

ONTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Жалпы дәрігерлік практика және дерматовенерология» кафедрасы		61/ 11
«Жалпы дәрігерлік тәжірибе негіздері» пәнінен дәрістер кешені		1 –ші беті 48 беттің

Дәрістер кешені

Пән атауы	Жалпы дәрігерлік тәжірибе негіздері
Пән коды	ZhDTN 5301
БББ атауы	6B10101 «Жалпы медицина»
Сағат саны/кредит саны	180/6
Курсы/семестр	5/9
Дәрістер саны	15

Құрастырған: Абдраимова С.Е.

Шымкент 2025



«Жалпы дәрігерлік практика және дерматовенерология» кафедрасы

61/ 11

«Жалпы дәрігерлік тәжірибе негіздері» пәнінен дәрістер кешені

2 –ші беті 48 беттің

ONTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Жалпы дәрігерлік практика және дерматовенерология» кафедрасы		61/ 11
«Жалпы дәрігерлік тәжірибе негіздері» пәнінен дәрістер кешені		3 –ші беті 48 беттің

1. Тақырып № 1: Жалпы медициналық практиканың негіздері.

2. Оқу мақсаты:

Медициналық практиканың негіздері және жалпы практика дәрігерінің жұмысын ұйымдастыру.

3. Дәріс тезісі:

Бастапқы медициналық-санитарлық көмек (БМСК) – қоғамдық денсаулықты қорғауды ұйымдастырудың негізгі және маңызды буыны. Ол негізінен аумақтық принцип бойынша көрсетіледі, яғни медициналық қызметкер белгілі бір аумақта тұратын халықтың белгілі бір санын қызмет етеді.

Дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымы (ДДҰ) БМСК-ге келесідей анықтама береді:

"Бастапқы медициналық көмек негізгі емдік көмекті, кең таралған ауруларды, жарақаттарды және улануларды қарапайым диагностикалау мен емдеуді қамтиды; күрделі жағдайларда мамандандырылған және жоғары білікті көмек көрсету үшін жоғары деңгейге бағыттау; алдын алу шаралары және негізгі санитарлық-ағартушылық жұмыстар."

Дамыған елдерде бастапқы медициналық көмектің негізгі жеткізушісі – отбасылық дәрігер немесе жалпы практика дәрігері. Әлемнің көптеген елдерінде отбасылық медицинаны ұзақ мерзімді тәжірибелік енгізу оның артықшылықтарын көрсетті:

1. **Отбасылық дәрігер** әр отбасының денсаулығы үшін толық жауапкершілікті алады және қажетті медициналық көмектің 90%-ын қамтамасыз етеді.
2. Отбасылық дәрігер институты денсаулық сақтау жүйесінің экономикалық тиімділігін арттырды.

Дамыған елдердегі отбасылық медицинаның негізгі қағидаттары:

1. Отбасылық дәрігер науқастарымен еркін таңдалады және тәулік бойы көмек көрсетеді.
2. Дәрігердің амбулаториясы әдетте 3 кабинеттен тұрады: қабылдау бөлмесі, тексеру бөлмесі және қосымша зерттеулер кабинеті.
3. Негізгі қызмет бағыты – алдын алу жұмыстары.
4. Ауруларды диагностикалау және емдеу.
5. Санитарлық-ағартушылық жұмыстарды жүргізу.
6. Отбасылық дәрігердің көмекшісі – мейірбике.
7. Отбасылық медицина көп жағдайда автономды мәртебеге ие.

Отбасылық дәрігердің негізгі қызметі:

- Халыққа алғашқы медициналық-санитарлық көмек көрсету.
- Денсаулықты сақтау және нығайту мақсатында санитарлық-ағартушылық жұмыстар жүргізу.
- Қоршаған орта факторларының әсерін бағалау және аурудың ерте кезеңдерін анықтау.
- Отбасы мүшелерінің денсаулық жағдайын бақылау және оңалту шараларын жүзеге асыру.
- Шұғыл медициналық көмек көрсету.

ONTÜSTİK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	
 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»	
«Жалпы дәрігерлік практика және дерматовенерология» кафедрасы	61/ 11
«Жалпы дәрігерлік тәжірибе негіздері» пәнінен дәрістер кешені	4 –ші беті 48 беттің

- Уақытша еңбекке жарамсыздықты тексеру және инфекциялық ауруларды ерте диагностикалау.
- Иммунопрофилактика жүргізу.
- Әлеуметтік қорғау органдарымен бірлесіп әлеуметтік көмек ұйымдастыру.

4. Көрнекі материалдар: Қосымшада.

5. Пайдаланылған әдебиеттер: Соңында.

6. Дәрістен кейінгі кері байланыс:

1. Арнайы мамандық және жалпы практика дәрігері ұғымы.
2. Отбасылық медицинаның философиясы мен қағидаттары.

ONTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Жалпы дәрігерлік практика және дерматовенерология» кафедрасы		61/ 11
«Жалпы дәрігерлік тәжірибе негіздері» пәнінен дәрістер кешені		5 –ші беті 48 беттің

3. БМСК бойынша негізгі нормативтік-құқықтық актілер.
4. Отбасылық дәрігер амбулаториясының жұмысын ұйымдастыру.
5. Пациентке бағытталған кеңес берудің жалпы қағидаттары.
6. Қауіп факторларын анықтау, әлеуметтік маңызы бар ауруларды ерте диагностикалау және алдын алу.
7. Жалпы практика дәрігерінің тиімділігін бағалау критерийлері.

1. Тақырып № 2: Жалпы практика дәрігеріндегі пневмония.

2. Оқу мақсаты:

Пневмонияны амбулаториялық деңгейде диагностикалау және емдеу.

3. Дәріс тезісі:

Пневмония – бұл қауымдастықта пайда болатын өткір инфекциялық ауру (яғни ауруханаға жатқызылғаннан кейінгі алғашқы 48 сағат ішінде немесе ауруханадан шыққаннан кейін 4 аптадан кейін дамыған жағдайлар). Ол төменгі тыныс жолдарының инфекция белгілерімен (қызба, жөтел, қақырық, кеуде тұсындағы ауырсыну, ентігу) және өкпенің рентгенологиялық зерттеу барысында жаңа ошақты-инфильтративті өзгерістерімен сипатталады.

Жіктелуі:

Қауымдастықта пайда болатын пневмония

I. Типтік (иммун тапшылығы жоқ науқастарда):

- а. бактериялық;
- ә. вирустық;
- б. микоздық;
- в. микобактериялық;
- г. паразитарлық.

Ауруханалық пневмония

- I. Шынайы ауруханалық пневмония.
- II. ӨЖВ-ге байланысты пневмония.
- III. Иммун тапшылығы бар науқастарда:
 - а. донор мүшесін алушыларда;
 - ә. цитостатикалық терапия алатын науқастарда.

Медициналық көмектен туындайтын пневмония

- I. Қарттар үйіндегі тұрғындардағы пневмония.
- II. Басқа санаттағы науқастар:
 - а) алдыңғы 3 айда антибиотик қабылдағандар;
 - ә) алдыңғы 90 күн ішінде ≥ 2 күн ауруханада жатқан;
 - б) ұзақ мерзімді күтім мекемелерінде болғандар;
 - в) ≥ 30 күн созылмалы диализ алғандар.

Пневмония ауырлығының критерийлері

1. Жеңіл:

- Интоксикация белгілері әлсіз;
- Дене қызуы субфебрильді;
- Тыныс алу жеткіліксіздігі жоқ;
- Қандағы лейкоциттер: $9.0-10.0 \times 10^9/\text{л}$.

ONTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Жалпы дәрігерлік практика және дерматовенерология» кафедрасы		61/ 11
«Жалпы дәрігерлік тәжірибе негіздері» пәнінен дәрістер кешені		6 –ші беті 48 беттің

2. Орташа ауырлық:

- Қызу 38 °C дейін;
- Тыныс алу жиілігі 22/минутқа дейін, жүрек соғуы 100 соққы/минутқа дейін.

3. Ауыр:

- Қызу <35.5 °C немесе >38 °C;
- II-III дәрежелі тыныс алу жеткіліксіздігі;
- Сепсис, гемодинамикалық бұзылыстар, лейкопения <4.0×10⁹/л немесе лейкоцитоз >20.0×10⁹/л.

Этиология:

- *Streptococcus pneumoniae* – 30-50%;
- *Haemophilus influenzae*;
- Респираторлық синцитиалды вирус;
- *Staphylococcus aureus*.

Диагностика

- **Шағымдар:** қызба, жөтел, еңтігу, қақырық, кеуде тұсындағы ауырсыну, әлсіздік.
- **Физикалық тексеру:** перкуссия дыбысының қысқаруы, тыныс алудың әлсіреуі, ұсақ көпіршікті сырылдар.
- **Зертханалық әдістер:**
 - Жалпы қан талдауы (лейкоцитоз, нейтрофильді ығысу);
 - CRP деңгейін анықтау;
 - Қақырықты талдау.
- **Аспаптық әдістер:**
 - Кеуде қуысы рентгенографиясы (өкпеде инфильтрат).

Емдеу тактикасы

1. Дәрісіз емдеу:

- Сұйықтықты жеткілікті мөлшерде қабылдау;
- Шылым шегуден бас тарту.

2. Дәрімен емдеу:

1-топ: ілеспе аурулары жоқ науқастарға:

- Амоксициллин 0.5 г күніне 3 рет.
- Альтернативті препараттар: макролидтер (азитромицин, кларитромицин).

2-топ: антибиотикке төзімді штаммдар қаупі бар немесе ≥60 жастағы науқастарға:

- Амоксициллин/клавуланат 0.625 г күніне 3 рет.
- Альтернативті препараттар: III буынды цефалоспорины (цефиксим, цефтриаксон), респираторлық фторхинолондар (левофлоксацин).

Антибиотикотерапия тиімділігінің критерийлері:

- Дене қызуы <37.5 °C;

ONTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Жалпы дәрігерлік практика және дерматовенерология» кафедрасы		61/ 11
«Жалпы дәрігерлік тәжірибе негіздері» пәнінен дәрістер кешені		7 –ші беті 48 беттің

- Интоксикация белгілерінің жойылуы;
- Қанда лейкоциттер $<10 \times 10^9/\text{л}$.

Науқасты одан әрі бақылау:

- Қайта тексеру емнің 3-күніне дейін және антибиотикотерапия аяқталғаннан кейін.
- Қажет болса, рентгенологиялық зерттеу 7-10-күні жүргізіледі.

4. Көрнекі материалдар: Қосымшада.

5. Пайдаланылған әдебиеттер: Соңында.

6. Дәрістен кейінгі кері байланыс:

1. Эпидемиология.
2. Жіктелуі.
3. Диагностика.
4. Амбулаториялық емдеу тактикасы.
5. Госпитализацияға көрсеткіштер.
6. Динамикалық бақылау.
7. Медициналық-еңбек сараптамасы мәселелері.
8. Алдын алу шаралары.

1. Тақырып № 3: Жалпы практика дәрігеріндегі жедел коронарлық синдром.

2. Оқу мақсаты:

Жедел коронарлық синдромды амбулаториялық деңгейде диагностикалау және емдеу.

3. Дәріс тезісі:

Жедел коронарлық синдром (ЖКС) – жүректің ишемиялық ауруының (ЖИА) өршу кезеңін көрсететін клиникалық жағдай, оның басты белгісі кеуде тұсындағы ауырсыну болып табылады.

Жіктелуі:

1. **Кеуде тұсының тұрақты ауырсынуы және ЭКГ-де ST сегментінің тұрақты жоғарылауы бар науқастар:** Бұл науқастардың ST-сегменті жоғарылаған ЖКС тобына жатады және коронарлық артерияның толық бітелуін көрсетеді. Мұндай науқастарды емдеудің негізгі әдісі – дереу фармакологиялық реперфузия немесе ангиопластика/стенттеу.
2. **Кеуде тұсында ауырсыну бар, бірақ ЭКГ-де ST сегменті жоғарыламаған науқастар:** Бұл жағдай коронарлық артерияның уақытша жартылай бітелуі немесе тромбтың фрагменттерімен эмболизацияны көрсетеді.

Клиникалық түрлері:

- **Тұрақсыз стенокардия:** Миокард некрозын дамытпайтын өткір миокард ишемиясы.

ONTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Жалпы дәрігерлік практика және дерматовенерология» кафедрасы		61/ 11
«Жалпы дәрігерлік тәжірибе негіздері» пәнінен дәрістер кешені		8 –ші беті 48 беттің

- **ST сегменті көтерілмеген миокард инфарктісі:** Ұзаққа созылған ишемия нәтижесінде некроз дамыды.

Тұрақсыз стенокардия жіктемесі:

- Жаңадан пайда болған стенокардия (II-III ФК);
- Прогрессивті стенокардия;
- Ерте постинфарктілік стенокардия (2 апта ішінде);
- Принцметал вазоспастикалық стенокардиясы.

Миокард инфарктісінің түрлері:

- Зақымдалу тереңдігі бойынша: ST-сегменті көтерілген немесе көтерілмеген миокард инфарктісі.
- Локализациясы бойынша: алдыңғы, артқы, бүйірлік және олардың комбинациялары.

Килип бойынша жіктелуі (жедел жүрек жеткіліксіздігі):

| **Класс | Белгілері |**
I	Жүрек жеткіліксіздігі белгілері жоқ.
II	Өкпе аяндарының 50%-дан кем бөлігінде ылғалды сырылдар, III тон, өкпе гипертензиясы.
III	Өкпенің 50%-дан астам бөлігінде сырылдар, өкпе ісінуі.
IV	Кардиогенді шок.

Диагностика және емдеу амбулатория деңгейінде:

Диагностикалық критерийлер:

- **Шағымдар мен анамнез:** Кеуде тұсындағы 20 минуттан астам созылатын ауырсыну; сол қолға, мойынға, жаққа берілуі мүмкін. Жағдайға еңтігу, жүрек айну, тершендік қосылуы ықтимал.
- **Физикалық тексеру:** Ақпараттылығы аз.
- **Зертханалық зерттеулер:** Тропонин деңгейін анықтау ұсынылады, бірақ амбулаториялық деңгейде міндетті емес.
- **Аспаптық зерттеулер:** 12 тіркемелі ЭКГ – негізгі диагностикалық әдіс.

Емдеу тактикасы:

- **Бастапқы емдік шаралар:**
 - Оксигенотерапия (SpO2 <90%).
 - β-блокаторлар: ишемия белгілері бар науқастарға қарсы көрсетілімдер болмаса беріледі.
 - Нитраттар: ауырсыну кезінде, САҚ >90 мм.с.б. болса.
 - Морфин: кеуде тұсында ұзаққа созылған қарқынды ауырсыну кезінде.
 - Кальций каналдарының блокаторлары: вазоспастикалық стенокардияға күдік кезінде.

ONTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Жалпы дәрігерлік практика және дерматовенерология» кафедрасы		61/ 11
«Жалпы дәрігерлік тәжірибе негіздері» пәнінен дәрістер кешені		9 –ші беті 48 беттің

- Ацетилсалицил қышқылы (150–300 мг): бастапқы қарау кезінде тағайындалады.
- Антикоагулянттық терапия: фракцияланбаған гепарин, төмен молекулалы гепариндер (эноксапарин), фондапаринукс.

Ем тиімділігінің көрсеткіштері:

1. ЖКС диагнозы қойылғаннан кейін ЭКГ <10 минутта тіркелуі.
2. Бастапқы емдік шаралардың уактылы жүргізілуі.
3. 30 минут ішінде мамандандырылған ауруханаға тасымалдау.

Госпитализацияға көрсеткіштер:

- ST сегменті көтерілмеген ЖКС диагнозы – кезек күттірмейтін ауруханаға жатқызу көрсеткіші.

Алдын алу шаралары:

- Дислипидемия, артериялық гипертензия, қант диабеті және жүректің ишемиялық ауруларын ерте анықтау үшін скрининг.

4. Көрнекі материалдар: Қосымшада.

5. Пайдаланылған әдебиеттер: Соңында.

6. Дәрістен кейінгі кері байланыс:

1. Эпидемиология.
2. Жіктелуі.
3. Диагностика.
4. Амбулаториялық емдеу тактикасы.
5. Госпитализацияға көрсеткіштер.
6. Динамикалық бақылау.
7. Медициналық-еңбек сараптамасы мәселелері.
8. Алдын алу.

1. Тақырып № 4: Жалпы практика дәрігеріндегі артериялық гипертензия.

2. Оқу мақсаты:

Артериялық гипертензияны амбулаториялық деңгейде диагностикалау және емдеу.

3. Дәріс тезісі:

Артериялық гипертензия – бұл созылмалы түрде артериялық қысымның тұрақты жоғарылауы, систолалық қысым ≥ 140 мм.с.б. және/немесе диастолалық қысым ≥ 90 мм.с.б. деңгейінде болады (антигипертензивті дәрілерді қабылдамайтын адамдарда).

Қан қысымының деңгейі бойынша жіктелуі

ONTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Жалпы дәрігерлік практика және дерматовенерология» кафедрасы		61/ 11
«Жалпы дәрігерлік тәжірибе негіздері» пәнінен дәрістер кешені		10 –ші беті 48 беттің

Санаттар	Систолалық (мм.с.б.)	Диастолалық (мм.с.б.)
Оптималды	< 120	< 80
Қалыпты	120-129	80-84
Жоғары қалыпты	130-139	85-89
1-дәрежелі гипертензия	140-159	90-99
2-дәрежелі гипертензия	160-179	100-109
3-дәрежелі гипертензия	≥ 180	≥ 110
Оқшауланған систолалық гипертензия	≥ 140	< 90

Қауіп факторлары және болжамға әсер ететін критерийлер:

1. Қауіп факторлары:

- Жас: ерлер >55 жаста, әйелдер >65 жаста;
- Шылым шегу;
- Дислипидемия;
- Плазма гликемиясы 5.6-6.9 ммоль/л;
- Іштің семіздігі: ерлерде ≥102 см, әйелдерде ≥88 см;
- Ерте жүрек-қан тамыр ауруларының отбасылық анамнезі.

2. Нысана мүшелердің зақымдануы:

- Сол жақ қарыншаның гипертрофиясы (ЭКГ немесе эхокардиография арқылы анықталады);
- Ұйқы артериясының қабырғасының қалыңдауы немесе атеросклерозды бляшкалар;
- Креатинин деңгейінің жоғарылауы;
- Микроальбуминурия 30-300 мг/тәулік.

3. Қант диабеті:

- Аш қарындағы плазма глюкозасы >7.0 ммоль/л.

4. Қоса жүретін клиникалық жағдайлар:

- Цереброваскулярлық аурулар (ишемиялық инсульт, транзиторлық ишемиялық шабуыл);
- Жүрек аурулары (миокард инфаркті, стенокардия, жүрек жеткіліксіздігі);
- Бүйрек зақымдануы (диабеттік нефропатия, протеинурия >300 мг/тәулік).

Гипертензия қауіпін стратификациялау:

Қауіп факторлары	Қалыпты ҚҚ	Жоғары қалыпты ҚҚ	1-дәреже	2-дәреже	3-дәреже
Қауіп факторлары жоқ	Орташа	Орташа	Төмен	Орташа	Өте жоғары

ONTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Жалпы дәрігерлік практика және дерматовенерология» кафедрасы		61/ 11
«Жалпы дәрігерлік тәжірибе негіздері» пәнінен дәрістер кешені		11 –ші беті 48 беттің

Қауіп факторлары	Қалыпты ҚҚ	Жоғары қалыпты ҚҚ	1-дәреже	2-дәреже	3-дәреже
1-2 қауіп факторы	Төмен	Төмен	Орташа	Орташа	Өте жоғары
Нысана мүшелер зақымдануы немесе диабет	Орташа	Жоғары	Жоғары	Жоғары	Өте жоғары
Жүрек-қан тамыр немесе бүйрек аурулары	Өте жоғары	Өте жоғары	Өте жоғары	Өте жоғары	Өте жоғары

Шағымдар:

- Бас ауруы, бас айналу, құлақтағы шу, жүрек соғуының жиілеуі, кеуде тұсындағы ауырсыну, енгіту, ісіну.

Физикалық тексеру:

- Қан қысымын өлшеу;
- Дене салмағын өлшеу (BMI, бел өлшемі);
- Қосымша тексерулер: жүрек және басқа мүшелер зақымдану белгілерін анықтау.

Зертханалық зерттеулер:

- Қан мен зәрдің жалпы анализі;
- Биохимиялық қан талдауы (калий, натрий, глюкоза, креатинин, зәр қышқылы, липидтер спектрі).

Аспаптық зерттеулер:

- 12-ші тіркемелі ЭКГ;
- Эхокардиография;
- Кеуде қуысының рентгенографиясы;
- Офтальмологиялық тексеру;
- Бүйрек УДЗ.

Емдеу тактикасы:

1. Дәрісіз емдеу:

- Тұзды 5 г/тәуліктен азайту;
- Дене салмағын қалыпқа келтіру;
- Физикалық белсенділік: аптасына 4 рет, 30-40 минут;
- Темекі шегуден бас тарту.

2. Дәрімен емдеу:

- **АСЕ ингибиторлары:** эналаприл, периндоприл.

ONTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Жалпы дәрігерлік практика және дерматовенерология» кафедрасы		61/ 11
«Жалпы дәрігерлік тәжірибе негіздері» пәнінен дәрістер кешені		12 –ші беті 48 беттің

- **Ангиотензин рецепторларының блокаторлары:** валсартан, лозартан.
- **Кальций антагонистері:** амлодипин.
- **Бета-блокаторлар:** метопролол, бисопролол.
- **Диуретиктер:** гидрохлоротиазид, индапамид.
- **Статиндер:** аторвастатин, симвастатин.

Динамикалық бақылау:

- Орташа және төмен қауіп тобы: 6 айда 1 рет;
- Жоғары және өте жоғары қауіп тобы: 3 айда 1 рет;
- Кардиолог қарауы: жылына 1 рет.

Ем тиімділігінің көрсеткіштері:

- Мақсатты қан қысымы деңгейіне қол жеткізу;
- Липидтер деңгейін қалыпқа келтіру;
- Нысана мүшелердегі өзгерістердің динамикалық жақсаруы.

4. Көрнекі материалдар: Қосымшада.

5. Пайдаланылған әдебиеттер: Соңында.

6. Дәрістен кейінгі кері байланыс:

1. Эпидемиология.
2. Жіктелуі.
3. Диагностика.
4. Амбулаториялық емдеу тактикасы.
5. Госпитализацияға көрсеткіштер.
6. Динамикалық бақылау.
7. Медициналық-еңбек сараптамасы мәселелері.
8. Алдын алу.

1. Тақырып № 5: Жалпы практика дәрігеріндегі жедел ревматизмдік қызба және созылмалы ревматизмдік жүрек ауруы.

2. Оқу мақсаты:

Жедел ревматизмдік қызбаны және созылмалы ревматизмдік жүрек ауруын амбулаториялық деңгейде диагностикалау және емдеу.

3. Дәріс тезісі:

Жедел ревматизмдік қызба (ЖРҚ) – бұл дәнекер тінінің жүйелі қабыну ауруы, оның негізгі ошақтары:

- жүрек-қантамыр жүйесі (**ревматизмдік жүрек ауруы**),
- буындар (**көшу сипатындағы полиартрит**),
- ми (**хорея**),
- тері (**сақина тәрізді эритема, ревматизмдік түйіндер**).

ONTÜSTİK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Жалпы дәрігерлік практика және дерматовенерология» кафедрасы		61/ 11
«Жалпы дәрігерлік тәжірибе негіздері» пәнінен дәрістер кешені		13 –ші беті 48 беттің

Ауру көбінесе **A тобының β -гемолитикалық стрептококк** инфекциясынан кейін иммундық жауап нәтижесінде пайда болады, 7-15 жас аралығындағы балаларда жиі кездеседі.

Созылмалы ревматизмдік жүрек ауруы (СРЖА) – бұл жүрек қақпақшаларының зақымдалуы (постқабыну фиброзы, қақпақшалардың стенозы немесе жеткіліксіздігі) жедел ревматизмдік қызбадан кейін қалыптасады.

Жіктелуі:

1. **Клиникалық түрлері:**
 - Жедел ревматизмдік қызба;
 - Қайталанбалы ревматизмдік қызба.
2. **Клиникалық көріністері:**
 - **Негізгі:** кардит, артрит, хорея, сақина тәрізді эритема, теріасты ревматизмдік түйіндер.
 - **Қосымша:** қызба, артралгия, абдоминалды синдром, серозит.
3. **Аяқталуы:**
 - Сауығу;
 - Созылмалы ревматизмдік жүрек ауруы:
 - а) жүрек ақауынсыз;
 - ә) жүрек ақауымен.
4. **Жүрек жеткіліксіздігі:**
 - Стражеско-Василенко жіктелуі (0, I, IIА, IIВ, III сатылар);
 - NYHA жіктелуі (I-IV функционалды сыныптар).
5. **Арнайы жағдайлар:**
 - Изолирленген хорея;
 - «Кеш» кардит;
 - Созылмалы ревматизмдік жүрек ауруы бар қайталанбалы ЖРҚ.

Амбулаториялық деңгейде диагностика және емдеу:

Диагностикалық критерийлер:

Киссель-Джонс критерийлері (American Heart Association жаңартуы).

Үлкен критерийлер:

- Кардит;
- Полиартрит;
- Хорея;
- Сақина тәрізді эритема;
- Теріасты ревматизмдік түйіндер.

Кіші критерийлер:

- **Клиникалық:** артралгия, қызба;
- **Зертханалық:** ЭТЖ жоғарылауы, CRP деңгейінің жоғарылауы;
- **ЭКГ:** P-R интервалының ұзаруы.

ONTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Жалпы дәрігерлік практика және дерматовенерология» кафедрасы		61/ 11
«Жалпы дәрігерлік тәжірибе негіздері» пәнінен дәрістер кешені		14 –ші беті 48 беттің

Стрептококк инфекциясын растау:

1. Жұтқыншақтан алынған ВГСА культурасының оң нәтижесі;
2. Антистрептолизин-О титрінің жоғарылауы.

Шағымдар:

- Қызу (жиі субфебрильді);
- Үлкен буындардағы симметриялы ауырсыну (көбінесе тізе буындары);
- Жүрек тұсындағы ауырсыну;
- Ентігу, жүрек соғуының жиілеуі;
- Шаршағыштық, жалпы әлсіздік;
- Хорея белгілері (бұлшықет гиперкинезі, эмоционалды тұрақсыздық).

Анамнез:

ЖРҚ әдетте **2-4 аптадан кейін** жедел стрептококкты инфекциядан соң басталады. Ауру кенеттен басталып, қызу көтерілуі, буындардағы ауырсыну және кардит белгілері байқалады.

Физикалық тексеру:

- **Тері синдромы:** сақина тәрізді эритема, теріасты түйіндер.
- **Буын зақымдануы:** олигоартрит (көшу сипатты, симметриялы).
- **Жүрек зақымдануы:** митральды регургитацияны көрсететін систоалық шуыл, мезодиастолалық және протодиастолалық шуылдар.

Зертханалық зерттеулер:

- Жалпы қан талдауы: ЭТЖ жоғарылауы, лейкоцитоз;
- Биохимиялық талдау: CRP оң, антистрептолизин-О титрі жоғарылаған.

Аспаптық зерттеулер:

- **ЭКГ:** ырғақ пен өткізгіштік бұзылыстарын анықтау;
- **Кеуде қуысының рентгенографиясы;**
- **Эхокардиография:** қақпақша зақымдануын диагностикалау.

Емдеу:

1. **ЖРҚ емінің мақсаты:** стрептококк инфекциясын жою және қабыну процесін басу.
 - **Этиотропты терапия:** бензилпенициллин, азитромицин.
 - **Қабынуға қарсы терапия:** глюкокортикостероидтар (преднизолон), стероидты емес қабынуға қарсы дәрілер (диклофенак).
 - **Симптомдық терапия:** жүрек жеткіліксіздігін түзету.
2. **Созылмалы ревматизмдік жүрек ауруының алдын алу:**
 - Бензатин бензилпенициллин 1 рет әр 3 апта сайын бұлшықетке енгізіледі.

ONTÜSTİK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Жалпы дәрігерлік практика және дерматовенерология» кафедрасы		61/ 11
«Жалпы дәрігерлік тәжірибе негіздері» пәнінен дәрістер кешені		15 –ші беті 48 беттің

- Алдын алу ұзақтығы:
 - а) кардитсіз науқастарға – кемінде 5 жыл;
 - ә) кардитпен, бірақ ақаусыз науқастарға – кемінде 10 жыл немесе 25 жасқа дейін;
 - б) жүрек ақауы бар науқастарға – өмір бойы.

Динамикалық бақылау:

- Медициналық тексеру жылына **4 рет** ұсынылады.
- Жалпы практика дәрігері, ревматолог, кардиохирургтің бақылауы.

Госпитализация көрсеткіштері:

- Жедел ревматизмдік қызба;
- Жүрек жеткіліксіздігі белгілері;
- Рецидивті ревматизмдік қызба.

4. Көрнекі материалдар: Қосымшада.

5. Пайдаланылған әдебиеттер: Соңында.

6. Дәрістен кейінгі кері байланыс:

1. Эпидемиология.
2. Жіктелуі.
3. Диагностика.
4. Амбулаториялық емдеу тактикасы.
5. Госпитализацияға көрсеткіштер.
6. Динамикалық бақылау.
7. Медициналық-еңбек сараптамасы мәселелері.
8. Алдын алу.

1. Тақырып № 6: Жалпы практика дәрігеріндегі асқазан-ішек жарасы ауруы.

2. Оқу мақсаты:

Асқазан-ішек жарасы ауруын амбулаториялық деңгейде диагностикалау және емдеу.

3. Дәріс тезісі:

Асқазан-ішек жарасы ауруы – бұл **Helicobacter pylori** инфекциясынан туындаған, өршу және ремиссия кезеңдерімен сипатталатын созылмалы қайталанатын ауру, оның негізгі көрінісі – асқазан мен он екі елі ішек қабырғасында ақау (жара) пайда болуы.

Helicobacter pylori инфекциясы асқазанның шырышты қабығына прогрессивті зиян келтіреді және асқазан жарасы мен он екі елі ішек жарасының дамуында маңызды рөл атқарады.

Жіктелуі:

1. Нозологиялық тәуелсіз:

ONTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Жалпы дәрігерлік практика және дерматовенерология» кафедрасы		61/ 11
«Жалпы дәрігерлік тәжірибе негіздері» пәнінен дәрістер кешені		16 –ші беті 48 беттің

- Асқазан-ішек жарасы және симптоматикалық гастродуоденальды жаралар;
- Helicobacter pylori инфекциясымен және инфекциясыз асқазан-ішек жарасы.
- 2. **Жалпы сипаттамасы:**
 - Асқазан жарасы;
 - Он екі елі ішек жарасы;
 - Белгісіз этиологиялы асқазан жарасы;
 - Асқазан резекциясынан кейінгі гастроезофагеальды жара.
- 3. **Клиникалық түрлері:**
 - Жедел немесе жаңадан анықталған;
 - Созылмалы.
- 4. **Ағымы:**
 - Латентті;
 - Жеңіл немесе сирек қайталанатын;
 - Орташа немесе қайталанатын (жылына 1-2 рет рецидив);
 - Ауыр (жылына 3 немесе одан да көп рецидив) немесе үздіксіз рецидивті.
- 5. **Фаза:**
 - Өршу (рецидив);
 - Сөну.
- 6. **Жараның морфологиялық субстратының сипаттамасы:**
 - **Жараның түрлері:**
 - Жедел жара;
 - Созылмалы жара.
 - **Жараның мөлшері:**
 - Кіші (0.5 см-ге дейін);
 - Орташа (0.5-1 см);
 - Үлкен (1.1-3 см);
 - Гиганттық (3 см-ден жоғары).
 - **Жараның даму сатылары:**
 - Белсенді;
 - Тыртықтану;
 - Қызыл тыртық кезеңі;
 - Ақ тыртық кезеңі;
 - Ұзақ мерзімді тыртықтану.
- 7. **Жараның локализациясы:**
 - Асқазан (кардиа, субкардиалдық бөлім, асқазан денесі, антральды бөлім, пилорлық канал, алдыңғы қабырға, артқы қабырға, кіші иілім, үлкен иілім);
 - Он екі елі ішек (бульбус, постбульбарлы бөлік, алдыңғы қабырға, артқы қабырға, кіші иілім, үлкен иілім).
- 8. **Гастродуоденальды жүйе қызметінің сипаттамасы:**
 - Барлық айқын өзгерістер көрсетілмеген.

Асқазан жарасының асқынулары:

1. Қан кету (жеңіл, орташа, ауыр, өте ауыр);
2. Перфорация;
3. Пенетрация;
4. Стеноз (компенсацияланған, субкомпенсацияланған, декомпенсацияланған);

ONTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Жалпы дәрігерлік практика және дерматовенерология» кафедрасы		61/ 11
«Жалпы дәрігерлік тәжірибе негіздері» пәнінен дәрістер кешені		17 –ші беті 48 беттің

5. Злокачественность ісік.

Диагностикалық критерийлер:

Шағымдар:

- Асқазан аймағындағы ауырсыну, ол кеуденің сол жағына, сол шынтаққа, кеуде немесе бел омыртқасына берілуі мүмкін.
- Ауырудың сипаттамасы:
 - **Ерте ауырсыну:** тамақтан кейін 0.5-1 сағаттан соң пайда болады (асқазан жарасы);
 - **Кеш ауырсыну:** 2-3 сағаттан кейін, аш қарынға пайда болатын ауырсыну (он екі елі ішек жарасы).

Физикалық тексеру:

- Қарқынды ауырсыну кезінде эпигастриумда ауру сезімі пайда болуы мүмкін, бұл жиі алдыңғы іш қабырғасының бұлшықеттерінің қаттылығымен бірге жүреді.

Зертханалық зерттеулер:

- Жалпы қан талдауы: анемия, лейкоцитоз, ЭТЖ жоғарылауы;
- Биохимиялық қан талдауы: глюкоза, креатинин, зәр қышқылы, холестерин.

Аспаптық зерттеулер:

- **Эзофагогастродуоденоскопия:** жараның орналасуын, тереңдігін, пішінін және көлемін анықтайды.
- **Гистологиялық зерттеу:** қабыну процесінің белгілерін анықтайды (нейтрофильді инфильтрация).
- **H. pylori инфекциясының диагностикасы:** биопсия нәтижелері бойынша анықталады.

Емдеу:

- **Мақсаттар:**
 - Ауырсынуды жою;
 - Жараның жазылуы;
 - H. pylori инфекциясын жою.
- **Дәрісіз емдеу:**
 - Диеталық тамақтану, темекі шегуден бас тарту, алкогольді ішімдіктерден аулақ болу.
- **Дәрілік терапия:**
 - **Антисекреторлық терапия:** Протон помпа ингибиторлары (омепразол, лансопразол).
 - **Антибиотиктер:** H. pylori үшін амоксициллин, кларитромицин.
 - **Эрадикациялық терапия:** Протон помпа ингибиторлары + амоксициллин + кларитромицин.

ONTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Жалпы дәрігерлік практика және дерматовенерология» кафедрасы	61/ 11
«Жалпы дәрігерлік тәжірибе негіздері» пәнінен дәрістер кешені	18 –ші беті 48 беттің

Алдын алу шаралары:

- NSAID қабылдағанда протон помпа ингибиторларын қолдану;
- **H. pylori** инфекциясын емдеу үшін антибиотикалық терапия.

Динамикалық бақылау:

- **ФГДС** жылына 1 рет жүргізіледі.
- **Емнің тиімділігі:** жараның жазылуы, H. pylori эрадикациясы, асқынулардың болмауы.

Госпитализацияға көрсеткіштер:

- Амбулаториялық терапияның тиімсіздігі, асқынған түрлері.

4. Көрнекі материалдар: Қосымшада.

5. Пайдаланылған әдебиеттер: Соңында.

6. Дәрістен кейінгі кері байланыс:

1. Эпидемиология.
2. Жіктелуі.
3. Диагностика.
4. Амбулаториялық емдеу тактикасы.
5. Госпитализацияға көрсеткіштер.
6. Динамикалық бақылау.
7. Медициналық-еңбек сараптамасы мәселелері.
8. Алдын алу.

1. Тақырып № 7: Жалпы практика дәрігеріндегі созылмалы пиелонефрит.

2. Оқу мақсаты:

Созылмалы пиелонефритті амбулаториялық деңгейде диагностикалау және емдеу.

3. Дәріс тезісі:

Созылмалы тубулоинтерстициальды нефрит – бұл бүйрек түтікшелері мен интерстициумының бастапқы зақымдануы, әртүрлі аурулар немесе белгілі бір дәрі-дәрмектер мен шөптердің инфузияларының ұзақ уақыт қолданылуымен байланысты және бұл ауру түтікшелер мен бүйрек интерстициумының склерозының прогрессивті дамуы арқылы сипатталады.

Клиникалық жіктелуі:

Формалары:

- Анальгезиялық нефропатия, литий терапиясымен байланысты нефропатия, ауыр металдар мен радиациядан туындаған нефропатия.

Халықаралық созылмалы бүйрек ауруының жіктелуі, 2002:

ONTÜSTİK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Жалпы дәрігерлік практика және дерматовенерология» кафедрасы		61/ 11
«Жалпы дәрігерлік тәжірибе негіздері» пәнінен дәрістер кешені		19 –ші беті 48 беттің

- I кезең, ГФР (гломерулярлық фильтрация жылдамдығы) – ≥ 90 мл/мин;
- II кезең, ГФР – 89-60 мл/мин;
- III кезең, ГФР – 59-30 мл/мин;
- IV кезең, ГФР – 29-15 мл/мин;
- V кезең, ГФР – 15 мл/мин төмен (терминалдық созылмалы бүйрек жеткіліксіздігі).

Диагностикалық критерийлер:

Шағымдар және анамнез:

- Ұзақ уақыт бойы аралас анальгезиялық дәрілерді немесе NSAID қабылдау (5 жыл ішінде шамамен 3000 таблетка);
- Бүйрек аймағында коликалық ауырсыну (папиллярлы некрозбен);
- Литий дәрілерін ұзақ уақыт пайдалану, полиурия немесе зәр шығарудың төмендеуі, әлсіздік, жалпы әлсіздік.

Физикалық тексеру:

- Бүйрек проекциясы аймағында пальпация кезінде ауырсыну болуы мүмкін, артериялық гипертензия байқалуы мүмкін.

Негізгі диагностикалық шаралар тізімі:

1. Жалпы қан анализі;
2. Жалпы зәр анализі;
3. Зәрдегі протеин электрофорезі (тубулярлы протеинурия);
4. Бүйрек УЗИ;
5. Креатинин, уреа, зәр қышқылы, калий, натрий, кальций, фосфор, паратироид гормонын анықтау;
6. Фенацетин метаболиттерін және ауыр металдарды зәрден анықтау;
7. Зимницкий сынамасы;
8. Зәрдің бактериологиялық мәдениеті;
9. ГФР есептеу;
10. КШЧС;
11. Зәрдегі натрийдің шығару фракциясы.

Қосымша диагностикалық шаралар:

1. ЭГДС;
2. Қан сарысуындағы ферритин;
3. Метгемоглобин, сульфгемоглобин;
4. ЭКГ;
5. Бүйректердің КТ-сі, егер бүйрек папилляларының некрозы күдіктенсе.

Зертханалық зерттеулер:

- Қан анализі: анемия, лейкоцитурия, тубулярлы протеинурия, бүйрек функциясының прогрессивті төмендеуі, тубулярлы ацидоз белгілері,

ONTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Жалпы дәрігерлік практика және дерматовенерология» кафедрасы		61/ 11
«Жалпы дәрігерлік тәжірибе негіздері» пәнінен дәрістер кешені		20 –ші беті 48 беттің

гиперкалиемиия, литий препараттарымен емделгенде нефрогендік диабет инсунидусымен (зәр шығарудың көп болуы) және баска да электролиттік ауытқулар.

Аспаптық зерттеулер:

- **Бүйрек УЗИ:** бүйрек көлемінің кішіреюі, бүйректе тастың болмауы (папиллярлы некроз), кисталар.
- **Бүйрек биопсиясы:** интерстициальды фиброз, тубулярлы атрофия, папиллярлы некроз.

Дифференциалды диагностика:

Белгі	Созылмалы пиелонефрит	Созылмалы гломерулонефрит
Аурудың басталуы	Туа біткен бүйрек ауруы болған жағдайда;	Көп жағдайда кейінгі аурулардан кейін басталады.
Ісіну	Созылмалы бүйрек жеткіліксіздігі бар болса сирек;	Көбінесе жиі.
Жас	Туа біткен бүйрек ауруы бар балалар;	Әртүрлі жастағы балалар, көбінесе ұлдар.
Қан қысымы	Әдетте болмайды;	Бүйрек жеткіліксіздігіне байланысты болады.
Жалпы симптомдар	Созылмалы бүйрек жеткіліксіздігі қосылғанда;	Орташа ауырлықтағы симптомдар.
Қызба	Бойында жиі болады.	Жиі болмайды.
Ішкі органдар зақымдануы	Орталық жүйке жүйесі (неврология);	Жүрек, өкпе, асқазан-ішек жолдары.

Емдеу тактикасы:

1. Дәрілік емдеу:

- **Антибактериалды терапия:** Цефалоспориндер, аминогликозидтер, уросептиктер. Алғашқы таңдаулар тәжірибелік түрде, кейін микрофлора сезімталдығына сәйкес тағайындалады.
- **Қолдаушы терапия:** Урине анализдері толық қалыпқа келгеннен кейін 2 ай немесе одан да көп уақыт бойы жүргізіледі.

2. Қосымша емдер:

- Анемия болса, эритропозтин дәрілері (эпозтин альфа, бета, дарбэпозтин), темір препараттары (парентералды енгізу);
- Минералды және сүйек метаболизмі бұзылыстарында фосфорды байланыстыратын агенттер (Севеламера карбонаты), белсенді Д3 витамині (альфакальцидол);
- Гастроэнтерологиялық асқынуларда - антиульцерозды терапия (протон помпа ингибиторлары, H2-гистамин рецепторларының блокаторлары, антибиотиктер, аминокапрон қышқылы).

ONTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Жалпы дәрігерлік практика және дерматовенерология» кафедрасы	61/ 11
«Жалпы дәрігерлік тәжірибе негіздері» пәнінен дәрістер кешені	21 –ші беті 48 беттің

Профилактикалық шаралар:

- Вирустық, бактериалдық, саңырауқұлақ инфекцияларының алдын алу;
- Электролит теңгерімінің бұзылуын болдырмау;
- ХБН-ің даму үдерісін баяулатуды қамтамасыз ету.

Динамикалық бақылау:

- Бүйректің фильтрация және концентрация функцияларын бақылау, зәр анализі, қан қысымын бақылау, бүйрек УЗИ.

Емдеу тиімділігінің көрсеткіштері:

- Жараның жазылуы;
- Н. р/огі эрадикациясы;
- Жараның ремиссиясы;
- Асқынулардың болмауы.

Госпитализацияға көрсеткіштер:

- Амбулаториялық дәрілік терапияның тиімсіздігі.

Шұғыл госпитализация көрсеткіштері:

- Аурудың асқынған түрлері;
- Қатты ауырсыну синдромы;
- Амбулаториялық дәрілік терапияның тиімсіздігі;
- Қоса жүретін аурулар.

4. Көрнекі материалдар: Қосымшада.

5. Пайдаланылған әдебиеттер: Соңында.

6. Дәрістен кейінгі кері байланыс:

1. Эпидемиология.
2. Жіктелуі.
3. Диагностика.
4. Амбулаториялық емдеу тактикасы.
5. Госпитализацияға көрсеткіштер.
6. Динамикалық бақылау.
7. Медициналық-еңбек сараптамасы мәселелері.
8. Алдын алу.

1. Тақырып № 8: Жалпы практика дәрігеріндегі теміртапшылық анемиясы.

2. Оқу мақсаты:

Теміртапшылық анемиясын амбулаториялық деңгейде диагностикалау және емдеу.

ONTÜSTİK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Жалпы дәрігерлік практика және дерматовенерология» кафедрасы		61/ 11
«Жалпы дәрігерлік тәжірибе негіздері» пәнінен дәрістер кешені		22 –ші беті 48 беттің

3. Дәріс тезісі:

Теміртапшылық анемиясы (ТТА) – бұл клиникалық және гемостаздық синдром, ол анемиямен (гемоглобин деңгейінің 130 г/л еркектерде және 120 г/л әйелдерде төмендеуі) және теміртапшылықпен сипатталады (TSat – трансферриннің қанығуы <16% және ферритин деңгейінің <30 мг/л немесе нг/мл төмендеуі).

TSat – бұл есептелген мән, серумдағы темір деңгейіне тәуелді, сондықтан ТТА үшін серумдағы темірдің төмен деңгейі де критерий болып табылады.

ТТА жіктелуі бойынша ауырлық дәрежесі:

I. Жеңіл (Hb мазмұны 90-120 г/л)

II. Орташа (Hb мазмұны 70-89 г/л)

III. Ауыр (Hb мазмұны 70 г/л төмен)

ТТА этиологиялық жіктелуі (Camaschella C., 2015, өзгертілген):

Себеп	Мысал
Темірдің көп қабылдануы	Жасөспірімдерде жылдам өсу, менструация кезеңіндегі қан жоғалту, жүктіліктің екінші және үшінші триместрлері, қан донорлығы
Қабылданған темірдің жеткіліксіздігі	Әлеуметтік тұрмыстық нашар тамақтану, вегетариандық диета және т.б.
Темірдің сіңуінің бұзылуы	Гастрэктомия, дуоденальды шунттау, бариатриялық операциялар, целиакия, ішек қабыну аурулары, атрофиялық гастрит, гельминтоздар
Созылмалы қан жоғалту	Ас қорыту жүйесінен: эзофагит, гастрит, асқазан жарасы, дуоденальды жара, дивертикулóz, ісіктер, ішек қабынуы, геморрой, паразитоздар
Жүйелі қан жоғалту	Геморрагиялық телеангиэктазия, созылмалы шигеллез, т.б.
Қолданылатын дәрілер	Глюкокортикоидтар, салицилаттар, NSAID, протон помпа ингибиторлары
Тұқымқуалаушылық	IRIDA (TMPRSS6 геніндегі мутация) және сирек себептер
Эритропоэздің шектелуі	Хроникалық аурулармен емдеу, созылмалы бүйрек ауруы

Диагностикалық критерийлер:

Жалпы анемиялық синдром:

- Әлсіздік, шаршау, бас айналу, бас ауруы (кешке жиі), физикалық күш салғанда енгізу, жүрек соғуы, есінен тану, төмен қан қысымымен көз алдында "ұшатын шыбындар", температураның орташа көтерілуі, күндізгі ұйқышылық және түнде ұйқының бұзылуы, қозғыштық, жүйкелену, қақтығыс, көз жасының көбеюі, есте сақтау және көңіл бөлудің бұзылуы, аппетит жоғалуы. Шағымдардың ауырлығы анемияға бейімделуге байланысты.

Сидеропеникалық синдром:

ONTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Жалпы дәрігерлік практика және дерматовенерология» кафедрасы		61/ 11
«Жалпы дәрігерлік тәжірибе негіздері» пәнінен дәрістер кешені		23 –ші беті 48 беттің

- Терідегі өзгерістер (күрғақтық, қабыршақтану, жаралардың оңай пайда болуы, бозару);
- Шаштың бұлыңғыр, сынғыш болуы, "қақталып қалуы", ерте сұрлануы, интенсивті түсуі;
- Тырнақтардың өзгеруі (жіңішке, сынғыш, көлденең сызықтар, кейде шұңқыр тәрізді ыдырау – коилонихия);
- Шекелер мен ауыз қуысының өзгерістері (глоссит, ауыздың бұрыштарында жарықтар, бұрыштық стоматит);
- Ішек-қарын өзгерістері (атрофиялық гастрит, эзофагеальды шырышты қабықтың атрофиясы, дисфагия);
- Бұлшық ет жүйесі. Миастения (несептің ұстамауы, күлгенде, жөтелгенде несеп ұстамау, кейде қыздарда түнде зәр шығару).
- Әдеттен тыс иістерге тәуелділік, дәмнің бұрмалануы.
- Тахикардияға, гипотензияға бейімділік.

Зертханалық зерттеулер:

- Жалпы қан анализі, ретикулоциттер мен темір метаболизмінің көрсеткіштері, В12 дәрумені, фолий қышқылы деңгейі;
- Биохимиялық зерттеулер (жалпы ақуыз, креатинин, зәр қышқылы, қан глюкозасы, жалпы билирубин, прямая билирубин, трансаминаздар);

Зертханалық көрсеткіштер:

№	Зертханалық мән	Қалыпты аралық (лабораторияға байланысты өзгеруі мүмкін)	ТТА кезінде өзгерістер
1	Эритроциттердің морфологиялық өзгерістері	Нормоциттер – 68%, микроситтер – 15.2%, макроситтер – 16.8%	Микроцитоз және анизоцитоз
2	Түстер индексі	0.86 -1.05	Гипохромия индексі 0.86-дан төмен
3	Гемоглобин деңгейі	Әйелдер – 120 г/л, Еркектер – 130 г/л	Төмендеуі
4	МСН	27-31 пг	27 пг-дан төмен
5	МСНС	33-37%	33%-дан төмен
6	МСV	2-10:1000	Өзгеріссіз
7	Серумдағы темір	Әйелдер – 12-25 мкмоль/л, Еркектер – 13-30 мкмоль/л	Төмендеуі
8	Жалпы темір байланыс қабілеті	30-85 мкмоль/л	Өседі
9	Латентті темір байланыс қабілеті	47 мкмоль/л төмен	47 мкмоль/л жоғары
10	Трансферрин қанығу коэффициенті (TSat)	≥16%	Төмендеуі
11	Ферритин деңгейі	15-150 мкг/л	Төмендеуі

ONTÜSTİK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Жалпы дәрігерлік практика және дерматовенерология» кафедрасы		61/ 11
«Жалпы дәрігерлік тәжірибе негіздері» пәнінен дәрістер кешені		24 –ші беті 48 беттің

Аспаптық зерттеулер:

- **Фиброгастроуденоскопия:** қан жоғалту көздерін анықтау үшін;
- **Ультрадыбыстық зерттеу:** асқазан-ішек жолдарының зақымдануын анықтау үшін;
- **Рентгенография:** асқазанның рентгені, өкпені рентгендеу, ультрадыбыстық зерттеу;

Маманға консультациялар үшін көрсеткіштер:

- **Хирург:** асқазан-ішек жолынан қан жоғалту күдігі бойынша;
- **Гастроэнтеролог:** ішек-қарын аурулары, қан жоғалту жағдайлары бойынша;
- **Отоларинголог:** мұрыннан қан кету күдігімен;
- **Гинеколог:** гениталды қан кетулер.

Емдеу:

ТТА емдеу бағдарламасы:

- Этиологиялық факторларды жою (негізгі ауруды емдеу);
- Медициналық тамақтану (диета № 11);
- Темірмен емдеу;
- Темір қорының толтырылуы (сейф терапиясы).

Дәрілік емдеу:

Теміртапшылық анемиясын емдеудің негізі – темір препараттарын қолдану. Инфузиялар темір терапиясының орнына жүрмейді.

Темір препараттары ауыз арқылы және парентеральді түрде қабылданады. Ауыз арқылы қабылдауға арналған препараттардың негізгі принциптері:

- Элементарлы темірдің жеткілікті мөлшерін қамтитын препараттарды тағайындау;
- В дәрумендерін, фолий қышқылын қолданудың тиімсіздігі;
- Емдеу курсының жеткілікті ұзақтығы (кемінде 3 ай).

Темір препараттарымен емдеу курсы 3 ай ішінде жүргізілуі керек.

Парентеральді темір препараттары:

Егер асқазанның сіңіру бұзылыстары болса немесе ауыз арқылы терапия тиімді болмаса, парентеральді темір препараттары тағайындалады.

Госпитализацияға көрсеткіштер:

- **Шұғыл госпитализация:** гемодинамикалық тұрақсыздық белгілері анықталған жағдайда.

ONTÜSTİK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Жалпы дәрігерлік практика және дерматовенерология» кафедрасы		61/ 11
«Жалпы дәрігерлік тәжірибе негіздері» пәнінен дәрістер кешені		25 –ші беті 48 беттің

4. Көрнекі материалдар: Қосымшада.

5. Пайдаланылған әдебиеттер: Соңында.

6. Дәрістен кейінгі кері байланыс:

1. Эпидемиология.
2. Жіктелуі.
3. Диагностика.
4. Амбулаториялық емдеу тактикасы.
5. Госпитализацияға көрсеткіштер.
6. Динамикалық бақылау.
7. Медициналық-еңбек сараптамасы мәселелері.
8. Алдын алу.

1. Тақырып № 9: Жалпы практика дәрігерінде қант диабеті.

2. Оқу мақсаттары:

Қант диабетін амбулаторлық деңгейде диагностикалау және емдеу.

3. Дәріс тезісі:

Қант диабеті (ҚД) – бұл метаболикалық аурулар тобы, оның негізгі белгісі – созылмалы гипергликемия, бұл инсулин секрециясының немесе инсулиннің әсерінің бұзылуынан туындайды немесе екеуі де.

Қант диабетінде созылмалы гипергликемия көру, бүйрек, жүйке, жүрек және қан тамырлары сияқты әртүрлі органдардың зақымдануымен, дисфункциясымен және істен шығуымен байланысты.

Жіктелуі:

Клиникалық жіктелуі:

- **1 типті диабет** – панкреастың β -клеткаларының жойылуы, әдетте инсулин тапшылығына әкеледі.
- **2 типті ҚД** – инсулинге төзімділік жағдайында инсулин секрециясының прогрессивті бұзылуы.
- **Басқа нақты түрлер:**
 - β -клеткалардың функциясына генетикалық кемшіліктер;
 - инсулиннің әрекетіне генетикалық кемшіліктер;
 - экзокринді ұйқы безінің аурулары;
 - дәрілер немесе химиялық заттар арқылы индукцияланған (HIV / СПИД емдеуде немесе ағзаны трансплантациялау кезінде);
 - эндокринопатиялар;
 - инфекциялар;
 - қант диабетімен байланысты басқа генетикалық синдромдар.
- **Жүктілік кезіндегі диабет** – жүктілік кезінде дамиды.

Диагностикалық әдістер, тәсілдер және рәсімдер

Диагностикалық критерийлер:

Шағымдар:

ONTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Жалпы дәрігерлік практика және дерматовенерология» кафедрасы		61/ 11
«Жалпы дәрігерлік тәжірибе негіздері» пәнінен дәрістер кешені		26 –ші беті 48 беттің

- Әлсіздік;
- Жағымсыздық;
- Жұмыс қабілетінің төмендеуі;
- Терінің және қынаптың қышуы;
- Полиурия;
- Полидипсия;
- Уақытша бұлыңғыр көру;
- Аяқтардағы ыстық сезімі;
- Төменгі аяқтардағы крамптар және түнде парестезия;
- Аяқтардағы тері мен тырнақтардың дистрофиялық өзгерістері.

Анамнез:

Ауру әдетте 40 жастан асқан кезде пайда болады, оған метаболикалық синдромның (семіздік, артериялық гипертензия және т.б.) болуы тән.

Физикалық тексеру:

2 типті диабеті бар пациенттерде:

- Висцеральды семіздік, АГ, акантоз нигрикансы белгілері;
- Бауыр көлемінің ұлғаюы;
- Суықтық белгілері (құрғақ шырышты қабықтар, тері, терінің тургорының төмендеуі, гипотензия);
- Гипокалиемия белгілері (экстрасистолия, бұлшықет әлсіздігі, ішек атониясы);
- Невропатия белгілері (парестезиялар, тері мен тырнақтардың дистрофиялық өзгерістері, аяқтардың жарақаттық ақаулары).

Зертханалық зерттеулер:

- Қан глюкозасын анықтау;
- HbA1c – гликозилденген гемоглобинін анықтау.

Қант диабеті және басқа гликемиялық бұзылуларды диагностикалау критерийлері:

Анықтау уақыты

Аш қарынға

2 сағаттан кейінгі оральды глюкозаның шыдамдылық сынамасы

Диабет

2 сағаттан кейін глюкоза шыдамдылық сынамасы

Кездейсоқ анықтама

Глюкоза
концентрациясы,
ммоль/л
Қалыпты қан (5,6 <) немесе венозды плазма (6,1 <)
Қалыпты қан (7,8 <) немесе венозды плазма (7,8 <)
Аш қарынға (6,1 ≥) немесе венозды плазма (7,0 ≥)
11,1 ≥
11,1 ≥

ONTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Жалпы дәрігерлік практика және дерматовенерология» кафедрасы		61/ 11
«Жалпы дәрігерлік тәжірибе негіздері» пәнінен дәрістер кешені		27 –ші беті 48 беттің

Анықтау уақыты

Глюкоза
концентрациясы,
ммоль/л

HbA1c (гликозилденген гемоглобин):

HbA1c деңгейі $\geq 6,5\%$ (48 ммоль/моль) диабеттің диагностикасы ретінде таңдалады.

HbA1c деңгейі 5,7%-ға дейін қалыпты деп саналады, егер ол Ұлттық Гликогемоглобин Стандарттау Бағдарламасы (NGSP) әдісімен анықталса, Diabetes Control and Complications Trial (DCCT) стандарты бойынша.

Аспаптық зерттеу әдістері:

- ЭКГ – ырғақ бұзылыстарын, миокард ишемиясын анықтау;
- ЭхоКГ – миокардтың кейбір аймақтарындағы дистрофия белгілерін, ишемиялық аймақтарды анықтау;
- Қосымша патологияларды анықтау үшін ішкі ағзалардың ультрадыбыстық зерттеуі;
- Төменгі аяқтар артерияларының Допплер ультрадыбыстық зерттеуі – қан ағысының жылдамдығын анықтау;
- Холтер мониторингі – жасырын гипертония мен аритмияларды анықтау;
- Қант диабетінің аяқ синдромын бағалау үшін аяқты рентгенографиялау;
- Трофикалық жарақаттардың микробиологиялық тексерулері – антибиотикалық терапия үшін;
- Төменгі аяқтардың электромиографиясы – диабеттік полиневропатияның ерте диагностикасы.

Маманмен кеңес беру үшін көрсеткіштер:

- **Офтальмолог:** қант диабетінен туындаған көздің зақымдануы диагностикасы мен емі;
- **Невролог:** диабеттің асқынуларын диагностикасы мен емі;
- **Нефролог:** диабеттің асқынуларын диагностикасы мен емі;
- **Кардиолог:** диабеттің асқынуларын диагностикасы мен емі;
- **Ангиохирург:** диабеттің асқынуларын диагностикасы мен емі.

Қант диабетінің 2 типін скринингтеу және диагностикасы алгоритмі:

Қант диабетінің 2 типін скринингтеу әдістері:

Скрининг диабеттің 2 типі болуы мүмкін пациенттерді анықтау үшін жүргізіледі. Қант диабетін анықтау үшін аш қарынға қант деңгейін анықтау арқылы басталады.

Нормогликемия немесе аш қарынға қанттың бұзылуы анықталған жағдайда оральды глюкозаның шыдамдылық сынамасы тағайындалады.

Дифференциалды диагностика

1 типті диабет пен 2 типті диабеттің дифференциалды диагностикасының критерийлері:

ONTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Жалпы дәрігерлік практика және дерматовенерология» кафедрасы	61/ 11
«Жалпы дәрігерлік тәжірибе негіздері» пәнінен дәрістер кешені	28 –ші беті 48 беттің

1 типті диабет

Жас жас, тез пайда болу (шөлдеу, полиурия, салмақ жоғалту, зәрде ацетон болуы)
Панкреастың β -клеткаларының аутоиммунды жойылуы

2 типті диабет

Семіздік, гипертензия, отырықшы өмір салты, туыстарында диабет болуы
Инсулинге төзімділік және β -клеткалардың секрециялық дисфункциясы

Емдеу тактикасы (амбулаторлық деңгейде):

2 типті диабеті бар пациенттер, егер жедел асқынулар болмаса, амбулаторлық емдеуге жатады.

Емдеудің мақсаттары:

- Қан глюкозасы мен HbA1c деңгейінің жеке мақсатты деңгейлеріне жету;
- Қан қысымын қалыпқа келтіру;
- Липидті метаболизмді қалыпқа келтіру;
- Қант диабетінің асқынуларын алдын алу.

Емдеу тактикасы:

- Диеталық терапия;
- Физикалық белсенділік;
- Қант төмендететін дәрілер.

Емдеу тиімділігінің көрсеткіштері:

- HbA1c және қан глюкозасының жеке мақсатты деңгейлеріне жету;
- Липидті метаболизмнің мақсатты көрсеткіштеріне жету;
- Қан қысымының мақсатты деңгейлеріне жету;
- Өзін-өзі бақылау мотивациясының дамуы.

Госпитализацияға көрсеткіштер:

- **Жоспарлы госпитализация:**
 - Карбогидрат метаболизмінің декомпенсациясы;
 - Жиі қайталанатын гипогликемия;
 - Неврологиялық және тамырлы асқынулардың үдеуі;
 - Жүктілік кезінде 2 типті диабет диагнозы.

Шұғыл госпитализацияға көрсеткіштер:

- **Кома:** гиперосмолярлық, гипогликемиялық, кетоацидозды, сүт қышқылды.

4. Көрнекі материалдар: Қосымшада.

5. Пайдаланылған әдебиеттер: Соңында.

6. Дәрістен кейінгі кері байланыс:

1. Эпидемиология.

ONTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Жалпы дәрігерлік практика және дерматовенерология» кафедрасы		61/ 11
«Жалпы дәрігерлік тәжірибе негіздері» пәнінен дәрістер кешені		29 –ші беті 48 беттің

2. Жіктелуі.
3. Диагностика.
4. Амбулаториялық емдеу тактикасы.
5. Госпитализацияға көрсеткіштер.
6. Динамикалық бақылау.
7. Медициналық-еңбек сараптамасы мәселелері.
8. Алдын алу.

1. Тақырып № 10: Жалпы практика дәрігерінде медициналық және алдын алу көмегін ұйымдастыру.

2. Оқу мақсаттары:

Жаңа туған нәрестелер мен жас балаларға медициналық және алдын алу көмегін ұйымдастыру.

3. Дәріс тезісі:

Педиатриялық көмекті амбулаторлық-поликлиникалық деңгейде ұйымдастыру:

Балаларға амбулаторлық көмек көрсететін денсаулық сақтау ұйымдары өз қызметін Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2011 жылғы 5 қаңтардағы №7 бұйрығымен бекітілген денсаулық сақтау ұйымдарының қызметі туралы ережеге сәйкес жүзеге асырады.

Баланы босанғаннан кейінгі күтім ұйымынан немесе көпсалалы аурухананың акушерлік бөлімінен шығару сәтінен бастап, баланың дамуын бақылау 112 нысаны бойынша жүзеге асырылады (Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің 2015 жылғы 28 сәуірдегі № 281 бұйрығына сәйкес).

Амбулаторлық деңгейде, Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау және әлеуметтік даму министрінің 2015 жылғы 28 сәуірдегі № 281 бұйрығына сәйкес, денсаулық сақтау ұйымдары келесі қызметтерді атқарады:

1. балаларға кеңес беру, диагностикалық, медициналық көмек көрсету, медициналық тексеру және медициналық реабилитация;
2. жүктіліктің, жаңа туған нәрестелер мен жас балалардың патронажы және белсенді араласулар;
3. егулерді жоспарлау, ұйымдастыру және өткізу;
4. арнайы мамандарға балаларды бағыттау;
5. жедел және созылмалы ауруларды анықтау, емдеу шараларын уақытылы жүзеге асыру;
6. балаларды тәулік бойы стационарға, күндізгі стационарға немесе үйде медициналық көмекті ұйымдастыру;
7. созылмалы ауруы бар балаларды динамикалық бақылау, емдеу және денсаулықты жақсарту;
8. реабилитациялық емдеу және медициналық реабилитация;
9. балаларда конгениталды патологиялар мен психофизикалық даму бұзылуларын ерте диагностикалау мақсатында скрининг тексерулерін жүргізу;
10. балалардың балабақшаға немесе мектепке түсуіне дейінгі денсаулығын жақсарту шараларын ұйымдастыру;

ONTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Жалпы дәрігерлік практика және дерматовенерология» кафедрасы		61/ 11
«Жалпы дәрігерлік тәжірибе негіздері» пәнінен дәрістер кешені		30 –ші беті 48 беттің

11. ата-аналар мен отбасы мүшелерімен, немесе олардың заңды өкілдерімен дұрыс тамақтану, балалар ауруларының алдын алу және салауатты өмір салтын қалыптастыру мәселелері бойынша ақпараттық жұмыс жүргізу.

Медициналық көмекті ұйымдастыру:

Балаларға шұғыл медициналық көмек көрсету медициналық ұйымдарда (немесе медициналық орталықта) Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігінің Медициналық қызметтердің сапасын бақылау жөніндегі бірлескен комиссиясы бекіткен клиникалық хаттамаларға сәйкес жүзеге асырылады.

Шұғыл медициналық көмек көрсету үшін қажет дәрі-дәрмектер мен медициналық құралдар клиникалық хаттамаларға сәйкес қамтамасыз етіледі.

Шұғыл медициналық көмек көрсету кезінде қолданылатын дәрі-дәрмектер арнайы пластик қораптарда немесе "сөмкелерде" сақталады, оларды тасымалдау оңай және ыңғайлы жерде орналастыруға болады.

Медициналық көмекті көрсету бойынша тәртіп:

1. Баланың даму бөлмесін (ҚР-дағы барлық денсаулық сақтау ұйымдарында бастапқы медициналық көмек көрсету үшін балаларға арналған) ұйымдастыру;
2. Жаңа туған нәрестелер мен жас балаларға арналған неонатальді және аудиологиялық скринингтерді өткізу, психофизикалық даму скринингі;
3. Жүктілер мен балаларды үйде патронаждық бақылау жүргізу.

Педиатрия мамандықтарына мамандарды тарту:

Жоғарыда көрсетілген дәрігерлердің кеңес беруі әрқашан белгілі бір көрсеткіштер бойынша жүзеге асырылады. Жаңа туған нәрестелер мен жас балаларға арналған патронаж қызметі үшін халықаралық прогрессивті модель ұсынылады, онда медбикелер мен дәрігерлердің үйге шығу қызметтері ұсынылады.

Дәрігердің немесе орта медициналық қызметкердің қызметі:

- Ана мен баланы қамту және ата-аналарға бала күтімі мен дұрыс тамақтану жөнінде кеңес беру.
- Ата-аналарға балалардың ойынының маңыздылығын түсіндіру.
- Жаңа туған нәрестелерді және 5 жасқа дейінгі балаларды бақылайтын дәрігерлердің үйге шығуын ұйымдастыру және оларды тұратын аймақ бойынша кеңестер мен көмек ұсыну.

4. Көрнекі материалдар: Қосымшада.

5. Пайдаланылған әдебиеттер: Соңында.

6. Дәрістен кейінгі кері байланыс:

1. Эпидемиология.
2. Жіктелуі.
3. Диагностика.

ONTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Жалпы дәрігерлік практика және дерматовенерология» кафедрасы		61/ 11
«Жалпы дәрігерлік тәжірибе негіздері» пәнінен дәрістер кешені		31 –ші беті 48 беттің

4. Амбулаториялық емдеу тактикасы.
5. Госпитализацияға көрсеткіштер.
6. Динамикалық бақылау.
7. Медициналық-еңбек сараптамасы мәселелері.
8. Алдын алу.

1. Тақырып № 11: Рахит және рахитогенді жағдайлар

2. Оқыту мақсаттары: Рахитті амбулаторлық деңгейде диагностикалау және емдеу.

3. Лекция тақырыбы:

Рахит — бұл витамин D жетіспеушілігі немесе оның метаболикалық процестерінің бұзылуы нәтижесінде баланың денесінде метаболизмнің көптеген түрлерінің бұзылуына, ең алдымен кальций-фосфор метаболизмінің бұзылуына әкелетін аурулар тобы. Бұл сүйек қаңқасының зақымдалуына себеп болады.

Витамин D жетіспеушілігімен рахит — бұл қарқынды өсетін баланың денесінде кальций-фосфор метаболизмінің және сүйек минералдануының бұзылуына әкелетін ауру.

Клиникалық жіктелуі:

- **Ауырлық дәрежесі:**
 - I жеңіл
 - II орташа
 - III ауыр
- **Ағымы:**
 - Жедел
 - Субакутты
 - Қайталаушы
- **Кезеңдері:**
 - Бастапқы белгілер
 - Шарықтау кезеңі
 - Қалпына келу кезеңі
 - Қалдық өзгерістер

Екінші реттік рахит жиі кездеседі:

- Малабсорбция синдромдары
- Бүйрек немесе өт жолдарының созылмалы аурулары
- Метаболикалық аурулар (мысалы, тирозинемия, цистинурия)
- Антikonвульсанттардың (фенобарбитал), диуретиктердің, глюкокортикоидтардың ұзақ қолданылуы

Витамин D тәуелді рахит:

- **I типі** — бүйректерде 1,25-дидрооксивитамин D синтезінің генетикалық бұзылуы.

ONTÜSTİK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Жалпы дәрігерлік практика және дерматовенерология» кафедрасы		61/ 11
«Жалпы дәрігерлік тәжірибе негіздері» пәнінен дәрістер кешені		32 –ші беті 48 беттің

- **II типі** — мақсатты ағзалардағы 1,25-дидроксивитамин D рецепторларына генетикалық төзімділік.

Витамин D-ға төзімді рахит:

- Фосфат диабеті
- De Toni-Debré-Fanconi синдромы
- Гипофосфатазия
- Бүйрек түтікшелерінің ацидозы

Диагностикалық критерийлер:

Шағымдар:

- Тынышсыздық, ашуланшақтық, гиперестезия, тәбеттің жоғалуы, ұйқының бұзылуы.
- Ұйықтау кезінде шудан қашу, терлеудің артуы, артқы жағының түсуі.
- Бас сүйегінің, кеуденің, омыртқаның, аяқ-қолдардың деформациясы.
- Дамудың тежелуі, тістердің кеш шығуы.

Анамнез:

- Рахит көбінесе 3-4 айдан бастап анықталады, бірақ алғашқы белгілер 1-1,5 айда пайда болуы мүмкін.

Клиникалық критерийлер:

- **Остеомалация белгілері:** Сүйектердің жұмсаруы, кальций жетіспеушілігі, бас сүйегінің деформациясы.
- **Остеоид гиперплазиясы:** Мандай және самай сүйектерінің түйіршектері, қабырға "маржаны".
- **Бұлшық ет гипотониясы:** Омыртқаның қисаюы, бұлшық еттердің әлсіздігі.
- **Сүйек гипоплазиясы:** Өсу тежелуі, тістердің кеш шығуы.

Клиникалық көрініс: Рахиттің алғашқы кезеңі жүйке жүйесі мен вегетативті жүйелерге байланысты болады. Баланың ұйқысы бұзылады, көңіл-күйі нашарлайды, аппетит азаяды. Қосымша белгілер ретінде терлеу, әсіресе ұйқы кезінде байқалады.

Емдеу тактикасы: Рахитті емдеу әдетте амбулаторлық негізде жүргізіледі, ауыр жағдайларда госпитализация қажет.

Емдеу мақсаттары:

- Кальций-фосфор метаболизміндегі бұзылыстарды жою.
- Бұлшық еттер мен сүйек жүйесінің бұзылуларын азайту.
- Пациенттің жағдайын тұрақтандыру.

ONTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Жалпы дәрігерлік практика және дерматовенерология» кафедрасы		61/ 11
«Жалпы дәрігерлік тәжірибе негіздері» пәнінен дәрістер кешені		33 –ші беті 48 беттің

Емдеу әдістері:

- Диеталық терапия.
- Массаж, ванналар, таза ауада болу.
- Витамин D терапиясы.

Дәрілік емдеу (жалғасы):

- **Витамин D дозалары:** Витамин D-ның дозасын бастапқы емдік дозада тағайындап, клиникалық әсер алынған соң (құрамындағы кальций мен фосфор деңгейлерінің қалпына келуі, бұлшық ет тонусының жақсаруы, қояншықтық және автономды бұзылыстардың жоғалуы, сүйек деформациясының тоқтауы және тістердің шығуы) профилактикалық дозаларға көшу керек. Профилактикалық дозалар 400-500 IU-ды құрайды, бұл дозалар бірінші 2 жылда және 3-ші жылы тек қыста тағайындалады.
- **Әлеуметтік қауіп тобындағы балалар:** Әлеуметтік қауіп тобындағы балаларға немесе жиі ауыратын балаларға негізгі емдік курстан кейін 3 айдан соң қайталанатын емдеу курсы 3-4 апта бойы жүргізіледі.
- **Жоғары температурамен өтетін аурулар:** Егер рахитпен ауыратын балаларда дене қызуы көтерілсе (мысалы, ЖРВИ, пневмония, ішек инфекциясы, отит және басқалар), витамин D қабылдауды 2-3 күнге тоқтату керек. Температура қалыпқа келген соң, емдеуді жалғастыруға болады.

Витамин D профилактикалық дозасын тағайындауға қарсы көрсеткіштер:

- **Идиопатиялық кальциурия** (Уильямс-Бёрнет ауруы);
- **Гипофосфатазия;**
- **Орталық жүйке жүйесінің органикалық зақымдалуы** микроцефалия және краниостеноз белгілерімен.

Әрі қарайғы бақылау (госпитализациядан кейін):

- **I дәрежелі рахитпен ауыратын балалар:** 2 жасқа дейін жалпы дәрігер (отбасылық дәрігер) немесе педиатр бақылауында болуы керек.
- **II-III дәрежелі рахитпен ауыратын балалар:** 3 жылға дейін бақылау керек. Тексерулер 3 ай сайын жүргізіледі.
- **Зерттеулер:** Биохимиялық қан анализі (жалпы және ионизделген кальций, фосфор және алкалин фосфатаза деңгейлері), сүйек денситометриясы немесе рентгенография, ортопед дәрігері немесе хирургпен кеңесу.
- **Витамин D профилактикасы:** 2 жасқа дейінгі балаларда күз-қыс-көктем кезеңдерінде, 3 жасқа дейінгі балаларда тек қыста жүргізіледі.

Рахиттің алдын алу: Вакцинацияға қарсы рұқсат жоқ, рахит алдын алу шаралары жүргізілуі тиіс.

Рахиттің алдын алу:

ONTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Жалпы дәрігерлік практика және дерматовенерология» кафедрасы		61/ 11
«Жалпы дәрігерлік тәжірибе негіздері» пәнінен дәрістер кешені		34 –ші беті 48 беттің

1. **Балалардың күн сәулесінде болу:** Рахиттің алдын алу үшін балаларды күн сәулесінде жеткілікті уақытқа қалдыру маңызды. Күн сәулесі арқылы ағзада витамин D өндіріледі, бірақ бұл баланың терісінің күйіп кетпеуін қамтамасыз ету керек.
2. **Диета:** Баланың дұрыс әрі теңгерімді тамақтануы өте маңызды. Рационға кальций мен фосфорға бай тағамдар, мысалы, сүт өнімдері, жұмыртқа, балық және жасыл көкөністер қосылуы тиіс.
3. **Витамин D қабылдау:** Балаларға бірінші екі жыл бойы күнделікті витамин D профилактикалық дозасын тағайындау ұсынылады, әсіресе қыста, сондай-ақ ұзақ уақыт ішкі бөлмеде болу кезінде. Витамин D тағам арқылы да алынуы мүмкін, бірақ күн сәулесінің жетіспеуі кезінде қосымша дәрумендер қабылдау қажет.
4. **Сауықтыру шаралары:** Рахиттің дамуына қарсы сауықтыру шаралары, мысалы, тұзды, ингаляциялық, хош иісті шөптермен ванналар, ауада ұзақ уақыт өткізу, таза ауада серуендеу қажет.
5. **Сүйек денсаулығын бақылау:** Қосымша бақылау және сүйектердің денсаулығын тексеру, әсіресе бірінші және екінші жылдары, рентген және денситометрия әдістерімен жасалуы керек.
6. **Рахиттің алдын алу үшін вакцинация:** Рахиттің алдын алу шаралары вакцинациямен біріктірілуі керек, бұл балалардың иммундық жүйесін нығайтуға ықпал етеді.
7. **Рахиттің емі мен профилактикасы бойынша ата-аналарды ақпараттандыру:** Ата-аналарға рахиттің алдын алу мен емдеуі бойынша кеңес беру, балаларға дұрыс күтім жасау мен тамақтану дағдыларын үйрету, сондай-ақ балалардың денсаулығы мен дамуына бақылау жасау керек.

Планды госпитализация үшін көрсеткіштер:

- Рахиттің III дәрежесі мен асқынған кезеңі.
- Рахиттің II дәрежесі, асқынған кезеңі, егер ол стандартты терапиямен емделмесе.
- Бірінші және екінші өмір жылдарында ауыр сүйек деформацияларының пайда болуы (рахит тәрізді аурулармен дифференциалды диагностика жасау үшін).

Рахит профилактикалық вакциналар үшін қарсы көрсеткіш емес.

4. **Көрнекі материал:** Қосымшада.
5. **Әдебиет:** Соңында.
6. **Лекциядан кейінгі кері байланыс:**
7. Эпидемиология.
8. Сипаттама.
9. Диагностика.
10. Амбулаторлық басқару тактикалары.
11. Госпитализацияға көрсеткіштер.
12. Динамикалық бақылау.
13. Медицина және еңбек сараптамасы мәселелері.
14. Алдын алу.

Тақырып № 12: Балаларда иммунопрофилактика.

ONTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Жалпы дәрігерлік практика және дерматовенерология» кафедрасы		61/ 11
«Жалпы дәрігерлік тәжірибе негіздері» пәнінен дәрістер кешені		35 –ші беті 48 беттің

Оқу мақсаттары: Қазақстан Республикасында иммундауды ұйымдастыру. Ұлттық вакциналау күнтізбесі.

Лекцияның негізгі тезистері: Қазақстанда иммунопрофилактика барлық елдерде маңызды орын алады. Балалар мен жалпы халықтың эпидемиологиялық жағдайын қамтамасыз ету және инфекциялардың алдын алу мақсатында Вакциналау Күнтізбесі әзірленіп, бекітілді. Иммунитет — бұл вакцинаны организмге енгізгеннен кейін жасушалық деңгейде пайда болатын биологиялық процесс. Практика көрсеткендей, вакцинацияланған адамдарда аурулар жеңіл өтеді, асқынулар мен өлім-жітім сирек болады, тіпті инфекциядан кейін.

Вакцинация түрлері Барлық вакцинация екі категорияға бөлінеді: міндетті және ерікті. Міндетті профилактикалық вакцинациялар медициналық көмек кепілдендірілген көлемі аясында жүргізіледі. Олар республикалық бюджет есебінен жүзеге асырылады, ал жергілікті бюджет есебінен «Вирустық гепатит А» (2 жас) және тіркеуде тұрған балаларға тұмауға қарсы вакцинация міндетті профилактикалық вакцинациялар қатарына қосылады.

Қазақстан Республикасының «Халық денсаулығы және денсаулық сақтау жүйесі туралы» Кодексіне 2020 жылы енгізілген түзетулер мен қосымшалар күшіне енді. Негізгі өзгерістер: • Кодекс балалардың заңды өкілдеріне вакцинациядан бас тарту мүмкіндігін береді. • Вакцинациядан бас тартқан балаларды мектепке дейінгі ұйымдарға қабылдауға шектеу енгізілген.

Қазақстан Республикасындағы жоспарлы вакцинациялар Қазақстан Республикасының Үкіметінің 2009 жылғы 30 желтоқсандағы № 2295 қаулысына сәйкес балаларға жоспарлы профилактикалық вакцинациялар Қазақстан Республикасының Ұлттық вакцинация күнтізбесіне және профилактикалық вакцинацияларды жүргізудің санитарлық-эпидемиологиялық талаптарына сәйкес жүргізіледі.

Ұлттық вакцинация күнтізбесі:

1. **Жаңа туған шақта:**
 - 1-4 күн ішінде:
 - туберкулезге,
 - В гепатитіне вакцинация.
2. **2 айлық балаларға:**
 - кешенді вакцинация:
 - гепатит,
 - полиомиелит,
 - коклюш,
 - дифтерия,
 - сіреспе,
 - гемофильді инфекция (тип b),
 - пневмококк инфекциясы.
3. **3 айлығында:**
 - қайта вакцинация:
 - коклюш,

ONTÜSTİK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Жалпы дәрігерлік практика және дерматовенерология» кафедрасы		61/ 11
«Жалпы дәрігерлік тәжірибе негіздері» пәнінен дәрістер кешені		36 –ші беті 48 беттің

- дифтерия,
- сіреспе,
- полиомиелит,
- гемофильді инфекция.

4. 4 айлығында:

- 3 кезеңді вакцинация:
 - гепатит,
 - полиомиелит,
 - гемофильді инфекция (тип b),
 - коклюш,
 - дифтерия,
 - сіреспе,
- пневмококк инфекциясына екінші вакцинация.

5. 12-15 айда:

- Кешенді вакцинация:
 - қызамық,
 - қызылша,
 - паротит,
 - полиомиелит және пневмококк инфекциясына қайта вакцинация.

6. 1,5 жаста:

- ревакцинация:
 - коклюш,
 - дифтерия,
 - сіреспе,
 - полиомиелит,
 - гемофильді инфекция (тип b).

7. 2 жаста:

- Вирустық гепатит "А"-ға вакцинация.

8. 2,5 жаста:

- Вирустық гепатит "А"-ға ревакцинация.

9. 6 жаста:

- Ревакцинация:
 - туберкулез,
 - қызамық,
 - қызылша,
 - паротит,
 - коклюш,
 - дифтерия,
 - сіреспе.

10. 16 жаста:

- Ревакцинация (болашақта әр 10 жыл сайын қайталау):
 - сіреспе,
 - дифтерия.

Вакцинацияны қалай дайындау керек: Вакцинацияға ерекше дайындық талап етілмейді. Әдетте вакцинациялар алдын ала дайындықты қажет етпейді.

ONTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Жалпы дәрігерлік практика және дерматовенерология» кафедрасы		61/ 11
«Жалпы дәрігерлік тәжірибе негіздері» пәнінен дәрістер кешені		37 –ші беті 48 беттің

Вакцинацияға рұқсат алу: Вакцинацияға рұқсат беру үшін бала сау болуы керек. Қызылша, коклюш және сіреспеге қарсы бірінші вакцинациядан бұрын педиатрлық невропатологпен кеңесу қажет және жалпы зәр мен қан анализдерін тапсыру қажет.

Вакцинациядан бас тартуға болатындар: Вакцинацияға уақытша (салыстырмалы) және тұрақты (абсолютті) қарсы көрсеткіштер бар.

Тұрақты қарсы көрсеткіштер:

- коклюш, дифтерия, сіреспеге қарсы вакцинация - тарихында ұстамалар, ауыр аллергиялық аурулар, басқа вакциналарға асқынулар, неврологиялық патологиялар, ісіктердің болуы;
- туберкулезге қарсы вакцинация - ВИЧ инфекциясы, қатерлі қан аурулары, бастапқы иммун тапшылығы, ісіктер, басқа вакциналарға күшті реакциялар;
- қызамық, қызылша, паротитке қарсы вакцинация - қатерлі ісіктер, қан аурулары, аминогликозидтер мен балапан жұмыртқасына аллергия, басқа вакциналарға күшті реакциялар, бастапқы және ауыр иммун тапшылығы;
- полиомиелитке қарсы вакцинация - ВИЧ инфекциясы, бастапқы иммун тапшылығы, неврологиялық асқынулар, қан аурулары және ісіктері бар балаларға.

Вакцинациядан бас тарту туралы: Қазақстан Республикасының заңнамасына сәйкес, ата-аналар баланың денсаулығына жауапты және өз бетінше вакцинациядан бас тартуды немесе оны жасау туралы шешім қабылдауға құқылы.

4. Көрнекі материал: Қосымшада.

5. Әдебиет: Соңында.

6. Лекциядан кейінгі кері байланыс:

1. Эпидемиология.
2. Сипаттама.
3. Диагностика.
4. Амбулаторлық басқару тактикалары.
5. Госпитализацияға көрсеткіштер.
6. Динамикалық бақылау.
7. Медицина және еңбек сараптамасы мәселелері.
8. Алдын алу.

Тақырып №13: Жаңа туған нәрестелердегі сарғаю

Оқу мақсаттары: Жаңа туған нәрестелерде сарғаюды амбулаторлық деңгейде диагностикалау және емдеу.

Лекцияның негізгі тезистері: Жаңа туған нәрестелерде сарғаю, яғни икериус, терінің және шырышты қабықтың сарғаюы, қандағы жалпы билирубин деңгейінің жоғарылауына

ONTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Жалпы дәрігерлік практика және дерматовенерология» кафедрасы		61/ 11
«Жалпы дәрігерлік тәжірибе негіздері» пәнінен дәрістер кешені		38 –ші беті 48 беттің

байланысты пайда болады. Сарғаю теріде байқала бастайды, егер жалпы билирубин деңгейі 80 мкмоль/л-ден жоғары болса.

Клиникалық классификация

Жаңа туған нәрестелердегі физиологиялық сарғаю:

- Әдетте, бала өмірінің 36 сағатынан кейін пайда болады.
- Жалпы билирубин деңгейінің шыңы әдетте 3-4 күнде, мерзімінен бұрын туған балаларда 5-7 күнде болады.
- Жалпы билирубин деңгейінің шыңы ± 205 мкмоль/л (12 мг/дл).
- Жалпы билирубин деңгейі толық мерзіммен туған балада 14 күнге дейін, мерзімінен бұрын туған балада 21 күнге дейін төмендейді.
- Баланың клиникалық жағдайы қанағаттанарлық: бала белсенді, ұйқы мен ояу кезеңдері айқын, сору рефлексі жақсы, баланың температурасы тұрақты, бауыр мен көкбауыр қалыпты мөлшерде, зәрі ашық, нәжісі қалыпты түске боялған.
- Емізу кезінде пайда болған сарғаю билирубиннің екі пиковы болуы мүмкін: алғашқысы 4-5 күнде, екіншісі 14-15 күнде болады, баяу төмендеп, 12 аптаға дейін байқалуы мүмкін.

Жаңа туған нәрестелердегі патологиялық сарғаю:

- Сарғаю өмірінің алғашқы 24 сағаты ішінде немесе аяқтар мен алақандарда кез келген уақытта пайда болғанда.
- Сарғаю, егер жалпы билирубин деңгейінің көтерілуі > 85 мкмоль/л/күн немесе 5 мг/дл/күн болса.
- Тікелей билирубин деңгейі > 34 мкмоль/л (2 мг/дл) немесе жалпы билирубин деңгейінің 20%-нан жоғары болуы.
- Баланың жағдайы қанағаттанарлық емес, билирубин деңгейіне қарамастан патологиялық клиникалық белгілердің болуы.
- Гепатомегалия және/немесе спленомегалия.
- Нәжіс түсінің өзгеруі немесе зәрдің қою болуы.
- Сарғаюдың 14 күннен кейін толық мерзіммен туған нәрестеде немесе 21 күннен кейін мерзімінен бұрын туған нәрестеде төмендемеу жағдайы «ұзақ сарғаю» деп аталады.

Диагностикалық шаралар

Негізгі диагностикалық шаралар: А. Антенатальді кезеңде барлық жүкті әйелдерде қан тобы мен Rh факторы анықталуы керек, сондай-ақ қан құю және вакцинация тарихы бар-жоғы тексерілуі тиіс.

Б. Туу кезінде:

- Rh теріс анадан туған балада — қалқанша бездің қан тобын және Rh факторын анықтау, Кумбс тесті.

ONTÜSTİK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Жалпы дәрігерлік практика және дерматовенерология» кафедрасы		61/ 11
«Жалпы дәрігерлік тәжірибе негіздері» пәнінен дәрістер кешені		39 –ші беті 48 беттің

- О (1) қан тобы бар Rh оң анадан туған балада — балаға арналған қан тобы мен Кумбс тестін анықтау.
- Қалқанша бездің қанындағы жалпы билирубин деңгейі мен оның фракциясын (қажет болса) динамикада бақылау.

Қосымша диагностикалық шаралар: А. Гемолиздің шамадан тыс болуына байланысты жаңа туған нәрестеде сарғаю күдіктенсе — гемоглобин, гематокрит, эритроциттер, ретикулоциттер, микроситтер деңгейін анықтау.

Б. Қалқанша безінің гипофункциясы күдіктенсе — қалқанша безінің гормондары деңгейін тексеру. В. Мұрагерлік патологиялық сарғаю күдіктенсе:

- генетикалық тексеру;
- мұрагерлік гемолитикалық анемиялар (мембранопатиялар, гемоглобинопатиялар, ферменттік жетіспеушілігі бар анемиялар және т.б.) — перифериялық қан сұртіндіні Price-Jones қисығын зерттеу, қабаттылық, шар тәрізділік индексі, эритроциттердің орташа көлемі және орташа гемоглобин концентрациясын анықтау.

Диагностикалық критерийлер

Шағымдар және анамнез

- Ананың Rh-факторы және қан тобы.
- Жүкті әйелдерде және босанғаннан кейін инфекциялар.
- Мұрагерлік аурулар (G6PDG жетіспеушілігі, гипотиреоз, басқа сирек аурулар).
- Ата-аналардың сарғаюы.
- Алдыңғы балада сарғаю.
- Баланың туған кездегі салмағы мен гестациялық жасы.
- Баланың тамақтануы (жетіспеушілік және/немесе құсу).
- Балаға туылған кезде реанимация жасалған-жасалмағаны.

Қауіп факторлары:

- Жедел гемолиз.
- Мерзімінен бұрын туу.
- Күйік және сфеноидты гематомалар.
- Дене салмағының төмендеуі (> 10%).
- Жаңа туған нәрестелердің асфиксиясы, ацидоз.
- Гипогликемия.
- Жаңа туған нәрестелердің инфекциясы.
- Гипоальбуминемия (<30 г/л).

Физикалық тексеру

- Тері түсін бағалау.

ONTÜSTİK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Жалпы дәрігерлік практика және дерматовенерология» кафедрасы		61/ 11
«Жалпы дәрігерлік тәжірибе негіздері» пәнінен дәрістер кешені		40 –ші беті 48 беттің

- Баланы толық шешіп, жақсы жарықтандырылған жерде тексеру (күндізгі жарық жақсы).
- Тері түсін пальпация жасағаннан кейін бағалау.
- Жаңа туған нәрестедегі сарғаюды modified Kramer шкаласы бойынша анықтау.

Лабораторлық зерттеу әдістері: Патологиялық сарғаюдың әртүрлі себептері болғандықтан, қаннан тек жалпы билирубинді ғана емес, сонымен қатар билирубиннің фракциясын (тікелей/конъюгацияланған билирубин және жанама/конъюгацияланбаған билирубин) анықтау қажет.

Дифференциалды диагностика

Жаңа туған нәрестелердегі сарғаюдың көпшілігі физиологиялық болғанымен, «қауіпті» сарғаюды дер кезінде анықтап, емдеу өте маңызды:

- Билирубин энцефалопатиясы: орталық жүйке жүйесінің жедел зақымдануы.
- Керниктер: орталық жүйке жүйесінің қайтымсыз созылмалы зақымдануы.

Емдеу:

Дәрі-дәрмексіз емдеу:

- **Физиологиялық сарғаю:** «Физиологиялық сарғаюы» бар балалар арнайы емдеуді қажет етпейді, бірақ оларды тек емізу қажет. Балаға емізуді жиі және ұзақ уақытқа беру (күні бойы, бірақ күніне кем дегенде 8-12 рет) сарғаюды тез жеңуге көмектеседі.
- **Патологиялық сарғаю:**
 - **Фототерапия** — жаңа туған нәрестелерде билирубин деңгейін төмендетудің ең тиімді әдісі.
 - Фототерапияның уақытылы және дұрыс жүргізілуі ауыстырылған қан құю қажеттілігін 4%-ға дейін төмендетеді және жаңа туған нәрестелердегі сарғаю асқынуларын азайтады.

Госпитализацияға көрсеткіштер:

- Патологиялық сарғаюы бар жаңа туған нәрестелерді шұғыл госпитализациялау.

Босату критерийлері:

- Баланы босату жеке-жеке жүргізіледі, сарғаюдың ауырлығына және емнің нәтижесіне қарай.

Алдын алу шаралары:

- Rh-теріс қан тобы бар әйелдерге баланың Rh-позитивті болған жағдайда келесі жүктілікке дейін анти-Rh иммуноглобулин енгізу.

ONTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Жалпы дәрігерлік практика және дерматовенерология» кафедрасы		61/ 11
«Жалпы дәрігерлік тәжірибе негіздері» пәнінен дәрістер кешені		41 –ші беті 48 беттің

Емдеудің тиімділік көрсеткіштері:

- Билирубин деңгейінің қалыпқа келуі және балада билирубинді ми зақымдануының алдын алу.

4. Көрнекі материал: Қосымшада.

5. Әдебиет: Соңында.

6. Лекциядан кейінгі кері байланыс:

1. Эпидемиология.
2. Сипаттама.
3. Диагностика.
4. Амбулаторлық басқару тактикалары.
5. Госпитализацияға көрсеткіштер.
6. Динамикалық бақылау.
7. Медицина және еңбек сараптамасы мәселелері.
8. Алдын алу.

Тақырып №14: Балалардағы аллергиялар

Оқу мақсаттары: Балалардағы аллергияларды амбулаторлық деңгейде диагностикалау және емдеу.

Лекцияның негізгі тезистері: Аллергия — бұл ағзаның белгілі бір заттарға (аллергендерге) қатысты жоғары сезімталдық күйі, ол осы заттармен бірнеше рет байланысқа түсу нәтижесінде дамиды. Бұл организмнің белгілі бір антигендік табиғаты бар заттарға патологиялық түрде жоғарылаған және бұрмаланған реакциясы болып табылады, ол ағзаның өзіне зиян келтіреді.

Классификация

Аллергендердің бірегей классификациясы жоқ, бірақ әдетте аллергиялар олардың шығу тегі мен ағзаға ену жолдарына қарай классификацияланады:

1. **Тұрмыстық аллергиялар** - үй және кітапхана шаңы, үй шаңы кенелері, қойма кенелері.
2. **Тозаң аллергиялары** - ағаштардың тозаңы (ешкі, дуб, т.б.), шалғынды шөптер (шалғынды фескою, егеуқұйрық, көкшіл шөп, т.б.), арамшөптер.
3. **Жануарлар аллергиялары** - жануарлардың тері қабыршақтары, сұйықтықтары (зәр, сілекей, май бездерінің және тері бездерінің бөліністері) және жануарлар жүні, көбінесе мысықтар, иттер, үй қояндары, аттар, хамстерлер.
4. **Грибтер аллергиялары** - Alternaria, Cladosporium, Pleurotus, Penicillium, Aspergillus және т.б. ингаляция және энтеральды жолмен ағзаға енетіндер.
5. **Жәндіктер аллергиялары** - бал аралары, бамбушқалар, аралар, саңырауқұлақтар, ат жәндіктері, қоңыздар, масалар.

ONTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Жалпы дәрігерлік практика және дерматовенерология» кафедрасы		61/ 11
«Жалпы дәрігерлік тәжірибе негіздері» пәнінен дәрістер кешені		42 –ші беті 48 беттің

6. **Азық-түлік аллергиялары** - жиі гликопротеиндер, сирек полипептидтер және гаптендер. Ең аллергияны қасиеттері бар цитрус жемістері, бал, жаңғақтар, теңіз өнімдері, қызанақтар, тауық жұмыртқасы, сиыр сүті және т.б.
7. **Медициналық аллергиялар** толықтай аллергияларға (инсулин, столбняк токсиндері) және гаптендерге (пенициллин тобының антибиотиктері, сульфонамидтер) бөлінеді.
8. **Өнеркәсіптік аллергиялар** - скипидар, майлар, никель, хром, мышьяк, қаптау, шайырлар, таннидер, бояғыштар, таннин, пирогаллол, лактар, жәндіктер мен саңырауқұлаққа қарсы фунгицидтер, фенопласттар, амино- және эпоксидті шайырлар және басқа заттар.

Аллергиялық реакциялар классификациясы Аллергиялық реакциялар дереу, кеш және аралас болуы мүмкін. Дереу типті аллергиялық реакциялардың патогенезінде А.Д. Адо үш кезеңді ажыратады: иммунологиялық, патохимиялық және патофизиологиялық. Аллергиялық реакциялар дамуының механизмі бойынша бірнеше түрге бөлінеді.

Аллергиялық реакциялардың түрлері:

1. **I типті аллергиялық реакция (дереу типті, реактивтік, анафилактикалық, атопиялық тип).** Бұл реакция антиденелердің (АВ) түзілуімен дамиды, олар IgE және IgG4 кластарынан болады. Олар маст жасушаларында және базофилді лейкоциттерде бекітіледі. Реагіндер аллергиямен біріктірілгенде, осы жасушалардан медиаторлар шығарылады: гистамин, гепарин, серотонин, тромбоциттерді белсендіретін фактор, простагландиндер, лейкотриендер және т.б., олар дереу аллергиялық реакцияның клиникалық көрінісін анықтайды. Белгілі бір аллергиямен байланысқаннан кейін клиникалық белгілер 15-20 минутта пайда болады.
2. **II типті аллергиялық реакция (цитотоксикалық тип).** Бұл типте антиденелер (АВ) ұлпа жасушаларына қарсы түзіледі және олар IgG және IgM деп аталады. Бұл типтің жауап беруі тек комплементті белсендіретін антиденелермен іске қосылады. Антиденелер дененің өзгерген жасушаларымен қосылып, комплементті белсендіру реакциясын тудырады, ол жасушалардың зақымдануына және жойылуына, кейіннен фагоцитозға және олардың жойылуына әкеледі.
3. **III типті аллергиялық реакция (ұлпалардың иммундық кешендермен зақымдануы).** Бұл реакция айналымдағы иммундық кешендердің түзілуінен туындайды, олар IgG және IgM кластарынан тұрады. Бұл кластың АВ-лары преципитирлеуші деп аталады, өйткені олар аллергиямен байланысқан преципитат түзуге себеп болады. Бұл тип реакциясы сарысудың ауруы, аллергиялық альвеолит, дәрілік және азық-түлік аллергиялары, сондай-ақ бірқатар аутоаллергиялық ауруларда жетекші болып табылады.

Аллергиялық аурулардың қауіп факторлары Аллергиялық аурулардың даму себептері жөнінде көптеген көзқарастар болса да, дәлелді медицина тұрғысынан олардың тізімі салыстырмалы түрде шектеулі және қосымша зерттеуді қажет етеді:

1. **Генетикалық бейімділік.** Отбасында атопиялық аурулардың болуы атопиялық аурулардың дамуына бейімділікке генетикалық фактор ретінде қаралады.

ONTÜSTİK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Жалпы дәрігерлік практика және дерматовенерология» кафедрасы		61/ 11
«Жалпы дәрігерлік тәжірибе негіздері» пәнінен дәрістер кешені		43 –ші беті 48 беттің

2. **Активті және пассивті темекі шегу, әсіресе жүкті кезде (А), әртүрлі сыртқы және ішкі ауа ластауыштарымен ұзақ уақыт бойы белсенді байланыста болу (В).**
3. **Баланы тамақтандырудағы бұзушылықтар (әсіресе, АД тобында қауіпті топтағы балаларда: ерте жаста сиыр сүтін немесе стандартты сүт қоспасын қолдану, емізудің болмауы (А)), теңгерімсіз тамақтану.**
4. **Дәрі-дәрмек терапиясының жеткіліксіздігі.**
5. **Цезарлық тілігі кейіннен балаларда АД дамуының жоғары қауіпін арттырады (В).**
6. **Қоршаған ортаның қолайсыз жағдайлары және жұмыс орнындағы кәсіби қауіптіліктер (D, C).**
7. **Жиі инфекциялық аурулар мен созылмалы қабыну аурулары (C), т.б.**

Аллергиялық ауруларды диагностикалау Аллергиялық ауруы бар науқасты зерттеу кіреді:

1. **Аллергиялық тарих жинау.**
2. **Физикалық тексеру.**
3. **Лабораторлық және аспаптық зерттеу.**

Аллергиялық тарих Аллергиялық тарих жинаудың негізгі мақсаты — аурудың аллергиялық табиғатын және болжамды нозологиялық түрін анықтау. Оны жинағанда келесілерді білу қажет:

1. **АД-ға генетикалық бейімділікті анықтау;**
2. **Аурудың дамуында қоршаған орта факторларының рөлін анықтау;**
3. **Бұл аурудың басталуына себеп болатын аллергендерді анықтау және диагностикалық тұрғыдан маңызды аллергияларды анықтау;**
4. **Науқастың отбасы мүшелерінде қандай аурулар бар екенін анықтау;**
5. **Науқастың тағам мен дәрілерге қалай әсер ететінін анықтау;**
6. **Аурудың маусымдықтығы, өсімдіктердің гүлдеуімен, орын ауыстырумен, жұқпалы аурулармен байланысы байқалды ма, анықтау;**
7. **Науқаста басқа аллергиялық аурулардың болуы;**
8. **Аурудың өршуі мен оны қалай тоқтату керек екендігі туралы мәлімет жинау;**
9. **Тұрмыстық және жұмыс жағдайлары;**
10. **Тамақтану режимі;**
11. **Жүктіліктің өтуі (гестоз, темекі шегу және т.б.);**
12. **Бұрын жүргізілген зертханалық зерттеулер;**
13. **Антиаллергиялық препараттардың немесе аллергенді жоюдың клиникалық әсерін бағалау.**

Физикалық тексеру Физикалық тексеру стандартты терапевтік науқасқа арналған тексеру схемасы бойынша жүргізіледі:

- **Көру, пальпация, перкуссия, аускультация.** Бұл науқастың жалпы жағдайын бағалауға, оның органдары мен жүйелерінің бұзылыстарын анықтауға мүмкіндік

ONTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Жалпы дәрігерлік практика және дерматовенерология» кафедрасы		61/ 11
«Жалпы дәрігерлік тәжірибе негіздері» пәнінен дәрістер кешені		44 –ші беті 48 беттің

береді. Сонымен қатар, теріні, тыныс алу органдарын, шырышты қабықтарды және лимфоидты органдарды тексеруге ерекше назар аударылады.

Лабораторлық және аспаптық зерттеу Жалпы клиникалық зерттеу:

- Жалпы қан талдауы;
- Жалпы зәр талдауы;
- Биохимиялық қан анализі;
- Мұрын, жұтқыншақ және басқа қуыстардың сұйықтықтарын цитологиялық және бактериологиялық зерттеу;
- Жалпы қақырық анализі;
- Вирустық зерттеу;
- Паразитологиялық зерттеу;
- Копрограмма;
- Қабырғаның ультрадыбыстық зерттеуі;
- Гормоналды зерттеу;
- Ревматологиялық тесттер;
- Қажет болса, тыныс алу жүйесінің функциясын бағалау;
- Қосымша мамандардың кеңесі.

Арнайы аллергияны зерттеу:

- Теріні тестілеу.
- Прик және Шрамдама Тесті.
- Провокативті тесттер.
- Элиминация тесті.

Аллергиялық ауруларды емдеу принциптері

1. Элиминация шаралары.
2. Фармакотерапия.
3. Аллергендерге арнайы иммунотерапия.
4. Науқасты оқыту.

Элиминация шаралары аллергологтардың емдеу әдістерінде негізгі рөл атқарады. Науқастың аллергиясынан толығымен құтылу үшін аллергиямен байланысын тоқтату қажет.

Аллергиялық ауруларды алдын алу

Алғашқы алдын алу:

1. Емізуді кемінде 4-6 айға дейін жүргізу және егер бұл мүмкін болмаса, АД жоғары қаупі бар балаларға гидролизденген қоспалар (А) қолдану ұсынылады, сонымен қатар, соя қоспаларынан аулақ болу қажет, өйткені олар аллергиялық реакциялар тудыруы мүмкін (В).

ONTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Жалпы дәрігерлік практика және дерматовенерология» кафедрасы		61/ 11
«Жалпы дәрігерлік тәжірибе негіздері» пәнінен дәрістер кешені		45 –ші беті 48 беттің

2. **Жүкті және бала емізетін кезде теңдестірілген диета** қолдану ұсынылады, бұл барлық қажетті қоректік заттарды қамтиды (А).
3. **Активті және пассивті темекі шегуден аулақ болу** (А), сондай-ақ сыртқы және ішкі ауа ластауыштарымен байланысуды шектеу (мысалы, түтін газдары) (В).
4. **Жоғары аллергиялық ауруларға бейім балалар бар пәтерлерде жануарларды ұстау ұсынылмайды** (В).
5. **Халық арасында ұйымдастыру және әдістемелік жұмыстар жүргізу**, әсіресе жүкті әйелдер, аллергиялық аурулары бар адамдар және денсаулық сақтау қызметкерлері үшін (А).
6. **Семіз балалардың дене салмағын азайту** аллергиялық аурулардың даму алдын алуға көмектеседі (А).
7. **Аллергендермен және тітіркендіргіштермен байланысын жоюды** жүктіліктің алғашқы айларынан бастау ұсынылады (А).
8. **Бөлмедегі ылғалдың төмен болуы** (В) және бөлмедегі ауаның ластануын азайту (С).

Екінші және үшінші алдын алу шаралары: Аллергиялық аурудың (АД) екінші және үшінші алдын алу шаралары танылған аллергиямен байланысуды уақытында жоюды, аллерголог-иммунологтың бақылауын, пациентті үнемі тексеруді және әрбір нозологиялық формаға арналған стандарттарға сәйкес емдеуді қамтиды.

4. Визуалды материалдар: қосымшада **5. Әдебиеттер:** соңында **6. Лекциядан кейінгі кері байланыс:**

1. Эпидемиология
2. Классификация
3. Диагностика
4. Амбулаторлық басқару тактикасы
5. Ауруханаға жатқызу көрсеткіштері
6. Динамикалық бақылау
7. Медициналық және еңбек сараптамасы мәселелері
8. Алдын алу

Тақырып №15: Обструктивті синдромы бар балаларды басқарудың ерекшеліктері.

Оқу мақсаттары: Обструктивті синдромы бар балаларды амбулаторлық деңгейде диагноз қою және емдеу.

Лекцияның тезисі: Обструктивті бронхит — бұл әр түрлі этиологиялы, бронхтың шырышты қабығының жедел диффузды қабынуы, ол кері қайтатын ауа жолдарының бітелуімен жүреді.

Классификация:

1. Обструктивті бронхит;
2. Қайталанатын бронхит;
3. Жедел бронхит;

ONTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Жалпы дәрігерлік практика және дерматовенерология» кафедрасы		61/ 11
«Жалпы дәрігерлік тәжірибе негіздері» пәнінен дәрістер кешені		46 –ші беті 48 беттің

4. Хроникалық бронхит.

Қауіпті факторлар:

1. Ауа ластануы;
2. Төмен әлеуметтік-экономикалық жағдай;
3. Тұқым қуалаушылық;
4. Аллергиялық бейімділік;
5. Аденовирус инфекциясы.

Шағымдар мен анамнез:

1. Шулы тыныс алу, дем алудың қиындауы;
2. Жедел, үнемі дамып келе жатқан жөтел, әдетте түнде, суықпен байланысты;
3. Дене температурасының көтерілуі.

Физикалық тексеру:

- Жылдам немесе қиын тыныс алу (2 айға дейінгі балаларда ТМЖ ≥ 60 минутына; 2 айдан 1 жасқа дейін ≥ 50 минутына; 1-5 жасқа дейін ≥ 40 минутына; 5 жастан асқан балаларда >28 минутына);
- Кеуде қуысын төменгі жағының батып кетуі;
- Аускультативтік белгілер (бронхиалды (қатты) тыныс алу, қиын дем шығарумен бірге, оған қоса ысқырық дыбыстары, (жөтелгеннен кейін ысқырық дыбыстардың сипаты мен орналасуы өзгереді. Бронходилататорларға жақсы жауап береді));
- Перкуссиялық қораптық дыбыс.

Зертханалық зерттеулер:

- Жалпы қан анализі (нейтрофилді ығысуымен лейкоцитоз, лейкопения, үдеуімен ЭТЖ).

Инструментальды зерттеулер:

- Спирометрия (сыртқы тыныс алу функциясының көрсеткіштерін өзгерту, үлкен жастағы балаларда).

Мамандардың кеңесі үшін көрсеткіштер:

- Отоларингологпен кеңес алу — көрсеткіштер бойынша;
- Неврологпен кеңес алу — көрсеткіштер бойынша;
- Кардиологпен кеңес алу — көрсеткіштер бойынша;
- Фтизиатрмен кеңес алу — көрсеткіштер бойынша.

Негізгі диагностикалық шаралардың тізімі:

1. Кеуде ағзаларының рентгені;

ONTÜSTİK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Жалпы дәрігерлік практика және дерматовенерология» кафедрасы		61/ 11
«Жалпы дәрігерлік тәжірибе негіздері» пәнінен дәрістер кешені		47 –ші беті 48 беттің

2. Жалпы қан анализі;
3. Жалпы зәр анализі;
4. Қақырықта І/күрттарды зерттеу.

Қосымша диагностикалық шаралар:

1. Пик-флоуметрия;
2. Сыртқы тыныс алу функцияларын зерттеу;
3. Аллергологтың кеңесі;
4. Қақырықтың анализі және мәдениеті.

АМБУЛАТОРЛЫҚ ДЕҢГЕЙДЕ ЕМДЕУ ТАКТИКАСЫ:

Емдеу мақсаттары:

1. Тыныс алу жетіспеушілігін және астматикалық шабуылдарды жеңілдету, тыныс алу функцияларын қалпына келтіру.
2. Интоксикация белгілерін жою, әл-ауқатты жақсарту, тәбетті және дене температурасын қалыпқа келтіру.

Дәрі-дәрексіз емдеу:

1. Тиісті ылғалдандыру (жылумен мол сұйықтық ішу);
2. Емшек сүтімен емізуді ынталандыру және жасы бойынша тиісті тамақтану;
3. Лихорадка және тыныс алу жетіспеушілігі кезеңінде төсек демалысы.

Дәрілік емдеу:

- Амброксол таблеткалары 30.0 мг, күніне 3 рет, 7-10 күн бойы, 1 жасқа дейінгі балаларға — сироп 15 мг/5 мл, күніне 3 рет.
- Антибиотиктер тек ұзақ уақыттық қызба және пневмонияның басқа белгілері болған жағдайда тағайындалады: амоксициллин 15 мг / кг, күніне 3 рет, 5 күн бойы немесе қорғаушы пенициллиндер (амоксициллин + клавулан қышқылы 20-40 мг / кг, күніне 3 рет).
- Жоғары температураны жеңілдету — 38.5°C жоғары (парацетамол - 10-15 мг / кг, күніне 4 рет).
- Сальбутамолмен емдеу тек 1 жасқа дейінгі балаларға 0.2-0.3 мг / кг / күн дозада немесе 1-2 доза 2-4 рет күніне, капсулаларда 2.0 мг, 1 капс. күніне 3 рет қолданылады.

Емдеудің тиімділігін көрсететін көрсеткіштер:

1. Обструктивті синдромның жеңілдеуі;
2. Дене температурасының қалыпқа келуі;
3. Жөтелдің жоғалуы.

Ауруханаға жатқызу көрсеткіштері:

ONTÜSTİK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Жалпы дәрігерлік практика және дерматовенерология» кафедрасы		61/ 11
«Жалпы дәрігерлік тәжірибе негіздері» пәнінен дәрістер кешені		48 –ші беті 48 беттің

1. Астматикалық статус;
2. Бронходилататорлардың 3 күн бойы әсер етпеуі;
3. Ауыр тыныс алу жетіспеушілігінің белгілері;
4. Дем алу кезінде тыныс алу дыбысы (стридор).

Алдын алу шаралары:

- Аурулармен және вирус тасымалдаушылармен байланысуды шектеу;
- ЖРВИ кезінде отбасы мүшелеріне маска кию және қолды жуу;
- Бөлмеде ауа жағдайларын оңтайлы сақтау;
- Қатаңдату шараларын жүргізу.

Қосымша басқару, клиникалық тексеру принциптері:

1. 2 күннен кейін немесе бала нашарлап кетсе, немесе ішу немесе емшекпен тамақтандыру мүмкін болмаса, қызба, тыныс алу немесе дем алу қиындығы пайда болса, жергілікті дәрігермен қайта қаралу (анаға дәрігерге қайтарудың қандай жағдайда қажет екені туралы үйрету).
2. Обструктивті синдромның қайталануы кезінде, балаға пульмонолог пен аллергологтың кеңесі және емдеуі қажет.

4. Визуалды материалдар: Қосымшада.

5. Әдебиеттер: Соңында.

6. Лекциядан кейінгі кері байланыс:

1. Аурудың эпидемиологиясы.
2. Ауруды классификациялау.
3. Ауруды диагностикалау.
4. Амбулаторлық басқару тактикасы.
5. Ауруханаға жатқызу көрсеткіштері.
6. Динамикалық бақылау.
7. Медициналық және еңбек сараптамасының мәселелері.
8. Аурудың алдын алу.

Әдебиеттер тізімі:

1. **Қоғамдық денсаулық сақтау және денсаулық сақтау жүйесі туралы Қазақстан Республикасының Кодексі**, 2020 жылғы 7 шілде, №360-VI ҚРК.
2. **Амбулаторлық көмек көрсететін медициналық ұйымдардың қызметі туралы ережелер**, Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігінің 2011 жылғы 5 қаңтардағы №7 бұйрығы.
3. **Пневмонияны емдеу және диагноз қою жөніндегі клиникалық хаттама**, 2017 жылғы 5 қазан, №29.
4. **COVID-19 емдеу және диагноз қою жөніндегі клиникалық хаттама**, 2022 жылғы 25 шілде, №166.

ONTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Жалпы дәрігерлік практика және дерматовенерология» кафедрасы		61/ 11
«Жалпы дәрігерлік тәжірибе негіздері» пәнінен дәрістер кешені		49 –ші беті 48 беттің

5. **Жедел коронарлы синдромды емдеу және диагноз қою жөніндегі клиникалық хаттама, 2016 жылғы 23 маусым, №5.**
6. **Артериялық гипертензияны емдеу және диагноз қою жөніндегі клиникалық хаттама, 2019 жылғы 3 қазан, №74.**
7. **Жедел ревматизм және созылмалы ревматикалық жүрек ауруларын емдеу және диагноз қою жөніндегі клиникалық хаттама, 2016 жылғы 29 қыркүйек, №12.**
8. **Ашығу жарасын емдеу және диагноз қою жөніндегі клиникалық хаттама, 2017 жылғы 29 маусым, №24.**
9. **Гепатитті емдеу және диагноз қою жөніндегі клиникалық хаттама, 2019 жылғы 19 қараша, №77; 23 қазан, №118.**
10. **Зәр шығару жүйесінің ауруларын емдеу және диагноз қою жөніндегі клиникалық хаттама, 2019 жылғы 29 наурыз, №60.**
11. **Темір тапшылығы анемиясын емдеу және диагноз қою жөніндегі клиникалық хаттама, 2017 жылғы 5 қазан, №29.**
12. **Қант диабетін емдеу және диагноз қою жөніндегі клиникалық хаттама, 2022 жылғы 4 наурыз, №158.**
13. **Гипертиреозды емдеу және диагноз қою жөніндегі клиникалық хаттама, 2017 жылғы 18 тамыз, №26.**
14. **Рахитті емдеу және диагноз қою жөніндегі клиникалық хаттама, 2015 жылғы 27 қараша, №17.**
15. **Міндетті алдын-ала егу тізімін, егу ережелерін, мерзімдерін және алдын алу вакцинациясынан өтетін халық топтарын бекіту туралы Қазақстан Республикасының Үкіметінің Қаулысы, 2020 жылғы 24 қыркүйек, №612.**
16. **Жаңа туған нәрестелердегі сарғаюды емдеу және диагноз қою жөніндегі клиникалық хаттама, 2022 жылғы 6 қазан, №171.**
17. **Балалардағы пневмонияны емдеу және диагноз қою жөніндегі клиникалық хаттама, 2017 жылғы 5 қазан, №29.**
18. <https://media.skma.edu.kz/Pneumonia>
19. <https://media.skma.edu.kz/Acute coronary syndrome>
20. <https://media.skma.edu.kz/Diagnosis of Arterial hypertension>
21. <https://media.skma.edu.kz/Diagnosis of Peptic ulcer disease>
22. <https://media.skma.edu.kz/Diagnosis of Acute rheumatic fever>