

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Ішкі аурулар пропедевтикасы» кафедрасы Пән бойынша дәріс кешені «Патологиядағы жүрек-тыныс алу жүйесі»		47 / 11 () 16. 16

ДӘРІС КЕШЕНІ

Пәннің атауы: «Балалардың патологиядағы кардиореспираторлық жүйесі»

Курс коды: ВРКZh 3302

ББ тақырыбы: 6В10116 «Педиатрия»

Оқу сағаттары/кредиттер саны: 180 сағ. (6 кредит)

Оқу курсы мен семестрі: 3 курс, 5 семестр

Дәрістер саны: 3

Шымкент, 2024 ж

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Ішкі аурулар пропедевтикасы» кафедрасы	47 / 11 ()
Пән бойынша дәріс кешені «Патологиядағы жүрек-тыныс алу жүйесі»	26. 16

Дәріс кешені пәннің жұмыс оқу жоспарына (сиплабус) сәйкес әзірленген және кафедра отырысында талқыланды

Хаттама: № 10 « 31 » 05 2024 ж.

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

Бек

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Ішкі аурулар пропедевтикасы» кафедрасы		47 / 11 ()
Пән бойынша дәріс кешені «Патологиядағы жүрек-тыныс алу жүйесі»		36. 16

№1 дәріс:

1. Тақырып: Жалпы медициналық білім берудегі ішкі аурулардың маңызы. Қалыпты және патологиялық жағдайда респираторлық аурулармен ауыратын науқастарды сұрастыру, тексеру, пальпациялау, перкуссиялау және аускультациялау. Диагностикалық мәні.

2. Мақсаты: Білім алушыларды клиникалық медицинаға кіріспемен таныстыру, ішкі ағзалардың аурулары және ішкі аурулардың міндеттері және медициналық деонтология негіздері туралы жалпы түсінік беру. Науқасты жалпы тексерудің принциптерін зерттеу: есін, қалпын, тері және тері астындағы май қабатын, тірек-қимыл аппаратын бағалау. Тыныс алу мүшелерінің зақымдануын зерттеу әдістерімен және семиотикасымен таныстыру. Іргелі және клиникалық пәндерді біріктіру негізінде білім алушыларға қалыпты жағдайда тыныс алу жүйесін клиникалық тексерудің негіздерін үйрету; тексеру, кеуде қуысын пальпациялау, өкпені перкуссиялау және аускультациялау дағдыларын меңгеру.

3. Дәріс тезистері:

Өте маңызды сәт - дәрігердің науқас адаммен сөйлесу мүмкіндігі. Дәрігер мен науқас арасындағы қарым-қатынас, дәрігердің міндеті мен міндеттері медициналық деонтология (грекше deon, deonos – парыз, logos – оқу) деп аталады. Медициналық деонтология – медицина қызметкерлерінің кәсіби міндеттерін орындау кезінде этикалық ережелерді сақтауы.

Енді жоғарыда айтылғандарды ескере отырып, біз клиникалық зерттеу жолындағы негізгі бағыттарды бөліп көрсетеміз:

1. Ауру – ағзадағы патологиялық өзгеріс, сондықтан олардың қайсысы патологиялық өзгеріс, қайсысы ағзаның реакциясы екенін ажырату керек.
2. Ауруды жеке мүшенің немесе бір жүйенің зақымдануы ретінде қарастырмай, сол кездегі барлық физиологиялық жүйелердің қызметін зерттеңіз. Аурудың түрі мен болуын анықтау міндеті.
3. Адам ағзасы мен қоршаған ортаның бірлігі принципін ескере отырып, этиологиялық себептерді, оның ішінде әлеуметтік, саяси және әлеуметтік жағдайды ескере отырып анықтау қажет.
4. Нервизм принципі, яғни жүйке жүйесі ауруларының, оның ішінде жүйке жүйесінің пайда болу және даму орнын белгілеу.

ПАЦИЕНТТЕРДІ КЛИНИКАЛЫҚ ЗЕРТТЕУ ӘДІСТЕРІ.

Аурудың белгілерін, яғни белгілерін (грек тілінен symptomoma—тікелей) субъективті және объективті деп бөлеміз. Науқас ағзадағы оның санасындағы өзгерістердің (жүрек айнуы, бас айналуы, жүрек соғысының жиілеуі, ауру сезімі және т.б.) көрінуі субъективті белгі болып табылады. Ал науқасты тексеру кезінде анықталған ауру белгілері (бауырдың ұлғаюы, ісік, жүрек ырғағының бұзылуы және т.б.) объективті болып саналады.

Жауап алу алдымен науқастың шағымдарын жинаудан басталады. Ауруды анықтауда адам сезімінің маңызы объективті тексеруден кем емес. Кейбір диагноздар (мысалы, стенокардия немесе кеуде қуысының қысылуы) субъективті шағымдар негізінде жасалады. Симптомдар пайда болған кезде, алғашқы белгілер қандай болды, осы уақытқа дейін болған өзгерістер (anamnes morbi - осы аурудың дамуы туралы естеліктер) диагнозды өзіңіз жасауға көмектеседі. Ауру анамнезінен кейін оның өмір тарихы беріледі (anamnes vitae – өмір туралы естеліктер). Науқастың өмір жолы оның өз сөзінен немесе туыстарымен сөйлесуінен қалыптасады. (Диалогты қараңыз)

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Ішкі аурулар пропедевтикасы» кафедрасы	47 / 11 ()
Пән бойынша дәріс кешені «Патологиядағы жүрек-тыныс алу жүйесі»	46. 16

Науқастың сол кездегі жағдайын объективті тексеру (status praesens) науқас адамды тексерудің негізгі бағыты болып табылады. Көптеген зерттеу әдістерімен қатар – тексеру, дене қызуын өлшеу, пальпация, перкуссия, аускультация – зертханалық, рентгендік және басқа зерттеулер ағзаның мүшелері мен жүйелерінің құрылысындағы патологиялық өзгерістерді анықтайды.

Диагностикалық зерттеу әдістері негізгі және қосымша болып бөлінеді. Негізгі клиникалық әдістерге науқасты тексеру, қарау, пальпациялау, перкуссия және аускультация жатады. Дәрігер оларды әрбір ауруға қолдануы керек, содан кейін ғана диагнозды растау үшін ол қажетті қосымша зерттеу әдістерін тандайды.

ПАЦИЕНТТЕРГЕ СҰРАҚ

Науқаспен сұхбат алу әдісі «тарих алу» деп те аталады. «Анамнез» гректің anamnesis — еске түсіру деген сөзінен шыққан. Сауалнама мынадай тәртіппен жүргізілуге тиіс: 1) құжаттама бөлімі; 2) шағымдары; 3) ауру тарихы; 4) Науқастың өмір тарихы. Анықтамалық деректер пациенттің тегі, аты, әкесінің аты, жасы, жынысы, мамандығы және тұрғылықты жерін қамтиды. Олардың әртүрлі ауруларды анықтауда өз орны бар. Мысалы, жас кезінде асқазанның ойық жара ауруы, сарғаю т.б., қатерлі ісік, атеросклероз, миокард инфарктісі, т.б. Сондықтан дәрігер диспепсиялық шағымдармен келген науқастың жасына қарайды, ал егер бұл егде жастағы адам болса, онда ол алдымен асқазан-ішек жолдарының ісігін, ал жас адамда - одан жеңіл, гастрит, ойық жара ауруларын іздейді. Көбінесе балалар қызылша, қызамық, көкжөтелмен ауырады.

ПАЦИЕНТТЕРДІҢ ШАҒЫМДАРЫ

Науқастың шағымдары олардың негізгі және қосымша түрінде де қарастырылуы керек. Кейде олардың маңыздылық дәрежесін анықтау қиынға соғады. Эмоцияларда көрсетілген шағым да негізгі ауруға тікелей байланысты болмауы мүмкін. Дәрігер науқастың негізгі шағымдарының әрқайсысын дәл анықтауы керек. Бұл өз алдына маңызды диагностикалық шешім. Ішіңіздегі ауырсыну сезімінде шағымдар бөлек орын алады. Науқастың келесі сұрақтарға нақты жауабы болуы керек: 1) ауырсырудың орналасуы; 2) оның сипаттамалары (жедел, созылмалы, конвульсиялық); 3) күш, немесе прогресс — 4) таралу, берілу; 5) ауыру сезімін тудырған себептер, оның пайда болу уақыты; 6) ауырсыну сезімін күшейтетін немесе төмендететін шаралар (дене жұмысы, жүкелік және т.б.). Кеуде аймағындағы ауырсыну физикалық күш салуға немесе нитроглицеринмен таралуына байланысты пайда болуы және тоқтауы мүмкін. дәл сол жолмен. Ал ауру мен тағам қабылдау арасындағы байланыс-П. І., Яғни, аш қарынға көріну, тамақтанғаннан кейін баяулау, асқазан жарасының болуын анықтауға көмектеседі.

АУРУЛАРДЫҢ ДАМУ ТАРИХЫ

Науқастың ауруының (anamnes morbi) даму тарихын зерттеу кезінде мына сұрақтарға нақты жауап алу керек: 1) Сіз қашан ауырып бастадыңыз? 2) Аурудың алғашқы белгілері (симптомдары); 3) ауруды тудырған себептер; 4) аурудың ағымы, өршуі (күшейтуі, уақытша өлімі, жаңадан қосылған және өзгерген белгілері); 5) бүгінгі күнге дейін жүргізілген зерттеу әдістері және алынған ем, оның қорытындысы, емнің әсері

ӨМІР ТАРИХЫ АУРУ

Науқастың өмір тарихы (anamnes vitae) – оның өмірінің негізгі кезеңдерін (нәрестелік, балалық, жасөспірімдік, жетілу) көрсететін медициналық өмірбаян. Отбасы және тұқым қуалаушылық тарихы. Диагностикада, әсіресе ауруды болжауда ата-анасының және жақын туыстарының ауруы мен қайтыс болу себептері туралы мәліметтердің маңызы зор. Жұқпалы аурулар бір отбасында бірнеше адамға жұғуы

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Ішкі аурулар пропедевтикасы» кафедрасы	47 / 11 ()
Пән бойынша дәріс кешені «Патологиядағы жүрек-тыныс алу жүйесі»	56. 16

мүмкін, мысалы, туберкулез. Патологиялық тұқым қуалаушылық көбінесе белгілі бір жағдайларда ғана ауруға айналуы мүмкін ауруға бейімділік ретінде беріледі. Ауруды асқындыратын жағдай болмаса, адам ағзасы ауруға қарсы тұра алады.

Жалпы көру (inspectio) - бұл әдіс әртүрлі ауруларды тануда өте пайдалы. Дәрігерлер кейде басқа зерттеу әдістерімен (рентгендік, зертханалық, аспаптық) алданып қалады және көптеген ауруларды диагностикалау үшін физикалық зерттеу әдістерінің шешуші маңыздылығын ескермейді.

Бұл зерттеу әдісіне ерте кезде ерекше мән берілген, өйткені дәрігерде басқа тексеру әдістері болмағандықтан, науқастың диагнозын анықтау кезінде ол тек көру қабілетіне сүйенген. Қазіргі уақытта әртүрлі сезімтал аспаптық әдістер кеңінен қолданылады. Дегенмен физикалық зерттеу әдістері өзінің мәнін жойған жоқ.

Тексеру ережелері. Науқасты толық тексеру үшін келесі ережелерді сақтау қажет:

1. Науқас тексеріліп жатқан бөлмеге түсетін жарық мөлшері шартты. Ал күнделікті электр жарығымен терінің және көздің шырышты қабаттарының сарғаюы өте жақсы көрінбейді, сондықтан күндізгі жарық болмаған кезде люминесцентті лампаларды қолданған дұрыс. Ал әртүрлі импульстарды, кеуде қуысының тыныс алу қозғалысын, асқазан мен ішек қозғалысын, жарық түскен кезде, оның жатқан, отырған, жатқан жағындағы ауырсынуды визуалды анықтау үшін.

2. Науқас жатқан бөлме жарық қана емес, сонымен қатар жылы болуы керек. Ұзақ уақыт бойы жалаңаш қалмауға тырысып, тексеру тез және жүйелі түрде жүргізілуі керек. Науқасты алдымен тік, содан кейін жатып тексереді.

3. Дәрігердің қолының және стетоскоптың басының жылуы адам денесінің жылуына шамамен жақын болуы керек.

4. Жалпы тексеруді әрқашан белгілі бір жүйемен жүргізген жөн: алдымен жалпы мағынасы бар белгілерді кезекпен қарап, одан кейін дене мүшелерін (бас, бет, мойын, бет, аяқ-қолдар, тері, сүйектер, буындар, тері, тері асты қабаттары, шаштар, өскен түктер) қарау керек.

Жалпы тексеру сананы, дене қалпын, дене түрін бағдарлаудан басталады, содан кейін температура өлшенеді және антропометриялық мәліметтер жиналады. Науқастың жалпы жағдайын төрт түрі бойынша анықтауға болады: қанағаттанарлық (қалыпты), орташа (қалыптыдан төмен), ауыр және агоникалық (өліммен аяқталатын). Содан кейін аурудың сана-сезімін тексеру келеді.

Сана күйі келесі түрлермен анықталады: 1) ашық сана; 2) сананың анық еместігі – науқас сұраққа дұрыс жауап бергенімен, өзін қоршаған ортаны анықтай алмайды. 3) ступор – науқас өзінің айналасын түсінбейді, жай ғана сілекейге жауап береді. 4) сопор – науқас үнемі ұйықтап, қатты дыбыстан айқайлаған нәрсесіне ғана жауап береді, бірақ айтылған сөздің мағынасын түсінбейді. 5) кома – науқастың бейсаналық, бейсаналық жағдайы, кейде рефлекстер де толығымен жойылады.

Дене түрлері. Адамның дене құрылысы (конституциясы) – бұл көбінесе әкеден балаға берілетін, бірақ қоршаған ортаның, әсіресе әлеуметтік жағдайдың әсерінен өзгерістерге ұшырайтын организмнің морфологиялық және функционалдық белгілерінің жиынтығы. Дене құрылысының өзгеруі жүйке және эндокриндік жүйелердің қызметіне сәйкес жүреді. Сондықтан бұл жерде адам темпераментінің түрлерін де ескерген жөн. Олар мыналар: 1) холерик – қызба мінезді, күшті мінезді; 2) флегматикалық – ұстамды, қарапайым мінезді; 3) сангвиник – ұстамды, екпінді мінез; 4) меланхолик – қызба, әлсіз мінез.

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Ішкі аурулар пропедевтикасы» кафедрасы	47 / 11 ()
Пән бойынша дәріс кешені «Патологиядағы жүрек-тыныс алу жүйесі»	66. 16

Профессор М.В.Черноруцкий адам ағзасының морфологиялық және функционалдық ерекшеліктерін ескере отырып, адамдарды үш конституциялық типке бөлді: астениялық, нормостеникалық, гиперстеникалық.

Тері қабатын зерттеу. Тері қабатының жағдайына назар аударатын шағым - терінің қышуы. Терінің қышуы кейде терінің өзгеруімен байланысты (псориаз), сонымен қатар ішкі органдар ауруларының (бауыр мен өт жолдарының аурулары, лимфогранулематоз) сыртқы көрінісі, сондай-ақ аллергиялық аурулардың алғашқы белгісі ретінде пайда болуы мүмкін.

Назар аударатын келесі нәрсе - тері түсінің өзгеруі. Вегетативті жүйке жүйесі аурулары бар адамдарда терінің бозаруы мен қызаруы кезектесіп отырады. Терінің үнемі бозаруы және күн өткен сайын бозаруы келесі жағдайларда байқалады: кенеттен немесе біртіндеп қан кетулер (асқазан жарасы, геморрой, гинекологиялық аурулар), қан жүйесінің аурулары (гемолитикалық анемия, Верлгоф ауруы және т.тері астындағы тамырлардың дамуы).

Терінің бозаруы басқа себептерден де туындайды: бүйрек ауруларына байланысты тері тамырларының қысылуы; қан тамырларының тарылуына әкелетін жағдайлар (қорқыныш, естен тану, құсу, гипертониялық криз, үсік шалу); қан тамырлар жүйесіндегі қан жеткіліксіздігі (қолқа саңылауының тарылуы, қолқа қақпақшасының жеткіліксіздігі). Терінің кенеттен бозаруына ерекше назар аудару керек, өйткені мұндай жағдайларда (асқазан жарасы, перитонит және т.б.) науқас көмекке мұқтаж болуы мүмкін. Әдетте, мұндай аурулар кезінде беттер кенет бозарып, басы айналады және есін жоғалтады, пульс жиілейді және қан қысымы төмендейді.

Бозару әртүрлі формаларда келеді. Терінің аздап сарғаюымен гемолизден туындаған анемияда (Аддисон-Бирмер анемиясы, гемолитикалық анемия), хлорозда - жасылдау, ал қатерлі ісіктерде - топырақ түсті. Кейбір ауруларда терінің түсі көгеруді тартады, ол көгерген (цианоз) деп аталады. Терінің күнгірт тонусы қандағы бұрын қалпына келтірілген гемоглобиннің жоғарылауынан туындайды. Екі түрлі себеп бар: біріншісі – шеткергі қан айналымының нашарлауы, екіншісі – өкпедегі газ алмасудың жеткіліксіздігі. Кейде бұл екі себеп қатар жүреді, яғни бір адамның басынан табылады.

Жүрек қызметінің нашарлауы нәтижесінде өкпеден ағып жатқан артерия қаны оттегімен қамтамасыз етіледі, бірақ шеткі қантамырлардағы қан айналымының баяулауына байланысты тіндерге әдеттегіден көп оттегі беріледі. Нәтижесінде веноздық қанда бұрын қалпына келтірілген гемоглобин жоғарылайды. Зеңнің бұл түрі мамық көгеру деп аталады.

Кеуде қуысын тексеру

Жалпы тексеру респираторлық патологияда кездесетін көптеген белгілерді анықтайды.

Өкпелік науқаста ауыр тыныс алу жеткіліксіздігінің негізгі белгілерінің арасында церебральды гипоперфузияны көрсететін депрессиялық сананың дамуы болып табылады. Науқастың жалпы түріне, төсекте қалпына келу, терінің түсі және көрінетін кілегей қабығы, ісінудің болуы, соңғы фалангтардың ерекше пішіні («сигнал таяқшалары» түріндегі саусақтар).

Егжей-тегжейлі қарауға кіреді:

- * мұрын қуысын тексеру;
- * дауыстың өзгеруі;
- * кеудеге қарау;
- * тыныс алу параметрлерін бағалау

Мұрын қуысын тексеру:

- * мұрынның сыртқы пішінін өзгерту;
- * мұрын шырышты қабатының жағдайы;

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Ішкі аурулар пропедевтикасы» кафедрасы	47 / 11 ()	
Пән бойынша дәріс кешені «Патологиядағы жүрек-тыныс алу жүйесі»	76. 16	

- * герпетикалық бөртпе (зақымдалған жағында байқалады);
- * тыныс алу әдісі (мұрын, ауыз, бос, қиын);
- * қосалқы мұрын қуыстары (пальпация кезінде ауырсыну ма?);
- * мұрыннан бөлінділер (аз мөлшерде, жоқ, көп мөлшерде, кілегейлі, ірінді, қанды);
- * мұрын қанаттарының ығысуы (иә, жоқ).

Көмей: дауыстың өзгеруі (дауыстың қарлығыуы, афония) тыныс алу жүйесінің ауруларынан басқа (ларингит, көмей ісігі, дауыс сымының полипі және т.б.) көптеген аурулардың белгісі болуы мүмкін.

Қабырға торы

Кеуде қуысын тексеру қатаң дәйектілікпен жүргізілуі керек:

- * сүт безінің түрі;
- * кеуде клеткасының симметриясы;
- * тыныс алу экскурсиясы (кеуде шеңберін өлшеу);
- * тыныс алу көрсеткіштерін бағалау;
- * тыныс алу түрі (кеуде, құрсақ, аралас).

Науқасты қараған кезде науқас беліне дейін жалаңаш болуы керек, ал тұрғанда немесе отырғанда жан-жағынан біркелкі жарық түсуі керек.

Сүт безінің түрі

Конституциялық түрлері: нормостеникалық, гиперстеникалық, астениялық.

Сүт безінің конституциялық пішінін анықтау критерийлері:

- * алдыңғы-артқы және көлденең диаметрлер арасындағы қатынас;
- * қабырғалар мен бұғаналардың қозғалыс бағыты;
- * қабырға аралықтарының көлемі;
- * корпус пен тұтқаның қосылу бұрышының анықтығы (көлбеу бұрышы);
- * эпигастрий бұрышының өлшемі;
- * жауырынның кеуде сыртындағы қалпы.

Қалыпты кеуде түрлерінің вариациялары

◆ Нормостеникалық:

- алдыңғы-артқы өлшем көлденең өлшемнен үлкенірек;
- қабырғалары төмен қарай қисық, қалқалары анық емес;
- эпигастрий бұрышы 90°.

◆ Астеникалық:

- алдыңғы-артқы өлшем көлденең өлшемнен үлкенірек;
- қабырғалары өте аласа, қалқалары анық;
- эпигастрий бұрышы 90° төмен;

◆ Гиперстеникалық:

- алдыңғы-артқы өлшем көлденең өлшемге тең;
- қабырғалары көлденең, қалқалары тар;
- эпигастрий бұрышы 90° жоғары.

Сүт бездерінің патологиялық формалары

- ◆ Эмфизематозды – қысқа, қатты кеңейген, бөшке тәрізді, көлденең орналасқан қабырғалар, қабырға аралықтары едәуір ұлғайған және иықтары көтерілген (максималды терең тыныс алу жағдайына ұқсайды), мықын сүйегінің үстіндегі аймақта домбығу, пальпация кезінде кеуде қуысының серпімділігінің төмендеуі және перкуссияда перкуссиялық перкуссиялық сыртартқысы бар науқастардың перкуссиялық сипаты.

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Ішкі аурулар пропедевтикасы» кафедрасы	47 / 11 ()	
Пән бойынша дәріс кешені «Патологиядағы жүрек-тыныс алу жүйесі»		86. 16

♦ Иілгіш - өте ұзын, жалпақ, қабырғалары қатты төмен қарай еңкейген, бұғана сүйектері өте алға шығып тұрады, бұғана үсті шұңқырлары төмен қарай түседі (максималды дем шығаруды қалпына келтіруге ұқсас), бұл салмағын жоғалтқан, әсіресе туберкулезбен ауыратын науқастарға тән.

♦ Рикет, құс төсі – төс бүйірінен төмен түсіп, төс сүйегінің алдына шығып тұрады («тауық төсі») және қабырғаның шеміршекке өтетін аймақтары қалыңдап, кедір-бұдыр («мешел туберкулезі»), ерте балалық шақта мешелмен ауырған науқастарда кездеседі.

♦ Шұңқыр кеуде («етік кеуде») - кеуденің төменгі бөлігіндегі туа біткен депрессия.

♦ Қайық кеудесі – төс сүйегінің жоғарғы және ортаңғы бөлігіндегі туа біткен сопақша ойыс.

♦ Омыртқаның қисаюы: бүйір жағынан - сколиоз, алдыңғы жағынан - лордоз, артқы жағынан - кифоз және кифосколиоз, бүйірлік және артқы жағынан кеуде қуысының өте айқын дамыған асимметриясын тудырады (жарақаттар, қаңқа аномалиялары, сүйектердің туберкулездік зақымдануы, мехел және т.б.).

Кеуде қуысының екі жартысының симметриясы тікелей және бүйірлік жарықпен, алдыңғы және артқы жағынан еркін, қалыпты тыныс алумен бағаланады. Тыныс алу симметриясын терең тыныс алу қозғалыстары фонында науқастың алдыңғы және артқы жағынан кеуде қуысына қарау арқылы анықтайды. Содан кейін алдыңғы жағында қолайлы бағдарлары бар қабырға доғаларының орналасуы және олардың тыныс алу экскурсиясы, ал артында иық пышақтарының орналасуы және олардың тыныс алу кезіндегі қозғалысы. Астеникалық дене бітімі бар науқастарда иық пышақтары тар, сондықтан науқастан қолын бастың артқы жағына, ал шынтағын бүйірге көтеруін сұрау керек, бұл кезде қабырға доғалары жақсы пішінге ие, ал тыныс алу кезінде кеуденің жарты бөлігінің сәл кідірісін байқауға болады. Арқаны тексерген кезде науқастың қолы бүкіл денесіне еркін орналастырылады. Қалыпты кеуденің екі жартысының қозғалысы симметриялы.

Кеуде қуысын пальпациялау. Дауыс треморы

Сүт безін пальпациялау кезінде мыналар бағаланады:

- * серпімділік (қарсылық);
- * дауыс дірілі (өзгермеген, жоғарылаған, әлсіреген, жоқ, өзгерістердің локализациясы);
- * ауырсынудың орналасуы;
- * сипау кезінде плевра үйкеліс шуын анықтау;
- * экскурсия дәрежесін анықтау – кеуде шеңберін 4 қабырға аралықта анықтау: тыныш тыныс алу, терең дем шығару және дем шығару кезінде.

Сүт безінің серпімділігіне негізделген қабырға шеміршегінің сүйектену дәрежесіне байланысты және кеудеге басқан кезде оның карциномасының сезімімен анықталады.

Кеуде қуысының серпімділігінің төмендеуінің себептері (ригидтілігі):

- * өкпе тінінің қатты қатаюы;
- * гидроторакс;
- * өкпе эмфиземасы;
- * плевра ісігі.

Дауыс жиілігі – науқас «Р» («қырық төрт») дыбысы кіретін сөздерді айтқан кезде дауыс байламдарынан симметриялы ошақтарда және өкпе тінінің кеуде қуысының сыртында пальпация арқылы анықтауға болатын діріл пайда болады. Бұл кезде төмен жиілікті дыбыс тербелістерінің өткізгіштігін бағалау қажет. Дауыс тембрі төмен науқастарда кеуденің оң жақ жартысы мен үстіңгі бөлігінде, әсіресе ұшы аймағында дауыс дірілі күшейеді (қысқа оң жақ бронх дыбысты күштірек өткізеді). Әйелдерде вокалдық тремор дірілі әлсіз көрінеді (дауыстың жоғары тембрімен байланысты).

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Ішкі аурулар пропедевтикасы» кафедрасы	47 / 11 ()	
Пән бойынша дәріс кешені «Патологиядағы жүрек-тыныс алу жүйесі»	96. 16	

Дауысты тербеліс бронх ағашының өткізгіштігінен, өкпе тінінің тығыздығынан және сол тығыздықтағы ұлпадан ұлпаға ауысқанда дірілдің азды-көпті тығыз болуымен (діріл қатты әлсіреген өткізгіш ортаның ажырау құбылысы) пайда болады.

Дауыс жиырылуы дауыс байламдарының тербелісі нәтижесінде пайда болатын кеуденің оң және сол жақ симметриялы аймақтарында біркелкі таралады.

Өкпенің аускультациясы

Аускультация – жұмыс істейтін мүшелер шығаратын дыбыстарды тыңдау арқылы зерттеудің объективті әдісі. Дыбыстардың сипатына қарай естілетін мүшелердің физикалық жағдайын зерттейді.

Аускультация кезінде келесі ережелерді сақтау керек:

- * бөлме тыныш және жылы болуы керек;
- * науқастың кеуде қуысы толығымен жалаңаш болуы керек, науқас тік тұруы керек;
- * дәрігердің жағдайы ыңғайлы және еркін болуы керек;
- * стетоскоп (фонендоскоп) науқастың денесіне тығыз орналасуы және қатты баспауы керек;
- * науқас мұрын арқылы терең, тыныш тыныс алуы керек. Науқастың бірнеше терең тыныс алу қозғалысын жасау керек, содан кейін оның тыныш және еркін тыныс алуын сұраңыз;
- * аускультация кезінде науқастың кеуде қуысының қозғалыстарына байланысты тыныс алу фазасын үнемі анықтау қажет;
- әрбір аускультация нүктесінде кем дегенде 2 тыныс алу циклін тыңдау қажет;
- * Тек бір стетоскопты (фонендоскопты) пайдалану керек.

Аускультация процедурасы:

- * кеуденің екі жартысында симметриялы нүктелерде (салыстырмалы перкуссия сияқты ошақтарда) жүйелі түрде тыңдау керек.
- зақымдалуы мүмкін жерлер туралы деректер болса, аускультация сау жағынан басталады;
- * тыңдау өкпенің ұштарынан басталады, содан кейін фонендоскоп кеуденің алдыңғы жағы бойымен жоғарыдан төмен қарай жылжиды, одан кейін қолтық асты, кеуденің бүйір және артқы бөліктері тыңдалады;
- * кеуденің бүйір бөлігінде өкпені аускультациялағанда науқас қолын басына көтереді;
- * иық аралықта аускультация жасағанда дәрігердің нұсқауы бойынша науқас иық пышақтары омыртқа жотасынан сыртқа қарай жылжитындай қолын кеудесіне қояды;
- * мұрын арқылы тыныс алудың негізгі шуларын бағалау үшін пациент еркін, тыныш фонда жоғарыда аталған жыпылықтауларды тыңдайды;
- қосымша тыныс алу шулары болса, дыбыстардың сипатын анықтау үшін келесі арнайы әдістерді қолданады: науқас терең тыныс алуы керек, тыныс алу және дем шығарудың күшеюі фонында тыныс естіледі, жөтелден кейін бүйіріне немесе шалқасынан жатқанда, фонендоскопты қатты кіргізгенде, дәрігер науқасқа тыныс алуды сұрайды және басқа диагностикалық әдістер қолданылады.

Өкпенің аускультациясы кезінде мыналар бағаланады:

- * негізгі тыныс дыбыстары (тыныс алу үлгісі);
- * өкпедегі қосымша тыныс шулары және олардың сипаты;
- * бронхофония.
- * стетоскоп (фонендоскоп) науқастың денесіне тығыз орналасуы және қатты баспауы керек;
- * науқас мұрын арқылы терең, тыныш тыныс алуы керек. Науқастың бірнеше терең тыныс алу қозғалысын жасау керек, содан кейін оның тыныш және еркін тыныс алуын сұраңыз;

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Ішкі аурулар пропедевтикасы» кафедрасы		47 / 11 ()
Пән бойынша дәріс кешені «Патологиядағы жүрек-тыныс алу жүйесі»		106. 16

* аускультация кезінде науқастың кеуде қуысының қозғалыстарына байланысты тыныс алу фазасын үнемі анықтау қажет;

- әрбір аускультация нүктесінде кем дегенде 2 тыныс алу циклін тыңдау қажет;
- тек бір стетоскопты (фонендоскопты) пайдалану керек.

4. Иллюстрациялық материал: презентация.

5. Әдебиет: силлабустың соңғы бетінде көрсетілген

6. Бақылау сұрақтары (кері байланыс):

1. Ауру дегеніміз не?
2. Аурулардың пайда болу себептерін атаңыз.
3. Тексеру ережесін атаңыз.
4. Науқастың терісін тексергенде қандай белгілерге назар аудару керек?
5. Тыныс алу органдары ауруларымен ауыратын науқастардың негізгі және қосымша шағымдары қандай?
6. Жөтел дегеніміз не?
7. Кеуде қуысының түрлерін ата.
8. Пальпация дегеніміз не?
9. Кеуде перкуссиясына сипаттама беріңіз.
10. Негізгі шулар қандай?
11. Әлсіз везикулярлы тыныс пайда болғанда.
12. дымкыл ысқырықтың пайда болуына әкелетін себептер.
13. құрғақ сырылдардың пайда болу себептері
14. Ылғалды сырылдардың сықырлау мен үйкеліс шуынан айырмашылығы неде?

№2 дәріс

1. Тақырып: Тыныс алу органдары аурулары бар науқастарда жетекші клиникалық синдромдар (өкпе тінінің тығыздалуы, бронх обструкциясы, өкпедегі ауаның жоғарылауы, өкпеде сұйықтық пен қуыстың болуы, тыныс жетіспеушілігі).

2. Максаты: Білім алушыларға тыныс алу мүшелерінің патологиясын, сонымен қатар өкпе тінінің тығыздалуының, бронхтың өткізгіштігінің бұзылуының, өкпедегі ауаның жоғарылауының болуын диагностикалаудың маңызды және міндетті сәттерін бағалауға үйрету.

Білім алушыларға тыныс алу мүшелерінің патологиясын, сондай-ақ өкпедегі сұйықтық пен қуыстың болуын диагностикалаудың маңызды және міндетті сәттерін және тыныс жетіспеушілігін бағалауды үйрету.

3. Дәріс тезистері: Синдром – бір патогенезден туындаған өзара байланысты белгілердің жиынтығы.

Тыныс алу органдарының ауруларының негізгі патологиялық синдромдарына мыналар жатады: өкпе тінінің тығыздалу синдромы, бронхо-обструктивті синдром, тыныс жетіспеушілігі синдромы, өкпеде қуысты қалыптастыру синдромы, плевра қуысында сұйықтық пен ауаның жиналуы.

Өкпе тінінің ошақты нығыздалу синдромы альвеолалардың қабыну экссудатымен және фибринмен, қанмен толтырылуынан, өкпенің немесе ісік тінінің ұзаққа созылған қабынуының салдарынан дәнекер тіннің өкпе бөлігіне өсуінен туындайды.

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Ішкі аурулар пропедевтикасы» кафедрасы		47 / 11 ()
Пән бойынша дәріс кешені «Патологиядағы жүрек-тыныс алу жүйесі»		116. 16

Өкпедегі қуыстың пайда болу синдромы абсцесс немесе туберкулездік қуыста, өкпе ісігінің ыдырауымен, үлкен қуыс мазмұны жоқ, бронхпен байланысып, қабыну «жотасымен» қоршалған кезде пайда болады.

Плевра қуысында сұйықтықтың жиналу синдромы гидроторакспен немесе экссудативті плевритпен байқалады. Плевра қуысында ауаның жиналуы бронхтардың плевра қуысымен байланысқанда, кеуде жаракаты немесе өздігінен пайда болатын пневмоторакс кезінде пайда болады.

Өкпеді қуыстың пайда болуы пневмонияда, туберкулезде (үңгірде), әдетте, өкпенің тығыздалуы аймағында абсцестің пайда болуы нәтижесінде пайда болады. Сондықтан науқастарда бір мезгілде өкпе тінінің тығыздалу белгілері мен қуыс белгілері пайда болады, ал соңғысын кеуде қабырғасына жақын орналасқан, диаметрі кемінде 4 см болатын бронхпен байланысатын тегіс қабырғалы, ауасы бар қуыс болған жағдайда ғана анықтауға болады.

Пациенттер жөтелге шағымданады, әдетте, көп мөлшерде іріңді қақырықтың бөлінуі («ауыз») және дене температурасының жоғарылауы.

Тексеру кезінде осы синдромға тән өзгерістер анықталмайды. Ұзақ уақытқа созылған абсцесс немесе үңгір жағдайында науқас инфекциялық интоксикацияға байланысты салмағын жоғалтуы мүмкін.

Қуыстың сенімді физикалық белгілері - бронхиалды тыныс алу және шектеулі аймақта естілген үлкен көпіршікті ылғалды сырылдар. Қосымша зерттеу әдістері. Рентгенограммада шектелген, дөңгелектенген люминесценция анықталады, әдетте айналадағы қараңғылану фонында. Қуыстың ішінде сұйықтықтың көлденең деңгейі анықталады, ол пациенттің дене қалпы өзгерген кезде ауысады.

Сұйықтық бір немесе екі плевра қуысында жиналуы мүмкін. Оның табиғаты қабыну (экссудат) және қабынусыз (транссудат) болуы мүмкін. Экссудаттың пайда болу себептері туберкулезде және пневмонияда плевраның қабынуы (плеврит), қатерлі ісіктерде плевраның карциматозы. Көбінесе зақымдану бір жақты болады. Гидроторакстың немесе плевра қуысында транссудаттың жиналуының себептері жүрек жеткіліксіздігі кезінде өкпе қан айналымының тоқырауы немесе бүйрек ауруында жалпы сұйықтықтың сақталуы болуы мүмкін. Процесс көбінесе екі жақты және жиі шеткергі ісінумен, асцитпен және гидроперикардпен біріктіріледі.

Сұйықтықтың тез және айтарлықтай жиналуымен өкпе ателектазы және тыныс алу жеткіліксіздігі синдромы дамиды. Науқастар сау жағында жатқанда күшейетін ентігуге, кеуденің зақымдалған жартысында ауырлық сезіміне шағымданады.

Пациенттер көбінесе зардап шеккен жағында мәжбүрлі позицияны алады; Зақымдалған жақтың көлемі біршама ұлғаюы, тыныс алудан артта қалуы, қабырға аралықтары тегістелуі және тіпті дөңес болуы мүмкін.

Ең маңызды белгілері - өкпенің төменгі бөліктерінде перкуторлы дыбыстың күңгірттенуі, тыныс алудың болмауы және түтіккен аймақта теріс бронхофония. Қосымша зерттеу әдістері. Рентгенологиялық зерттеуде өкпе өрісінің біртекті көлеңкесі және ортастинаның сау жаққа ығысуы анықталады. Диагностикалық және терапиялық мақсаттарда бар сұйықтықтың табиғатын анықтау үшін плевралық пункция жасалады.

4. Иллюстрациялық материал: презентация

5. Әдебиет: силлабустың соңғы бетінде көрсетілген

6. Бақылау сұрақтары: 1. Тыныс алу мүшелерінің ауруларына тән негізгі клиникалық синдромдар қандай?

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Ішкі аурулар пропедевтикасы» кафедрасы		47 / 11 ()
Пән бойынша дәріс кешені «Патологиядағы жүрек-тыныс алу жүйесі»		126. 16

2. Өкпе тінінің тығыздалуы синдромы қандай патологияларда кездеседі?
3. Өкпедегі қуыс түзілу синдромына қандай перкуторлы өзгерістер тән?
4. Плевра қуысында сұйықтықтың жиналу синдромына қандай аускультативті өзгерістер тән?
5. Плевра қуысында ауа жиналу синдромы қандай патологияларда кездеседі?
6. Өкпеді сұйықтықтың жиналуы мен қуыс синдромына тән негізгі клиникалық белгілер қандай?
7. Өкпеді сұйықтықтың жиналуы және қуыс синдромы қандай патологияларда кездеседі?
8. Өкпедегі қуыс түзілу синдромына қандай перкуторлы өзгерістер тән?
9. Плевра қуысында сұйықтықтың жиналу синдромына қандай аускультативті өзгерістер тән?

№3 дәріс

1. Тақырып: Жүрек-тамыр патологиясы бар науқастарды сұрау, тексеру, пальпациялау және перкуссиялау. Ірі және шеткі тамырларды зерттеу әдістері. Нормадғы және патологиядағы жүректің аускультациясы. Диагностикалық мән.

2. Мақсаты: Жүрек-тамыр жүйесінің зақымдануының клиникалық зерттеу әдістері мен семиотикасын меңгеру.

3. Дәріс тезистері:

Пальпация арқылы жүрек ұшын және жүрек треморын тексеру. Пальпация кезінде жүрек ұшының дүрбелеңі, жалпы жүрек соғуы, жүрек аймағындағы пульсация, кеуде аймағындағы қалтырау анықталуы мүмкін. Жүректің ұшын анықтау үшін оң қолдың алақанын жүрек аймағына қойыңыз; саусақтарыңыз үшінші және төртінші қабырғалардың арасында жатуы керек, қолтыққа бағытталған. Алақан жүрек ұшына басу керек. Сонымен, жүрек ұшын анықтай отырып, оның жалпы сипатына назар аудару керек. Пальпация кезінде жүрек ұшының орналасуы, оның ауданы, күші, биіктігі, серпімділігі зерттеледі. Ол үшін жоғарыда айтылған оң қолдың үш саусағының ұшын пайдаланып, жүректің жоғарғы бөлігінің орналасқан жерін дәл анықтау керек. Егер жүрек ұшының импульсі айтарлықтай аумақты алып жатса, біз ең сыртқы, ең төменгі нүктені таңдаймыз. Науқасқа кеуде қуысын алға қарай еңкейтуді сұрау керек, бұл жүрек ұшының импульсін табуды жеңілдетеді.

Жүрек импульсінің ауданы деп қалыпты жағдайда диаметрі 1-2 см болатын импульстің әсерінен кеуде қуысының қозғалысын түсінеміз. Егер ол 2 см-ден асса - таралу және аз болса - бұл шектеулі деп саналады. Диссеминирленген импульс жүрек көлемінің ұлғаюын көрсетеді, адам шаршаған кезде, қабырға аралықтары кең болған кезде, сол жақ өкпенің төменгі бөлігі жиырылған кезде пайда болатын жағдай. Семіздікте, өкпе ауруларында және диафрагманың төмен орналасуында итерудің шектеулі түрі пайда болады, яғни жүрек кеуде қуысының аз көлемімен кездеседі.

Жүрек импульсінің биіктігі деп кеуде қуысының тербеліс амплитудасын түсінеміз. Жүрек биіктігі бойынша екі бөлікке бөлінеді: жоғары және төмен.

Пальпация арқылы тексергенде, жүрек ұшының саусақтарға түсіретін қысымын жүрек ұшы күші деп атайды. Бұл сол жақ қарыншаның жиырылуына байланысты болады. Алдыңғы екі қасиет сияқты, импульстің күші кеуде қуысының қалыңдығына және оған жүрек ұшының жақындығына байланысты. Ең бастысы, ол сол жақ қарыншаның жиырылу күшіне сәйкес келеді.

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Ішкі аурулар пропедевтикасы» кафедрасы Пән бойынша дәріс кешені «Патологиядағы жүрек-тыныс алу жүйесі»		47 / 11 () 136. 16

Пальпация кезінде жүрек ырғағының серпімділігін байқауға болады, бұл гипертрофия кезінде сол жақ қарыншаның бұлшықеті тығыздалады және оның серпімділігі жоғарылайды. Ал сол жақ қарынша қатты төмендеген кезде «күмбез тәрізді» итеру сезіледі, өйткені кез келген жағдайда жүрек кеуде қуысына тығыз іргелес болады. Қалыпты жағдайда жүрек импульсі ортаңғы бұғана сызығынан 1-2 см оңға қарай бесінші қабырға арасында жатады. Науқас сол жағында жатса, бұл нүкте солға 2 см, оң жағында жатса, 1-1,5 см оңға ығысуы мүмкін. Бірақ адам тік тұрған кезде мұндай өзгерістер болмауы керек. Жүректен тыс себептер де жүрек ұшының ығысуына әсер етеді. Оларға кеудені жоғары көтеру, кеуде қуысының көлемін өзгерту, өкпенің шығыңқы болуы және т.б.

Іш қуысында қысымның жоғарылауына байланысты кеуде торы көтеріледі (семіздік, жүктілік және т.б.). Іілу кезінде жүрек ұшы солға ығысады, жоғары көтеріліп, көлденең жатады. Керісінше, кеуде перделері төмендегенде (іш қуысында қысымның төмендеуі, өкпе эмфиземасы, астениялық дене түрі, летаргия, висцероптоз) ол төмендейді. Мұның бәрі үш жүректің оңға қарай төмен қараған тік күйіне әсер етеді.

Өкпе қапшығы қуысының бір бөлігінде қысым жоғарылауы мүмкін, бұл көбінесе сұйықтықтың жиналуымен, мысалы, экссудатты плеврит, бір жақты гидроторакс, гемоторакс кезінде, жүрек карама-қарсы жаққа ауысқанда. Осы сәтте жүрек ұшының импульсі де сәйкесінше ауысады.

Өкпе томпайып, көлемі кішірейіп, обструктивті элетазалармен (қатерлі ісіктер, бронхтан өкпеге тараған бөгде заттар) жүрек ұшы патологиялық процестермен өзгерген жаққа қарай ығысады. Жүрек ауруына байланысты сол жақ қарыншаның ұлғаюы және қалыңдауы (қолқа қақпақшасының ақауы, қос жармалы қақпақшаның жеткіліксіздігі, жүйелі қан айналымындағы артериялық қысымның жоғарылауы, атеросклероз, кардиосклероз) жүрек ұшының импульсін солға ығыстырады, сол жақ қарыншаның қолқа қақпақшасының функциясының жеткіліксіздігінен және төмен қарай жылжиды.

Туа біткен аномалияларда – егер іш қуысы карама-қарсы жақта орналасса (sitüs viscerum inversus), жүрек оң жағында жатады, сондықтан жүректің көтерілуі де оң жақта болады.

Әсіресе маңыздысы, егер жүрек қапшығында сүйістер көп жиналса, жүрек ұшының жанасуы мүлде сезілмейді және ол салыстырмалы тұйықталуға сәйкес келмейді. Сол жақ өкпе қалтасының қуысына сұйықтық жиналғанда (экссудативті плеврит, гидроторакс, гемоторакс) жүрек ұшының тербелісі сезілмейді.

Жүректің қабықшасы кеудеге бекінген кезде, бұл кезде систолалық кезеңде жүректің алға емес, артқа жылжуы байқалады, мұндай итеруді жүрек ұшының теріс импульсі деп атайды.

Жүректің ұшын басумен қатар, оң жақ қарыншаның қызметін сипаттайтын жүрекке басуға да назар аудару керек. Бұл импульс сау адамдарда байқалмайды, сондықтан оны анықтау өте қиын. Жүрек импульсі қарыншада пальпация (гипертрофия) және кенею кезінде (кеңейту) анықталады.

Француз ғалымдары жазған «мысықтың мыжылуы» (flemissement sateare – мысықтың мыжылуы) симптомының анықтамасының диагностикалық маңызы зор. Бұлай аталу себебі, егер сіз жүректі пальпацияласаңыз, мысықтың арқасын сипау кезіндегідей қышу сезімін сезінесіз. Бұл симптом диастолалық фазада митральды тесік тарылғанда, оның қақпақшасы қолқаның систолалық фазасында тарылғанда, өкпе артериясының немесе өкпе діңіндегі Батталов каналының жабылмауынан пайда болады.

4. Иллюстрациялық материал: презентация.

5. Әдебиет: силлабустың соңғы бетінде көрсетілген

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Ішкі аурулар пропедевтикасы» кафедрасы Пән бойынша дәріс кешені «Патологиядағы жүрек-тыныс алу жүйесі»		47 / 11 () 146. 16

6. Бақылау сұрақтары:

1. Ангина пекторисі дегеніміз не?
2. Жүрек соғуының себептері қандай?
3. Көрінетін апикальды импульс неден құралады және қай жерде локализацияланған?
4. Салыстырмалы жүрек соғуы қалай анықталады?
5. Жүректің абсолютті тұйықтығының анықтамасы қандай?

№4 дәріс

1. Тақырып: Жетекші клиникалық синдромдар: жоғары қан қысымы және жүректің ишемиялық ауруы, жедел және созылмалы коронарлық жеткіліксіздік, жүрек-қан тамырлары аурулары бар науқастарда клапан аппаратының зақымдануы.

2. Мақсаты: Білім алушыларға артериялық гипертензияның негізгі белгілерін, гипертензия мен жүректің ишемиялық ауруының себептерін анықтауға үйрету. Симптомдардың даму механизмін түсіндіру және науқастың зертханалық және аспаптық зерттеулерінде осы ауруға тән өзгерістерді анықтау. Білім алушыларға шағымдар мен анамнез жинауды, коронарлық жеткіліксіздігі бар науқасты мақсатты тексеру әдістерін және осы ауруға тән белгілерді анықтауды және зертханалық және аспаптық зерттеу әдістерін өзгертуді үйрету.

3. Дәріс тезистері: Гипертензия - адамда жиі кездесетін аурулардың бірі. Гипертензия 40-50 жастағы ерлердің 25% -ында кездеседі. Зерттеудің бұл түрінде гипертензияның 40% -дан астамы бірінші рет анықталады, дегенмен көптеген жағдайларда мақсатты органдарда айқын өзгерістер де анықталады. Бұл жағдайлар емханаға қандай да бір себептермен баратын әрбір адамның қан қысымын өлшеу қажеттілігіне тағы бір рет көз жеткізеді.

Дені сау адамдарда қан қысымы жүректің, қан тамырларының және олардың қызметін реттейтін функционалдық жүйелердің (жүйке және гуморальды) физиологиялық өзара әрекеттесуімен анықталатын қатаң белгіленген шектерде болады. Артериялық қысымның деңгейі, бір жағынан, жүректің систолалық және диастолалық функцияларының күйіне байланысты жүректің шығарылымының шамасымен, ал екінші жағынан, артериялық тамырлы төсеніштің қан ағымына (жалпы перифериялық артериялық қан тамырларының кедергісі - TPAR) қамтамасыз ететін қарсылығымен анықталады. Демек, қан қысымының жоғарылауына жауап беретін механизмдер жалпы шеткергі тамырлар кедергісінің жоғарылауы немесе қан тамырларының қарсылық деңгейіне сәйкес келмейтін жүрек соғысының жоғарылауы немесе екеуінің комбинациясы болуы мүмкін. Сұйықтықтың тамыршілік және тамырдан тыс көлемінің ұлғаюы белгілі бір мәнге ие болады. Артериялық қысымның жоғарылау механизмін талдаған кезде, сондай-ақ қанның жүрекке қайтарылуына, демек, жүректің шығуына әсер ететін ірі негізгі артериялық тамырлардың созылуына және веноздық жүйенің тонусының жай-күйіне назар аудару керек.

Қан қысымының мәніне вегетативтік жүйке жүйесінің күйі, әсіресе симпатикалық жүйе, гормондық және басқа да биологиялық белсенді заттардың әсері (соның ішінде жүрекшелік натриуретикалық фактор, брадикининдер және т және оның бейімделу ауытқуларының сәйкестігі. Өртүрлі тітіркендіргіштерге қан айналымы жүйесінің реактивтілігін алдын ала анықтайтын тұқым қуалаушылықтың маңызы кем емес. Қазіргі уақытта гипертензияның полигональды ауру екенін мойындауға негіз бар.

Жүрек бұлшықетінің зақымдануы бірқатар патологиялық жағдайларда байқалуы мүмкін: миокард инфарктісі, миокардит, миокард дистрофиясы, кардиосклероз, кардиомиопатия. Барлық осы жағдайлар өте ерекше, әртүрлі клиникалық көрініспен сипатталады, сонымен қатар жүрек бұлшықетінің зақымдану синдромына біріктірілуі мүмкін кейбір жалпы белгілерге ие.

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Ішкі аурулар пропедевтикасы» кафедрасы Пән бойынша дәріс кешені «Патологиядағы жүрек-тыныс алу жүйесі»		47 / 11 () 156. 16

Белгілі болғандай, миокард бірқатар ерекше функцияларды орындайды. Бұл автоматизм, қозғыштық, өткізгіштік және жиырылғыштық. Жүрек бұлшықетінің зақымдануының орналасуына байланысты бұл синдромның әртүрлі көріністері болуы мүмкін. Осылайша, жүректің өткізгіш жүйесі зақымдалғанда әртүрлі ырғақ бұзылыстары байқалады, кардиомиоциттердің зақымдануы ауырсынудың пайда болуына және жүректің жиырылу қабілетінің төмендеуіне әкеледі. Соңғысы жүрек жеткіліксіздігі синдромының дамуына әкеледі, оның көріністері бұрын сипатталған.

Жүрек бұлшықетінің зақымдануы бар науқастар ауырсынуға, жүректегі әртүрлі ыңғайсыздыққа, жүрек соғуына және жүрек жұмысының үзілуіне шағымдана алады. Ауырсыну стенокардия тәрізді болуы мүмкін (қысу, пароксизмальды, төс сүйегінің артында локализацияланған, сол қолға сәулелену, иық пышақ астында), сонымен қатар ауырсыну, шаншу, ұзартылған, негізінен жүрек ұшында локализацияланған, әдетте, сәулеленусіз.

Тексеру кезінде қан айналымының бұзылуына тән белгілер анықталады (алдыңғы бөлімде сипатталған).

Жүрек бұлшықетінің зақымдануының ең сенімді белгілері: аритмиялық импульс, салыстырмалы жүректің сол жақ шекарасының сыртқа ығысуы, жүрек ұшында бірінші жүрек дыбысының әлсіреуі және жүректің проекциясынан аспайтын систоалық шу, сонымен қатар «маятник тәрізді» ырғақ немесе «галлоп».

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

Рентгенограммада жүрек көлеңкесінің көлденең қимасында кеңеюі және әлсіреген, кейде аритмиялық, пульсация байқалады.

Эхокардиографиялық зерттеу миокардтың жалпы және жергілікті жиырылу қабілетінің бұзылуын (гипокинезия, акинезия, дискинезия), оның гипертрофиясы немесе жұқаруы, жүрек қуыстарының кеңеюі және соған байланысты клапан жеткіліксіздігін анықтауға мүмкіндік береді.

Коронарлық жеткіліксіздік синдромы науқастың денсаулығына әсер етуіне, сондай-ақ өлімге әкелетін жағдайлардың қаупіне, диагностикалық қиындықтарға және әлеуметтік маңыздылығына байланысты медициналық тәжірибедегі ең жетекші мәселелердің бірі болып табылады.

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

Коронарлық синдром жедел және созылмалы түрге бөлінеді. Жедел формаларға тұрақсыз стенокардия жатады; бірінші пайда болды; прогрессивті, жиілігі жоғарылаған, шабуылдардың ұзағырақ ұзақтығы, физикалық белсенділікке төзімділіктің төмендеуі және антиангинальды терапияның жеткіліксіз тиімділігі; жедел миокард инфарктісі; инфаркттан кейінгі ерте стенокардия. Созылмалы түрлері: стенокардия: тыныштықтағы стенокардия.

Жүректің ишемиялық ауруы – жүректің коронарлық артерияларының саңылауларының тарылуына байланысты миокардтың оттегіге қажеттілігі мен оның жеткізілуі арасындағы сәйкессіздіктен туындаған жүрек бұлшықетінің жедел немесе созылмалы зақымдануы.

Коронарлық тамырлардағы атеросклеротикалық өзгерістер коронарлық спазмға сезімталдықты арттырады. Мұндай тамырлар вазодилатациялық әсерге жауап бермейді.

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Ішкі аурулар пропедевтикасы» кафедрасы	47 / 11 ()
Пән бойынша дәріс кешені «Патологиядағы жүрек-тыныс алу жүйесі»	166. 16

Кеменің люмені 30-45% -ға азайған кезде, максималды қан ағынының шамасы төмендей бастайды. Сол жақ коронарлық артерияның негізгі магистралінің 50% тарылуы, ишемиялық ұстамалардың пайда болуы мүмкін.

4. Иллюстрациялық материал: презентация

5. Әдебиет: силлабустың соңғы бетінде көрсетілген

6. Бақылау сұрақтары:

1. Артериялық гипертензияға қан қысымының қандай сандары сәйкес келеді?
2. Жүректің ишемиялық ауруы бар науқастарда аускультация кезінде қандай өзгерістерді анықтауға болады?
3. Жүректің ишемиялық ауруы кезінде ЭКГ-да қандай өзгерістерді анықтауға болады?
4. Артериялық гипертензияның қандай көрсеткіштері шекаралық артериялық гипертензияға жатады?
5. Гипертония және жүректің ишемиялық ауруы синдромына байланысты негізгі шағымдар қандай?
6. Коронарлық жетіспеушілік синдромы дегеніміз не?
7. Коронарлық жеткіліксіздіктің дамуының себептері қандай?
8. Коронарлық жеткіліксіздіктің қандай түрлерін білесіз?
9. Атеросклероз дегеніміз не?
10. Коронарлық жеткіліксіздіктің жедел түрлері қандай?