИВ инфекция бірнеше кезеңдермен өтеді, соңғы кезеңнің ЖПИЖС терминімен анықтайды (синдром – жүре пайда болған иммундық жетіспеушілік). Қазірі кезеңде АИВ инфекция өте тез өршуге бейім.

Егер 1994-95 жылдар әлемде 16 млн АИВ жұқтырылғандар және 985 119 ЖПИЖС ауру адам тіркелсе, 2000 жылы осы көрсеткіш 3-4 есе өсті. Күніне әлемде 16 000 жас адамдар АИВ жұқтырады және 7 000 адам осы аурудан қайтыс болады.

Қазақстан бойынша 1997-1998 жылдары алғашқы белгілер кезеңінде 90 пайызына дейін АИВ жұқтырылғандар тіркелсе, ал 2000 жылы олардың саны 52 пайызға төмендеді, ал екіншілік көріністермен аурулардың саны көбейді 10 пайыздан 48 пайызға дейін. ҚР-да 01.10.2000 жылға дейін 1 226 – АИВ жұқтырғандар тіркелген, ал ЖПИЖС-мен аурулар 2,8 пайыз құрайды, өлім – 7,4 пайыз. Алғашқы орында келе жатқан қазір Қарағанды облысы, онда ауру сырқаулық осы аурумен 79,3 пайыз, ал Павлодар, Қостанай, Оңтүстік Қазақстан облыстары, сонымен қатар Алматы қаласы жағдайлары қолайсыз региондарға жатады. Эпидемиялық процессіне репродуктивті жастағы әйелдердің кіруі жаңа туған балалардың бұл аурудың жұғуына ықпал жасап отыр. ҚР-да 2000 жылдың 1/Х (қазанында) АИВ жұқтырған 22 әйелден 22 бала дүниеге келді. Арудың жұғу жолы әр елде әртүрлі. мысалы: Батыс Европада перинатальды жұғу дамыған (70-80%). Жасөспірімдерде – жынысты жол, гемотрансфузионды жолдың маңызы төмен (20-25%) шешесінен баласына трансплацентарлы жолмен АИВ жұқтырған әйелден туған балада осы инфекция анықталмаса да олардың арасында өлім көрсеткіші жоғары, себебі олар иммуножетіспеушілік жағдайда туылады, сондықтан оларға кез келген басқа аурулар жеңіл жұғады, сол ауру салдарынан қайтыс болуы мүмкін.

ЖИТС-мен ауыратын әйелдерден туған балаларда 1 жасқа дейін 14%-ауру пайда болады, 1 жастан кейін – 11-12% АИВ табылады. Орташа сеппен 4 жасқа дейін 54% балаларда осы ауру анықталады.

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Шұғыл медицина және мейіргер ісі» кафедрасы Дәріс кешені		57/19 () 34 беттің 20 беті

Ересек адамдарға қарағанда АИВ инфекцияға балардың сезімталдығы жоғары, қан арқылы жұққанда инкубациялық кезең қысқа болады.

Вертикальды жұғу жолын азайту үшін ауру әйелге азидотимидин (зидовудин, ретровир, тимозид) дәрілерін бергенде перинатальды жолмен ауру жұққан нәрестелер саны 4 есе азайғаны анықталған.

Этиологиясы

Қоздырғышы – 1984-85 жылдары анықталған. Ол ретровирустар тобына жататын, құрамында РНҚ-сы және кері транскриптазасы бар вирус. Қазіргі кезеңде АИВ вирусының 2 типі белгілі, олардың кейбір антигендерінде ерекшеліктері бар: АИВ-1 және АИВ-2, соғысы Батыс Африкада жиі кездеседі. Вирус геномы екі түрде кездеседі: РНҚ және ДНҚ.

Вирус сыртқы ортада тұрақсыз. Ол 560 С қыздырғанда 30%, ал қайнатқанда 1-5/ өледі дезинфирлеуші заттардың әсерінен ез өледі (3% сутегінің асқын тотығы, 5% лизол, 0,6% Na гидрохлориді). Ультракүлгін сәулесіне тұрақты.

Патогенезі

Табиғи жолмен жұққанда АИВті кіру қақпасы болып саналады – тік ішек пен гениталий шырышты қаттары, тік ішектің бір қабатты эпителийінен вирустың ену жолы өте жеңіл, қынаптың көп қабатты эпителийіне қарағанда. Лимфатикалық жүйе арқылы АИВ қанға өтеді де, көптеген мүшелер мен тіндерге таралады. Егер жұғу жолы парэнтеральды болса, онда АИВ бірден қанға түседі.

АИВ тінге өткеннен соң ревертаза (немесе кері транскриптаза) ферментінің көмегімен өзінің РНҚ үлгісін салып ДНҚ түзеді, ол ДНҚ сау тін ДНҚ-сын ауыстыруы қажет, сау тін ДНҚ-сының орнына енгеннен кейін сол тінде провирус жағдайында өмір бойы қалады. АИВ тіндерге таңдамалы адсорбцияланады, АИВ тек мембрана құрамында СД 4+ белогі бар тіндерге жабысады. Ол белок вирусына рецептор болып саналады gr 120. Ондай клеткаларға жатады: Т лимфоциттер – хелперлер, макрофагтар, В лимфоциттер, нейроглиялар, шырышты қабаттар. Әсіресе, Т-хелперлерге тропизмі жоғары (СД 4+).

Бірақ Т хелперлер санының төмендеуінің себебі тек қана цитопатиялық әсердің салдарынан Т-хелперлердің бұзылуы ғана емес, сонымен қатар, инфицирленген тіндердің инфицирленбеген тіндермен қосылуы салдарынан болуы мүмкін.

Сонымен қатар, В-+лимфоциттердің де қызметі бұзылады, нәтижесінде организмде иммуноглобулиндер мен айналымдағы иммундық комплекстер түзіледі, бұл өзгеріс оның санының одан әрі төмендеуіне, аутоиммундық процесстің дамуына әкеледі.

Жұқпалы процесстің дамуының алғашқы фазаларында организм тініндегі өзгерістерді компенсирлейді., бірақ бірітіндеп қорғаныс қызметі төмендегенде, вирус өте өп көбейгенде нағыз ЖПИЖС дамиды.

Жіктелуі

АИВ-инфекция - өмір бойына созылатын инфекция, АИВ-тан бастап ЖПИЖС-қа дейінгі (сау адамнан терминалды жағдайға) кезеңдерден тұратын ауру.

Покровский В.И. ұсынған жіктелуде осы ерекшеліктер ескерілген (1989 ж).

Бұл жіктелу АИВ жұқтырған адамдарды және диспансерлік бақылауын жүзеге асыруға, аурудың ағымын бастауға, ауруды емдеу тактикасын анықтауға өте қымбат тұратын лабораториялық зерттеулерді жүргізбей-ақ дәрілік препараттарды тағайындауға қолайлы рұқсат беретін жіктеу.

Иммуножетіспеушіліктің тереңдігін, яғни СД4 – құрамын және вирустың жүктемені ескертіп жіктелудің маңызы зор.

АҚШ-та 1993 жылы комплексті клинико-иммунологиялық АИВ/ЖПИЖС жіктелуі қарастырылған, барлық жерлерде қолданылады.

ONȚŪSTIK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Шұғыл медицина және мейіргер ісі» кафедрасы Дәріс кешені		57/19 () 34 беттің 21 беті

Клиникалық белгілеріне қарап 3 категорияны анықтаймыз, олар А, В және С деп бөлінген.

А – клиникалық категория - алғашқы белгілер кезеңіне сай келеді. С – клиникалық категориялар екіншілік белгілерге, яғни ЖПИЖС-ге әкелуі мүмкін. В клиникалық категориясы аралық категория ретінде саналады. СДС жіктелуінде кезеңдерге байланысты клиникалық ажыратулар иммуножетіспеушіліктің тереңділігінің ескеруімен қоса келтірілген.

Клиникасы

Осы ауруға тән белгілер жоқ, бірақ жақсы, толық жиналған анамнез және объективті ұрап тексеру дәрігерге дұрыс алдын-ала диагноз қоюға көмектеседі. Инкубациялық кезең: 2-3 аптадан бастап 3 айға дейін, кейде 1 жылға дейін. Инкубациялық кезеңнен кейін науқастардың жартысында жедел АИВ инфекция белгілері пайда болады (50-90). Жедел қызбалы инфекция кезеңі клиникалық белгілердің көптігімен анықталады. Практика жүзінде жедел АИВ-инфекция диагнозы, әдетте, ретроспективті қойылады, (бірнеше ай немесе жал өткеннен кейін).

Бұл сырқаттың ұзақтығы бірнеше күннен 1-2 айға дейін созылады, көбінесе, «сауығумен» аяқталады. Жиі, АИВ-ң жедел кезеңі моноклеозға ұқсас синдром ретінде өтеді (15-30%). Кейде жедел кезеңі ЖРВИ сияқты өтеді. Кейде жедел энтероколит белгілерімен, серозды менингит, энцефалопатиялар, инстерстициальды пневмониялармен өтеді (2-3%) тромбоцитопениялық пурпура белгілері анықталды.

Алғашқы көріністер кезеңі 2Б – (белгілерсіз) аурудың клиникалық белгілері анықталмайды. Белгілерсіз түрі өте жиі кездеседі. АИВ жұқтырылған адамдарда осы кезеңде тек қана қанда АИВ-қа қасы антиденелер табылуы арқылы анықталады. Белгілерсіз түрлерінің ұзақтығы бірнеше жылдар (25-10 және одан да көп жылдар).

Алғашқы көріністер кезеңі 2В – жайылған прогрессирлеуші лимфоаденопатия жедел АИВ- инфекциядан кейін дамиды немесе белгілерсіз тасмалдаушы фонында дамиды. Жайылған прогрессирлеуші лимфоаденопатия (ПГЛ) белгілерсіз, кейде аздап дене қызуы көтерілуі мүмкін, қалтырау, түнде қатты тершендікпен сипатталады. Бауыр, көкбауыр ұлғаяды. ПГЛ-да ауру белгілерінің болуы қолайсыз болжам белгілері, ол аурудың өте тез өршіп жатқанын көрсетеді.

Екіншілік ауру кезеңі. Өртүрлі аурулардың, атап айтқанда оппортунистік аурулардың қосылуы ЖПИЖС басталғанын көрсетеді. Бастапқы кезеңі әлсіздікпен, жұмыс қабілетінің төмендеуімен, тершендікпен, тәбеттің төмендеуімен, диареямен, өртүрлі интеркурентті аурулардың қосылуымен сипатталады.

Екіншілік аурулар кезеңінде А,Б,В формаларын анықтайды.

Балаларда жіктелуіне байланысты клиникасына қарай 3 кезеңін ажыратады.

Біріншілік көріністер кезеңінде (А кезеңі) – қызудың тұрақты жоғарылауы, лимфоаденопатия, гепатоспленомегалия, диарея, паротит болуы мүмкін.

В – кезеңі – аралық.

С – терминалды кезеңі.

Балаларда клиникалық белгілергі бойынша бірнеше түрде өтеді (жетекші синдром). Нәрестеде трансплацентарлы жолмен жұғуының көрсеткіші болуы мүмкін: дене салмағының жетіспеушілігі, мерзімінен ерте туылуы, микроцефалия, дискрания.

Туа пайда болған АИВ инфекциясының клиникалық белгілері: мерзімінен ерте туу, дистрофия, бет-әлпетінің дисморфизмі (гипертейлоризм, гидроцефалия, мұрын белағашының түсіп тұруы, жоғарғы ерін науасының томпаюы) және де психомоторлы дамуының артта қалуы, рецидивті диарея, көз шелінің көгілдір, серологиялық зерттеудің оң

ONȚÜSTİK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Шұғыл медицина және мейіргер ісі» кафедрасы Дәріс кешені		57/19 () 34 беттің 22 беті

және де психомоторлы дамуының артта қалуы, рецидивті диарея, көз шелінің көгілдір, серологиялық зерттеудің оң болуы.

6 айдан кейін неврологиялық белгілердің үдей түсуі байқалады – ақыл-ойының төмендеуі, жүріп-тұруының өзгерулері, патологиялық рефлексстердің пайда болуы, парездер анықталады. Бұл белшілер АИВ жұқтырған науқастардың 10-30% -да кездеседі. АИВ-инфекциясымен ауыратын балаларға тән: әртүрлі неврологиялық бұзылыстар, анықталады. Компьютерлік томограммада базальды ганглияларда кальцификаттар және ми аторфиясы анықталады.

Алғашқы айлардан бастап-ақ В-клеткалық иммунитеттің жетіспеушілігі байқалады.

Нейролия клеткаларының зақымдалуы салдарынан балаларда өте жиі үдеген энцефалопатия байқалады (50% аса жағдайда).

Шеткі нерв жүйелерінің де зақымдануы мүмкін – полирадикулоневриттер.

ЖИТС ассоцирленген аурулар қатарында балалар да жатады – лимфоцитарлы интерстициальды пневмония, органдардың цитомегаловирусты зақымдануы, бауыр, көкбауыр және лимфа түйіндерден басқа. Тері мен ішкі органдардың герпетикалық зақымданулары, мидың токсоплазмозы.

Бактериальды инфекциялардан балларда жиі стафилококкты, пневмококкты, гемофильді таяқшамен, салмонеллалармен шақырылатын аурулар жиі кездеседі.

Өте сирек балаларда онкоЖИТС деп аталатын ауру кездеседі.

Диагностикасы. Диагноз эпидемиологиялық, клиникалық және лабораториялық мәліметтерге сүйеніп қойылады.

Лабораториялық тәсілдерден – ИФА-мен арнайы антиденелерді анықтау. Егер нәтижесі оң болса, оны дәлелдеу үшін басқа сериялы тест – системе қолданылады, егер екінші анализ теріс болса, онда анализді үшінші рет қайталайды. Үшінші рет анализ теріс болса, онда иммуноблогта дәлелдейді, ол тәсіл сенімді, себебі суммарлы антиденелерді емес, ол вирустың жеке белоктарына антиденелерді іздейді. Егер нәтиже күмәнді болса, онда ол адамдар қадағалауға алынады және анализ 3-6 айдан соң қайта жасалынады. Осындай жағдайларда АИВ антигендерін ПТР –диагностикасы арқылы анықтауға болады.

Емі. Анасы ауру болса жүктілік кезінде зидовудинмен (ретровир) емделуі қажет. Анасы емделмесе, онда нәресте өмірінің бірінші 8-24 сағатында осы препаратты қабылдауы керек – 6 апта бойы.

Пневмоцистік пневмония АИВ инфекцияда ең қауіпті ауру, сол үшін нәрестелерге өмірінің 4-6 аптасынан бастап алдын-алу шараларын қолданады.

Арнайы емі жоқ, сондықтан барлық жүргізілген ем аурудың ары қарай дамуын тежеуге және адам өмірінің сапасын жақсартуға бағытталған.

Ем принциптері:

1. Қорғау – психомоторлық режиммен қамтамасыз ету;
2. Вирусқа қарсы емді өз уақытында бастау;
3. Екіншілік ауруларды мүмкіншілігінше ерте анықтау және емдеу;
4. Дезинтоксикациялық терапия контрикал, гемодез, декстранды қосумен және т.б;
5. Симптоматикалық ем;
6. Иммунитетті көтеретін ем (лейкомасса, эритромиасса, сары су күй, тимоген, тималин, интерферондар, интерферон индукторын қолдану). Иммуномодуляторлар тек қана бастапқы немесе аралық кезеңде егер екіншілік аурулар болса тағайындалады, себебі осы кезеңде ғана иммундық жүйені күшейтуге болады. ЖПИЖС кезеңінде - иммуноалмастырушы терапия жүргізіледі. Егер аутоиммунды процесс айқын болса, онда иммунодепрессанттар қолданылады;

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Шұғыл медицина және мейіргер ісі» кафедрасы Дәріс кешені		57/19 () 34 беттің 23 беті

7. Витаминдер барлығына. Вирусқа қарсы дәрілерден тек вирустың ерментін бұзатын дәрілерді қолдану керек (кері транскриптаза және вирус протеазасын).

Кері транскриптазаның ингибиторлары: Ретровир (Зидовудин), ddс (дидеоксицитозин, зальцитабин), ЗТС (ламивудин, эпивир), DLV (делабиридин), NP (невирамин), Фосфотиазид (Азидотимидин).

Зидовудин (ретровир, тимозид) тек қана кері транскриптазаны ғана төмендетіп қоймай, сонымен қатар, вирус ДНҚ-синтезін басады. Оны алғашқы белгілер кезеңінен бастап қолданылады үздіксіз немесе үздікті. Бір курстың ұзақтығы 3 айдан кем емес, тәуліктік мөлшері 0,01 г немесе 12 жасқа дейін – 180 мг/м², әрбір 6 сағат сайын, 12 жастан соң 100 мг/м² x 5 рет тәулігіне.

Зидовудинді басқа да вирусқа қарсы дәрілермен бірге қолдануға болады (ганцикловир, фоскарнет және т.б.).

Қазіргі таңда АИВ-тың терапиясын алғашқы білінулер кезінде бастау керек, себебі ол кезде ауру белгілері жоқ (вирустық жүктеме).

Протеазаның ингибиторлары клеткада вирус протеазасының белсенділігін тежеп отырады, осыған байланысты ересек вирусты дамитын түзуді алдын алады.

Оған жататындар: нидинавар, (криксиван), саквинавир (инвираза), ритонавир, нелфинавир (вирасепт).

Этиотропты емнен басқа ЖПИЖС – индикаторлы ауруларды да емдеу керек. Пневмоцисті пневмонияда - бактрим, бисептол; токсоплазмозда – пириметамин+бисептол; септикалық жағдайларда – қан тамырға иммуноглобулин.

Кандидозды инфекцияларда – дифлюкан, нистатин, флюконазол, низорал, амфотерицин, микосепт.

Туберкулезде – кларитримидин, этамбутол, римфапицин, амикацин.

Алдын алуы:

1. Жеке сақтану (жеке бас гигиенасы, презерватив және т.б.);
2. Баласына жұғу қауіптілігін азайту үшін жүктілік кезінде ауру ананы емдеу;
3. АИВ аурудың қаны жарақатталған терісі бар медицина қызметкеріне жұқса, онда алдын алу үшін ретровирмен емдеу керек.

4. Қарым-қатынаста өте жоғары қауіптілік болса, онда зидовудин+ламивудин+индинавирді қолданады. Алдын алу емі 4 апта бойы жүргізіледі. Емделгеннен кейін тексеріледі – 6 апта, 12 апта, 6 ай сайын жергілікті ауруханаларда немесе арнайы диагностикалық-лабораторияларда бақыланады.

4. Көрнекі материалдар: Презентация

5. Әдебиет: Н:1,,2,3,4;К:2,3,4,5,6; Эб:1,4,5,8,7,9,15.

6. Бақылау сұрақтар:

- АИВ-инфекциясы және ЖИТС бар науқастың емін неден бастау керек.
- Анамнездің дәл мәліметтері қандай ақпарат береді.
- АИВ-инфекциясына күмәнданғанда барлық алдын алу шараларын атаңыз.

№ 8 дәріс

1. **Тақырыбы:** Тері және венерологиялық аурулар кезіндегі мейіргерлік күтім

2. **Максаты:** Студентерге негізгі тері аурулардың түсіндіру, алдын – алу шаралары мен емдеуді түсіндіру.

3. **Дәріс тезистері:**

- Қышыма қотыр

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Шұғыл медицина және мейіргер ісі» кафедрасы		57/19 () 34 беттің 24 беті

Дәріс кешені

- Мerez
- Теміреткі

Қышыма қотыр (чесотка) терінің жұқпалы ауруы. Оны тарататын қоздырғыш қышыма қотыр кенесі. Ол адамның терісіне жұққан бойда, өзіне орын "қаза" бастайды. Ұрғашысы сол өзі "мекендеген" тұсқа жұмыртқа салады. Үш-төрт күннен кейін онысы құртқа (личинка) айналады. Қалай жұғады? Қышыма қотыры бар адаммен қарым-қатынас жасағанда, онымен төсек орынды, киім кешекті, орамалды сүлгіні, ысқыны (мочалка) т.б. заттарды бірге пайдаланғанда жұғады. Тиісті санитарлық тәртіп сақталмаса моншада, душта, жатақхана мен мейманханада да қышыма қотырға ұшырап қалуыңыз мүмкін. Қайтіп байқалады? Дененің кей тұсы бой бермей дуылдап қышиды, үстін түрлі түйіншектер, көпіршіктер, қанды қабыршақтар, тырнақ ізі басады. Мұндай жағдай аяқ-қолдың буын бүгілістерінен де, саусақ аралықтарынан да, тұла-бойдан да байқалады. Не істеу керек? Осындай белгі сезілді дегенше, уақыт оздырмай дәрігерге көріну керек. Қышыма қотырмен күресте дәрігерге уақытында көріну де, дер кезінде тыңғылықты емделу де, науқастың тұтынған заттарындағы паразиттің көзін жою да маңызды. Сақтану шаралары Қышыма қотырдан аман болудың басты жолы тазалық. Апта сайын суға түсіп, іш киімді жетісіне бір ауыстырып тұру шарт. Әсіресе біреудің іш киімін, қолғабын кияуден аулақ болыңыз. Қышыма қотырға шалдыққан адам ауруханаға жатпай, үйде емделсе, оның төсек-орыны, тұтынатын заттары басқалардікіне араластырылмайды. Кірлеген іш киімдері бөлек калтаға салынады. Оларды 1-2% сода ертіндісі немесе кез-келген ұнтақ сабын қосылған, сақылдап қайнап тұрған суда 10 минуттай қайнатып жуу керек. Дезинфекциялық заттар болған жағдайда олар дәрігер айтқан ертіндіге ғана салынады. Сырт киім тек үтіктеліп қана киіледі. Науқас жатқан бөлме 2 пайыздық сабын-сода ертіндісімен күн сайын сүртіледі. Ауру кісіге күтім жасап әйтпесе жатқан жерін жинап болғаннан кейін қол мұқият түрде сабындалып жуылады. Моншаға, душқа түскенде легенді, орындық пен сөрелерді ыстық сумен ыждағаттап шаюды ұмытпаңыз. Басқаның ысқысын, сыпыртқысын (веник) пайдаланбаңыз. Қышыма қотырдан дәрігерге уақыт оздырмай көрініп, жеке бастық және қоғамдық тазалық талаптарын сақтаған адамның тез айығатыны жадыңызда жүрсін. Денсаулығын сақтағысы келмейтін адам жоқ. Көп жағдайда бұл кісінің өзіне, денесін шынықтырып, саулығын қорғай білуіне байланысты. Дегенмен, балаға әке-шешеден берілетін, тұқым қуалайтын кеселдердің, бары да белгілі. Оларды туа біткен аурулар, - деп жатамыз. Сондай сырқаттардың "алдыңғы шептегілерінің" бірі - венералық індеттер, оның ішінде мерез (сифилис) бен соз (гонорея). Мұндай дерт біреуден біреуге негізінен жыныстық қатынас арқылы беріледі. Ерлі-зайыптылардың "серілік" құрып, бір-бірінің көзіне шөп салуы, кездейсоқ төсек ләззаты - кеселге тап болудың бірден-бір жолы. Мерезге де, созға да көбінесе мастар ұшырайды. Ондай кезде ұят-аят, адалдық деген мүлдем естен шығады. Мерездің қоздырғышы - бозғылт спирохета (бледная спирохета). Әлгінде ескерткеніміздей, ол негізінен жыныстық қатынас арқылы жұғады. Алайда кейде басқа жағдайда да ұшырап қалуыңыз ғажап емес. Мәселен, мерезге шалдыққан кісімен сүйіскенде, бір ыдыс-аяқпен ас-су ішкенде, шылымының қалдығын тартқанда, т.б. Ауру жұққаннан кейін білінгенше арада 3-4 аптадай уақыт өтеді. Бұл мезгіл сырқаттың жасырын кезеңі, инкубациялық кезең деп аталады. Бірақ мерезге ұшыраған адам осы "жасырын кезеңнің" өзінде-ақ басқалар үшін қауіпті, оның ауруы өзгелерге жұға береді (мысалы, төсектес жұбына). Қалай білінеді? Алдымен дененің микроб енген тұсына кішкентай жара шығады. Бұл жараны "қатты шанкр" дейді. Осы қатты шанкрға таяу лимфа түйіндері ісініп, ұлғаяды. Мерездің бастапқы кезеңіне тән белгілер, міне, осы. Сырқаттың екінші кезеңінде спирохета қан және лимфа түйіндері арқылы бүкіл тәнге жайылады. Науқастың денесін

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Шұғыл медицина және мейіргер ісі» кафедрасы Дәріс кешені		57/19 () 34 беттің 25 беті

қызғылт дақ, түйін, ұсақ ірінді жара басып кетеді. Бөрткендер бір жарым айдай уақыттан соң өзі-өзінен кетіп қалады. Бұл алайда аурудың айыққаны емес. Оларға бір жарым, үш айдан уақыт салып, бөрткен қайтадан қаптайды. 3-5 жылға дейін мерез осылай «тиіп қашып, тиіп қашып» жүре береді. Байқамаған, сақтанбаған жағдайда ауру басқаларға жұғады (науқас кісіден). Қатері қандай? Егер ауру адам емделмесе ішкі ағзаларына, жүйке жүйесіне зақым келеді. Ақыл-есінен айырылуы, соқыр болып қалуы. тіпті өліп кетуі де «әбден ықтимал. Ең бастысы -мерез науқастың өзімен кетпей, сөз басында айтылғандай, оның тұқым - тұқиянына беріледі, ұрпағынан-ұрпағына жалғасады (емделмеген жағдайда). Создың (гонорея) қатері де мерезден олқы соқпайды. Оны туғызатын қоздырғыш микробты - "гонококк" - дейді. Создың да таралатын басты жолы - жыныстық қатынас. Оның жасырын, инкубациялық кезеңі көбіне 2-4 күнге ғана созылады. Кейбіреулер созды жеңіл-желпі сырқат көреді. Бұл мүлдем қате. Өйткені ол ерлердің үрпі безінің (предстательная железа), аталық, аналық бездердің қабынуына, несеп жолының тарылуына, бедеулікке соқтырады. Белгілері Түзге отырғанда несеп жолы қатты ауырады. жыныс мүшесінен жасыл-сарғыш түсті ірің ағады. Созды да, мерезді де тек осы салаға маманданған дәрігер ғана (врач-дерматовенеролог) анықтап, дұрыс емдей алады. Өзіңізге-өзіңіз диагноз қойып, өз бетіңізбен емделуден аулақ болыңыз. Емделмеген немесе ем дұрыс қолданылмаған венералық сырқаттың опық жегізетінін есіңізден шығармаңыз! Күбіртке (орыс.: панариций, лат.: paronichium) - саусақтағы тырнақ төбесінің іріңдеп қабынуы. Бұл көбінесе жарақаттан, терінің бүлінген жеріне зиянды заттар мен бактериялардың түсуінен болады. Жұмыс үстінде жараланған саусаққа (тырнақ көбінесе) микроб түсіп, оны іріңдетеді, іріңдегеннен соң зақымданған жер солқылдатып, қатты ауырады. Күбірткіге тері немесе ұлпалар, тіпті сүйек пен буын да шалдығады. Адам тырнақ алғанда етін жарақаттап алуы мүмкін. Оған микроб енсе, асқынады да, қызарып, іріңдей бастайды. 2-3 күн ішінде саусақ қатты іседі. Егер ауыр түрі болса, адамның қызуы көтеріліп, тоңып, қалтырайды, басы ауырады. Саусақ ірің асқынғанда тамыр қуалайды, қолтық безі шошиды. Ал микроб қанға өтіп, организмге жайылса, адам өміріне қауіпті ауру басталады. Сондықтан жұмыс істегенде, қауіпсіздік ережелерін сақтап, қолдың терісі сыдырылғанда, пышақ кескенде, дереу, йод, бриллиант көгін жағып, таза дәкемен байлап қойған жөн. Күбіртке шыққанда, күн сайын саусақты 10-15 минут жылы суға малып, дәрі жағып, жылы орап танып, дәрігерге көріну керек. Су жанында саңырауқұлақ көп Бұл кезде саңырауқұлақ (грибок) жұқтырып алу қауіпі артады. Өйткені жұрт жеңіл киінуге мәжбүр, тіпті дененің кейбір тұстарын ашық күйде қалдырады, суға жиі шомылады, күнге қыздырынады. Негізінен күнге таңғы сағат 10-ға дейін немесе кешкі 5-тен кейін қыздырылған пайдалы. Бұл кезде күннің ультракүлгін сәулесінің күші азаяды. Ал қалағанынша қыздырына беретін адамдарда тері аурулары пайда болуы мүмкін. Егер адам саңырауқұлақ ауруына бейім болса (ағзасында оның титімдей ғана микробы «ұйықтап» жатқан болуы ықтимал), онда өте сақ жүргені дұрыс. Саңырауқұлақ қоздырғышын жағажайдың құмынан да жұқтырып алуға болады. Жалпы, суға шомылуға барғанда арнайы аяқ киім, «сланцы» апарған дұрыс, саңырауқұлақ жұқтырып алмас үшін судан шыққанда оны киіп жүру керек. Шомылып болған соң аяқты, башпайлар арасы мен өкшені міндетті түрде құрғатып сүрткен жөн. Дерматит деген қандай дерт? Жазда адамды «андитын» тағы бір дерттің аты – дерматит. Дерматитке ұшыраған адамның терісі қызарып, түлейді, онда пигменттік нүктелер көбейеді. Одан сақтану үшін әсіресе күнге күйдірінудегі ережелерді ұмытпай жүру керек. Теріге күннен қорғайтын крем жақса болады. Жағажайға барар алдында денеге ылғалдандыратын немесе витаминді көбейтетін, әсіресе құрамында гормондар көп крем жақтау керек. Теріге духи сеуіп, құрамында эфир майлары бар хош иісті ылғалды сорғыштарды жапсырған да зиян. (Кейбір әйелдер, тіпті ер-азаматтар да

ONȚÜSTİK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Шұғыл медицина және мейіргер ісі» кафедрасы Дәріс кешені		57/19 () 34 беттің 26 беті

кейде осындай заттарды жиі қолданады). Мұның бәрі адамды дерматитке шалдықтыруы мүмкін. Теміреткі жұқтырып алмаңыз Жазда көбейетін тері ауруларының тағы бірі – теміреткі. Мұны да адамдар негізінен ашық су көздеріне шомылуға барғанда жұқтырып жатады. Ал одан сақтану жолдары мынадай: әрбір шомылып болған сайын «душқа» түсу, жақсылап шайыну керек. Әсіресе қолды ұқыптап жуған жөн. Құмда жалаң аяқ жүрмеуге тырысыңыз. Ал теміреткіні адам алғашында аллергия деп қабылдауы мүмкін. Ол теріде қызарған, дөңгелек дақ сияқты пайда болады, қатты қышиды. Кейін әлгіндей дақтар көбейіп, бір-біріне қосылады, үлкейеді. Ол басқа да шығуы мүмкін. Мұндайда шаш түбінен сынғыш болады. Теміреткіден өз бетінше емделген дұрыс емес, дәрігерге көрінген жөн. Қотыр болып қалмаңыз Атының өзі үркітетін бұл қолайсыз ауруды қотыр кенесі таратады, ол жиі, жақын араласқанда ауру адамнан сауға жұғады. Жалпы жұрт пайдалануындағы жерлерде тазалық сақталмаса да қотыр кенесіне жайлы жағдай қалыптасады. Қотыр кенесі ағзаға түскеннен кейін эпидермитті зақымдайды. Дене қатты қышиды, ол әсіресе кешкі, түнгі мезгілде «құтырып» кетеді. Қотыр жұқтырған адам жедел түрде дәрігерге көрінген абзал. Өз бетінше емделуге болмайды, ол аурудың күшейіп кетуіне соқтыруы әбден мүмкін. Бұл екі арада оны өзгелерге жұқтыру қаупі де еселене түседі. Қотырды тек маман дәрігерлер ғана емдей алатыны естеріңізде болсын.

Есекжем (*есекжемді қызба*) - көптеген күлдіреумен және қышымамен жіті немесе созылмалы түрде өтетін тері ауруы. Аллергиялық есекжем және аллергиялық емес есекжем деп бөлінеді. Аллергиялық есекжем азық-түліктер, дәрі-дәрмектер әсерінен пайда болады. Аллергиялық емес есекжем морфин, кодеин, декстран және қалақаймен, медузамен, жұлдыз күртпен, актиниялармен жұғысқанда пайда болады.

Есекжем (urticaria) — теріде және шырышты қабатта кенеттен қызарып, күлдіреп, қышымалы бөртпелер түрінде болатын ауру; денені қалақай шаққан кездегі күлдіреуікке ұқсайды. Есекжемнің жедел және созылмалы түрі бар. Жедел түрі — кейбір тағамдардың (жұмыртқа, құлпынай, шоколад, бал, цитрустар, т.б.) және дәрі-дәрмектің (көбінесе, антибиотиктердің) организмге кері әсер етуінің салдары. Сондай-ақ, организмдегі аллергиялық реакция нәтижесінде де пайда болады. Созылмалы түрі, немесе мезгіл-мезгіл қайталайтын, кейде бірнеше айға дейін созылатын Есекжем, әдетте, ішкі мүшелердегі (бауыр, ішек-қарын жолы, бүйрек) ауруларға, организмдегі зат алмасудың бұзылуына, іштегі гельминттерге немесе баяу өтетін инфекцияға (бадамшаның созылмалы қабынуы — тонзиллит, мұрын, құлақ қуыстарының қабынуы) байланысты. Мұндай кезде ауру кенеттен басталады. Күлдіреуіктердің пішіні мен көлемі әр түрлі, түсі ашық қызғылт, ортасы ақ. Көп жағдайда күлдіреуік бірнеше сағаттан кейін ешқандай із қалдырмай өзінен-өзі басылады. Кейде ауру ұзаққа созылып, науқастың қызуы көтеріліп, мазасы кетеді. Көмейдің кілегей қабығында бөртпе болғанда адам жөтеліп, тұншығады. Емді дәрігер тағайындайды. Ауырған адамға сүт, өсімдік тағамдары беріледі, әсіресе, аллергия тудыратын тағамдарды, ащы және сүрленген тағамдарды жеуге болмайды. Қышыманы басу үшін салқын компресс, жылы ванна қолданады, теріге спирттік ерітінділер (қырмызыгүл, 2%-тік салицил, арақ, т.б.) жағады. Тамақтың немесе дәрі-дәрмектің әсерінен болған Есекжемде ең алдымен клизмамен ішті тазалап, көп мөлшерде су ішкізеді. Ауру қайталамас үшін науқас дәрігердің берген нұсқауын бұлжытпай орындағаны жөн

Ұшық Суық тигенде ерінге ұшық шығады. Ол – суық тиюдің белгісі. Ұшық алдымен қызарады, сосын қыши бастайды. Одан әрі инемен сұққылағандай бо- лып, ісініп кетеді. Зерттеуші ғалымдар ұшықтың қайталануы стрестік жағ-дайлардан болады деп санайды. Ұшық жұқпалы. Сол кезде «симплекс ұшығы» деген вирус аузыңызға кіріп кетіп, ұшық жұқтырасыз. Ұшықты емдеу, алдын алу, жеңілдету үшін мынандай ережелерді сақтау

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Шұғыл медицина және мейіргер ісі» кафедрасы		57/19 () 34 беттің 27 беті
Дәріс кешені		

қажет:

1. Ұшықты таза әрі құрғақ ұстайды. Мазаламаса, тиіс-пеніз. Іріңге толып кетсе, дәрігерге көрсетіңіз.
2. Тіс щеткасын ауыс-тырыңыз. Тіс щеткасын дымқыл жерде ұстауға болмайды. Дымқыл ауа вирус-тың өмірін ұзартады.
3. Ұшыққа мақта шөкі-мімен вазелин жағып қойған жөн. Мырыштың 2 пайыздық ертіндісімен ұшықты тәулігіне бірнеше рет сүртсе, тез жазылады.
4. Құрамында аргинині мол шоколад, кола, бұршақ, жержаңғақ, желатин мен сыранны тұтынуды шектеңіз.
5. Ұшық көбінесе стрестік жағдайлардың салдары болғандықтан, жақсы демалып, бұлшық етті бос ұстаныңыз.
6. Ұшықты жазу үшін алоэның сөлін сығып алып, оны шай қасықпен күніне 2-3 рет ішіп отырады. Және де терек ағашының сөлімен ұшық шыққан жерді күніне 2-3 рет сүртеді. Сүйел Тері қабатына шығатын қабыну – сүйел. Оны ем-деудің жолдары көп.

1. Сарымсақты үгіп, оны шошқа майымен аралас-тырады. Матаға жағып, сүйелге таңып байлайды. Және күнде ауыстырып тұрады.
2. Сіркесуда пиязды 2 сағат ұстайды. Кейін пиязды алып, түнге қарай сүйелге таңып, байлайды. Қатты тартады, шыдауыңыз қажет. Осылай бірнеше рет жасаса, сүйел тамырымен қопарылып шығады.
3. Сүйелге ешқандай қоспасы жоқ борды себеді де, байлап тастайды. Бірнеше рет жасаған соң, сүйел кетеді, бірақ ылғалды суды жолатпау керек.
4. Күнде сүйелді жерге жаңа піскен алманың сөлін жағады. Сүйел бірте-бірте кішірейіп, соңынан қараяды да, кейін көп ұзамай жоғалып кетеді.
5. Сүйелге шикі кар-топтың шырынын жағады. Крахмалдың әсерінен құрғап, кешікпей жойылады.

4. Көрнекі материалдар: Презентация

5. Әдебиет: Н:1,,2,3,4;Қ:2,3,4,5,6; Эб:1,4,5,8,7,9,15.

6. Бақылау сұрақтар:

- Тері ауруларының негізгі диагностика әдісіне жатады.
- Теміреткі түрлері.

Негізгі әдебиеттер

1. Щеткина, Е. А. Әлеуметтік-маңызы бар аурулар : оқу құралы / Е. А. Щеткина. - Қарағанды : АҚНҰР, 2020. - 332 б. с
2. Щеткина, Е. А. Социально-значимые заболевания : учебное пособие / Е. А. Щеткина. - Караганда : АҚНҰР, 2020. - 340 с
3. Гусманова Л. К. Оңалтудағы мейіргер ісі : оқу құралы / Л. К. Гусманова. - Қарағанды : Medet Group, 2024.
4. Гусманова Л. К. Сестринское дело в реабилитации : учебное пособие / Л. К. Гусманова. - Караганда : Medet Group, 2024.

Қосымша әдебиеттер

1. Қаныбеков, А. Медбикелердің іс – әрекеттері. 2-бөлім: оқулық бағдарлама / А. Қаныбеков. – Алматы : Эверо, 2016. – 260 бет с
2. Қарқынды емдеу бөлімшесінің мейіргері : практикалық нұсқаулық / Ред. В. Л. Кассиль., – М. : ГЭОТАР – Медиа, 2016. – 312 бет
3. Организация специализированного сестринского ухода : / Н. Ю. Корягина [и др.] ; под ред. З. Е. Сопиной. - М. : ГЭОТАР - Медиа, 2009. - 464 с
4. Обуховец, Т. П. Основы сестринского дела : практикум: учеб. пособие / - Ростов н/Д : Феникс, 2010. - 603 с
5. Общие сестринские технологии : практикум / С. Т. Сейдуманов [и др.] ; М-во здравоохранения РК; - Алматы : Эверо, 2012. - 230 с.
6. Барлығы:

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Шұғыл медицина және мейіргер ісі» кафедрасы		57/19 () 34 беттің 28 беті
Дәріс кешені		

Электронды басылымдар

1. Балалардағы созылмалы вирусты гепатиттердің қазіргі аспектілері. Жумағалиева Г.Д., Басепова Д.А. Оқу құралы. 2016 / <https://www.aknurpress.kz/reader/web/1594>
3. Жумағалиева, Д.А. Басепова. «Современные аспекты хронических вирусных гепатитов у детей»: учебное пособие. Караганда: «Издательство АҚНУР». – 2016.- 122 стр. <https://www.aknurpress.kz/reader/web/1440>
4. Паллиативная помощь и уход за больными онкологического профиля. Мухамбетжанова А.С., Жумина Г.Е. Учебное пособие 2020. <https://www.aknurpress.kz/reader/web/2985>
5. Мейіргердің манипуляциялық әрекетінің алгоритмдері [Электронный ресурс] : оқу құралы = Алгоритмы сестринских манипуляций : учеб. пособие / Л. М. Адилова. - Электрон. текстовые дан.. - М. : "Литтерра", 2016. - 248б.
6. Жұқпалы аурулар мейіргер үрдісімен./ Амиргалина С.К. , 2020 <https://www.aknurpress.kz/reader/web/2479>
7. Инфекционные болезни с организацией сестринского процесса.
8. Амиргалина С.К. , 2020 / <https://www.aknurpress.kz/reader/web/2468>
9. Созылмалы лейкоздар.Байжанова К.Т. , 2017/ <https://www.aknurpress.kz/reader/web/1836>
10. Балалардағы созылмалы вирусты гепатиттердің қазіргі аспектілері.Жұмағалиева Г.Д., Басепова Д.А., Умарова Ж.С. , 2016/ <https://www.aknurpress.kz/reader/web/1594>
11. Заманауи көріністегі жедел ревматизмдік қызба және жүректің созылмалы ревматизмдік аурулары Машкунова О.В., Ахметов А.А. , 2015/ <https://www.aknurpress.kz/reader/web/1445>
12. Мейірбике манипуляциясы алгоритмдері (стандарттары) / оқу
13. құралы / Д.А. Дәулетбаев, М.А. Абабкова, Г.К. Ердесова. – Алматы: «Эверо» баспасы, 2016, - 224 б. https://elilib.kz/ru/search/read_book/737/
14. Сейдуманов С.Т. и др.Общие сестринские технологии / Под ред. С.Т. Сейдуманова. – Алматы: Издательство «Эверо», 2020 - 230 с. https://elilib.kz/ru/search/read_book/397/
15. Тасмагамбетова А.А., Сыздыкова К.Ш., Тулебаев Ж.С., Авгамбаева Н.Н.,Административный процесс и менеджмент в сестринском деле: учебное пособие. - Алматы: ТОО «Эверо», 2020, - 304 с. https://elilib.kz/ru/search/read_book/431/