

ONTÜSTİK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Ішкі аурулар пропедевтикасы» кафедрасы		47 / 11
«Патологиядағы асқорыту және эндокринді жүйе» пәні бойынша дәрістер кешені		1 стр. из 9

ДӘРІС КЕШЕНІ

Пәннің атауы: "Патологиядағы ас қорыту және эндокриндік жүйе"

Пән коды: PESDP 3215

ББ атауы және шифры: 6В10116 - «Педиатрия»

Оқу сағаты/кредит көлемі: 180 сағат / 6 кредит

Курс және оқу семестрі: 3 курс, V семестр

Дәріс көлемі: 2 сағат

Шымкент, 2024г.

ONTÜSTİK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Ішкі аурулар пропедевтикасы» кафедрасы		47 / 11
«Патологиядағы асқорыту және эндокринді жүйе» пәні бойынша дәрістер кешені		2 стр. из 9

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

Хаттама: № 10 « 31 » 05 2024 ж.

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

Бекмурзаева Э.К.

ONTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Ішкі аурулар пропедевтикасы» кафедрасы		
«Патологиядағы асқорыту және эндокринді жүйе» пәні бойынша дәрістер кешені		47 / 11 3 стр. из 9

Дәріс №1

1. Тақырыбы. Шағымдары, сұрастыру, жалпы тексеру және ас қорыту, гепатобилиарлы жүйенің патологиясы бар науқастарды зерттеу әдістері. Диагностикалық маңызы. Жетекші клиникалық синдромдар: (асқазан және ішек диспепсиясы) гастроэнтерологияда; (сарғаю және бауыр жеткіліксіздігі) гепатологияда. Ас қорыту және гепатобилиарлық жүйе патологиясы бар науқастарды сұрау, шағымдар, жалпы тексеру және зертханалық және аспаптық зерттеу әдістері. Образцов әдісімен іштің беткей және терең пальпациясы, Курлов бойынша бауырдың перкуссиясы және пальпациясы, іш қуысы мүшелерінің аускультациясы: асқазанның төменгі шекарасын анықтау. Диагностикалық маңызы. Асқазан мен ішек диспепсиясы синдромының дамуына әкелетін бейімділік факторлары мен себептері; сарғаю синдромы және бауыр жеткіліксіздігі. Клиникалық ерекшеліктері.

2. Мақсаты: білім алушыларды асқазан–ішек жолдары (асқазан–ішек жолдары) және гепатобилиарлық жүйе ауруларының қауіп факторларын, себептерін, клиникалық ерекшеліктерін анықтауға үйрету.

3. Дәріс тезистері:

Дисфагия - бұл тамақтың өңеш арқылы өтуінің бұзылуы. Бұл өңеш ауруларында жиі кездесетін белгілердің бірі. Науқас өңештің кептеліп қалғанын сезінеді (өңеш тарылып кетеді) және ол ауырады. Дисфагия өңештің органикалық немесе функционалды тарылуынан болады. Біртіндеп органикалық тарылу басталады, ол қатерлі ісік кезінде күшейеді. Қатерлі ісік бұзылған кезде өңештің өткізгіштігі уақытша болса да қалпына келеді деген сезім пайда болады. Бөгде зат өңешке түскенде, сондай-ақ улы заттардың әсерінен өңештің шырышты қабаты жанғанда, дисфагия бірден пайда болады. Ол сондай-ақ сыртқы денелердің өңешке түсіп, оны қысуына байланысты пайда болуы мүмкін, көбінесе жүрек аневризмасы, жүрек қапшығының ісігі. Өңештің функционалды тарылуы, сөзсіз, өңеш бұлшықеттерінің рефлекторлығынан, яғни невроздағы иннервацияның бұзылуынан, сондай-ақ өңеш бұлшықеттерінің қатты тарылуы мен жиырылуынан болады.

Ауру (доллар) - бұл өңештің шырышты қабығының қабынуымен, яғни эзофагитпен байқалатын ауру. Өңештің шырышты қабаты сілтілер мен қышқылдардың әсерінен күйіп қалғанда, науқас өңештің бүкіл ұзындығында ауырсынуды сезінеді. Өңеш ауруы иық пышағының екі ортасына өтеді. Кардия ахалазиясы ауырсыну кезінде ауырсыну әдетте арқаға, төс сүйегінің жоғарғы бөлігіне, мойынға, иектің астына, жаққа беріледі. Аурудың ұзақтығы бірнеше минутқа немесе сағатқа созылуы мүмкін. Кеуде септумындағы қуысында жарығы асқазан-өңеш рефлюкс ауруы кезінде ауырсыну кеуде қуысының сол жағына өтіп, жүрек ауруы сияқты сезінетінін көрсетеді.

Құсу (eresis, votitus) — бұл өңештің тарылуынан болады. Тамақ оң жақ бұлшықеттің тарылған бөлігінің үстінде жиналады, онда ол кеңейеді және бұлшық еттерінің жиырылуы нәтижесінде тағамды рефлекс ретінде сыртқа итереді. Құсу бірнеше белгілермен сипатталады: ол кекірусіз жүреді, науқас тамақ тоқтап қалғанын сезеді. Құсудың құрамын зерттеген кезде оның құрамында қорытылмаған тамақ қалдықтары немесе тұз қышқылы, пепсин бар-жоғын тексеру қажет. Егер құсуда пірік иіс пайда болса, бұл өңеш дивертикуласын немесе қатерлі ісіктің ыдырауын көрсетеді. Тамақтың өңештен оралуы өңештің тарылған жерінен өте алмайтындықтан болады. Бұл белгі көбінесе жүйке жүйесінің ауруларында байқалады. Сонымен қатар, бұл өңештің төменгі бөлігінің тарылуынан да туындауы мүмкін. Сілекейдің ағуы-бұл белгі эзофагитте кездеседі. Өңештің тарылуы (тарылуы) кейде қатерлі ісікке байланысты болады. Шіріген иіс сезімі-өңеш қатерлі ісігі мен кардия ахалазиясында ас үй қалдықтарының жиналуына және

ONTÜSTİK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Ішкі аурулар пропедевтикасы» кафедрасы		
«Патологиядағы асқорыту және эндокринді жүйе» пәні бойынша дәрістер кешені		47 / 11 4 стр. из 9

олардың шіріп кетуіне байланысты пайда болады. Күйдіргіштің симптомы (rigosis) — бұл төс сүйегінің төменгі бөлігінде сезіледі. Бұл сонымен қатар асқазандағы тамақ қалдықтарының өңештің төменгі бөлігіне оралуынан және эзофагит рефлюксінен (кері ағу) пайда болуынан туындайды.

Қан кету. Бұл өңештің жарасында байқалады, сонымен қатар бөгде заттардың әсерінен өңештің жарақаттануынан, қатерлі ісіктің ыдырауынан болады. Кейде өңештің кеңейтілген венасы қан тамырынан қан кетуден, оның шырышты қабатының өңеш пен асқазанның кардиальды бөлігімен қосылуынан, оның аймағындағы кернеудің жоғарылауынан, тамырлардың аздап жыртылуынан (Меллори-Вейс синдромы) пайда болады. **Ауру тарихы.** Аурудың ағымы өңештің органикалық зақымдануымен және оның функционалды ауруларымен күшейеді (кардия ахалазиясы) кейде психикалық себептерге байланысты кезектесіп ауысуы мүмкін. Науқастың өмір тарихын зерттеу нәтижесінде өңештің күйіп қалуын анықтауға болады (сілтімен, қышқылмен). Оның бұрын қандай басқа аурумен, әсіресе мерезбен ауырғанын білу керек. Науқастың шағымы дисфагиямен, кейде мерездің өзгеруімен байланысты. Өңештің бүйір қабырғасының болуы бұрын болған бронхоаденитпен, әсіресе туберкулезбен байланысты болуы мүмкін. Физикалық зерттеу әдістері. Өңеш ауруларын диагностикалаудағы физикалық зерттеу әдістерінің маңызы аз, бұл өңештің анатомиялық-топографиялық орналасуына және тікелей зерттеу әдістерін қолданудың төмен әлеуетіне байланысты. Жалпы тексеру кезінде пациенттің қатты шаршағанын байқауға болады, өйткені өңеш қатерлі ісігі мен ахалазия кезінде өңештің төменгі ағымы бұзылады. Өңештің ұзаққа созылған тарылуын сезінгенде, оның жоғары бөлігі біршама кеңейеді, бұл өкпені біртіндеп қысып, тыныс алудың шектеулі тарылуын тудыруы мүмкін.

Аспаптық және зертханалық зерттеу әдістері.

Рентгенологиялық зерттеу. Рентгенологиялық зерттеу кезінде пациент контрастты затты жұтады, оны өңеш арқылы өткізген кезде шырышты қабатының жағдайы, моторикалық қызметі, орны, пішіні, көлемі және контуры зерттеледі. Қазіргі уақытта рентгендік әдістің келесі түрлері қолданылады: контрастты флюороскопия және рентгенография, екі есе күшейтілген контраст әдісі, рентгендік кимография, рентгендік телевизия, рентгендік кинематография, компьютерлік томография, пневмомедиастинография, ядролық магниттік резонанс және т. б. Рентген сәулелері, әсіресе пациенттің әртүрлі жағдайлардағы жағдайының өзгеруімен, көптеген ақпарат береді.

Эзофагоскопия.

Эзофагоскопия рентген әдісіне қарағанда өңештің қатерлі ісігі мен ойық жарасын, шырышты қабықтың зақымдануын (қабыну, атрофия, геморрагиялық және эрозиялық өзгерістер) сипаттағанда көбірек деректер береді. Қажет болса, биоптат өңештің шырышты қабатынан алынады, алынған материал гистологиялық және бактериологиялық зерттеуге жіберіледі.

Эзофагоскопия бірқатар емдік манипуляцияларға мүмкіндік береді: өңештің кеңеюі (жойылуы), варикожды тамырлардың склерозы, полипэктомия, қан тамырларын электр тогымен күйдіру.

Цитологиялық зерттеу. Бұл әдіс өңеш қатерлі ісігін зерттеу үшін де қолданылады. Материал ретінде өңешпен жуылған су немесе кілегей қабаты зақымдалған немесе күдіктенген жерден жағынды алып зерттелінеді.

Құрсақшілік РН-метрия. 10 секунд ішінде өлшенген тағамдық РН 4,0-ден төмен көрсеткіш асқазан қышқылының мазмұны өңешке (гастроэзофагальды рефлекс) үнемі көтеріліп келе жатқанының белгісі болып табылады.

Өңеш манометриясы. Бұл әдіс өңеш бұлшықеттерінің жиырылу қабілетін зерттейді. Сенсорлы өңештің әртүрлі деңгейлеріне орналастырылады. Науқасқа бір жұтым су беріледі. Қалыпты жағдайда өңештің төменгі сфинктері аймағындағы қысым 20-40 мм. сынап бағанасына тең. Ахалазияда қысым мен сфинктердің босансу қабілеті артады.

Балло кимографиялық әдіс. Бұл әдіс өңештің Функционалды және құрылымдық өзгерістерін анықтау үшін қолданылады. Шетінде жұқа резекден жасалған баллон орнатылған суға батыру

ONTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Ішкі аурулар пропедевтикасы» кафедрасы		
«Патологиядағы асқорыту және эндокринді жүйе» пәні бойынша дәрістер кешені		47 / 11 5 стр. из 9

науқасқа дем алады, оған шамамен 100-200 мл келеді. ауа жіберіледі. Сүнгүірдің екінші ұшын тіркеу құралына қосу арқылы эзофагограмма жазылады. Бұл әдісті қолдана отырып, өңеш бұлшықеттерінің жиырылу Күшін, ритімін, жиілігін (минутына 3 рет), толқындардың жиырылуын анықтауға болады.

Фармакологиялық сынақтар. Науқасқа тіл астына нитроглицерин енгізіледі немесе бұлшықет ішіне атропин ерітіндісі енгізіледі. Функционалдық сипаты өзгерген кезде тарылған оң бұлшықеттің тонусы төмендейді, оның өткізгіштігі жақсарады. Өңештің органикалық тарылуымен мұндай құбылыс байқалмайды.

Эзофагит (oesophagitis) — өңештің қабынуы, әдетте оның шырышты қабығына әсер етеді, бірақ ауыр жағдайларда оның терең қабаттары да зақымдалады. Жедел, жеделдеу және созылмалы эзофагиттерді ажыратылады.

Қатерлі ісік-өңештің жиі кездесетін және ауыр ауруларының бірі. Ас қорыту жолдарының қатерлі ісіктерінің құрылымында ол 20% құрайды. Өңештің қатерлі ісігін негізінен ер адамдар ауырады, әдетте 55 жастан асқан.

Асқазан ауруларының кең тобына даму ауытқулары, оның моторлық және секреторлық функцияларының әртүрлі функционалдық бұзылыстары (дискинезиялар, асқазанның функционалдық гиперсекрециясы және ахилия), қабыну сипатындағы аурулар (жедел және созылмалы гастрит), ойық жара ауруы, полиптер, қатерсіз және қатерлі ісіктер, асқазан дивертикулалары жатады. Сондай-ақ, туберкулез, мерез кезінде асқазанның ерекше зақымдануы болуы мүмкін. Асқазанның жиі кездесетін ауруларына гастрит, асқазан жарасы, асқазан қатерлі ісігі жатады.

Ас қорыту жеткіліксіздігі (бұзылу) синдромы (син.: мальдигестия синдромы) - ас қорыту жолындағы ас қорытудың бұзылуымен сипатталатын симптомдық кешен.

Ас қорытудың бұзылуының келесі формалары бар: 1) көбінесе диспепсия ретінде белгіленетін негізінен қуыс ас қорытудың бұзылуы сөздің кең мағынасында (грек тілінен). dyspepsia: функцияның бұзылуын білдіретін Dys префиксі, "қиындық", pepsio — ас қорыту); 2) ішектің қабырғалық ас қорытуының бұзылуы; 3) аралас формалар.

Ас қорыту бұзылыстарының (диспепсия) жедел, жеделдеу және созылмалы түрлері де бар.

Ішектің жеткіліксіз сіңу синдромы (син.: мальабсорбция синдромы) - аш ішекте сіңу процестерінің бұзылуына байланысты пайда болатын симптомдық кешен.

Көбінесе ас қорыту жеткіліксіздігі синдромымен біріктіріледі.

Дуоденит (duodenitis) деп он екі елі ішектің шырышты қабығының қабынуы мен құрылымдық қайта құрылуы байқалатын жедел немесе созылмалы (жиі) ауру түсініледі.

Созылмалы энтерит (enteritis chronica) - бұл ұзақ уақытқа созылатын ауру, онда аш ішектің шырышты қабығында қабыну және дистрофиялық өзгерістер байқалады.

Созылмалы колит (Colitis chronica) деп ұзақ уақытқа созылатын ауруымен түсіндіріледі, онда қабыну және дистрофиялық өзгерістер негізінен тоқ ішектің шырышты қабығында дамиды.

Холецистит (cholelstitis) — өт қабының қабынуы. Бұл ауру әйелдерде жиі кездеседі.

Созылмалы холецистит жедел аурудан кейін пайда болуы мүмкін, бірақ көбінесе ол өздігінен және біртіндеп дамиды.

Ұйқы безінің экссекреторлық жеткіліксіздігі — негізгі ас қорыту ферменттері бар шырынның ұйқы безінің бөлінуінің бұзылуымен сипатталатын симптоматикалық кешен: трипсин, липаза, амилаза және т.б. (олардың 15-тен астамы), сондай-ақ осы ферменттердің әрекеті үшін оңтайлы орта реакциясын қамтамасыз ететін гидрокарбонаттар. Ұйқы безінің экзокриндік жеткіліксіздігі бастапқы (туа біткен) және қайталама (жүре пайда болған) болуы мүмкін.

Панкреатит (rnsreatitis) — ұйқы безінің қабынуы. Жедел және созылмалы панкреатит бар.

Созылмалы панкреатит (rnsreatitis chropisa) көп жағдайда 30-70 жас аралығындағы әйелдерде кездеседі. Ол жедел панкреатиттен кейін немесе жедел этиологиялық факторлардың әсерінен

ONTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Ішкі аурулар пропедевтикасы» кафедрасы		
«Патологиядағы асқорыту және эндокринді жүйе» пәні бойынша дәрістер кешені		47 / 11 6 стр. из 9

тікелей созылмалы түрінде дамуы мүмкін. Ерлерде созылмалы панкреатит көбінесе созылмалы алкоголизмнің салдары болып табылады.

Сарғаю (icterus) — бұл тіндер мен қандағы билирубиннің жоғарылауына байланысты терінің және шырышты қабаттардың сарғаюы. Нағыз сарғаюы бар науқастарда зерттеуге алынған қан сарысуы да азды-көпті қаныққан сары түске ие болады.

Сарғаю несептің түсінің өзгеруімен бірге жүреді, кейде олар қою сары немесе қоңыр (сыра түстері) түске ие болады және ішек қозғалысы пайда болады. кейбір жағдайларда олар жеңілірек немесе мүлдем түссізденеді, ал басқаларында олар қою кара қоңыр түске ие болады.

Сарғаю тез, 1-2 күн ішінде пайда болуы мүмкін. қарқындылықтың едәуір дәрежесіне жету немесе біртіндеп айқын емес (субиктеризм). Көбінесе пациенттердің өздері (немесе айналасындағылар) терінің сарғаюының пайда болуын байқайды, бұл оларды дәрігерге қарауға мәжбүр етеді. Кейбір жағдайларда сарғаю терінің қышуымен, мұрыннан және асқазан-ішек жолынан терінің геморрагиялық қан кетуімен бірге жүруі мүмкін.

Сарғаю бауырдың, өт жолдарының және қан жүйесінің көптеген ауруларында, сондай-ақ басқа органдар мен жүйелердің ауруларында пайда болуы мүмкін. онда билирубин алмасуы екінші рет бұзылады. Сарғаюмен бірге жүретін бірқатар клиникалық белгілер белгілі бір дәрежеде аурудың әр жағдайында оның түрі мен себебін көрсетеді. Сарғаюдың әртүрлі түрлерін дәл диагностикалау арнайы зертханалық зерттеу әдістерін қолдану арқылы мүмкін болады.

Порталдық гипертензия портал венасындағы қан қысымының тұрақты жоғарылауымен сипатталады және портокавальды анастомоздардың кеңеюімен, асцитпен және көкбауырдың ұлғаюымен көрінеді.

Порталдық гипертензия қақпа венасынан қан ағымының бұзылуына байланысты пайда болады, оны сыртынан қысу (ісік, қатерлі ісік метастаздары кезінде бауыр қақпасының лимфа түйіндерінің ұлғаюы және т.б.) немесе бауыр паренхимасының созылмалы зақымдануы (цирроз кезінде) немесе қақпа венасының немесе оның тармақтарының тромбозы кезінде оның бауырішілік тармақтарының бір бөлігінің облитерациясы. Бауыр циррозында өлген бауыр жасушаларының орнында дәнекер тіннің өсуі және кейіннен тыртықтануы бауыр синусоидтары мен бауыр ішілік тамырлардың бір бөлігінің тарылуына немесе толық облитерациясына әкеледі. Нәтижесінде қан ағымына кедергі жасалады, порталдық қысым жоғарылайды, іш қуысы мүшелерінен қан ағымы бұзылады. Бұл жағдайда сұйықтықтың тамырлы төсектен іш қуысына трансудациясы күшейіп, асцит пайда болады. Бауыр циррозындағы асциттің дамуында бауырдағы альбумин синтезінің бұзылуы нәтижесінде плазманың онкотикалық қысымының төмендеуі де маңызды; бүйрек үсті бездерінің альдостерон өндірісінің жоғарылауы (қайталама гиперальдостеронизм) және бауырда оның және антидиуретикалық гормонның жеткіліксіз инактивациясы нәтижесінде натрий мен судың сақталуы маңызды.

Асциттің пайда болу мерзімі коллатеральды қан айналымының даму дәрежесіне-портокавальды анастомоздар санына байланысты. Порталдық қан айналымының бұзылуы ұзақ уақыт бойы портал венасынан қанның қалыпты анастомоздар арқылы жоғарғы және төменгі қуыс веналарға түсуі арқылы дамуы мүмкін. Порталдық гипертензияда бұл анастомоздар өте күшті дамиды.

Гепатолиенальды синдром-бауыр мен көкбауырдың бір мезгілде ұлғаюымен сипатталады, осы органдардың біреуінің алғашқы зақымдануы кезінде. Бұл ағзалардың патологиялық процестерге жалпы қатысуы (бауыр аурулары, қан жүйелері, кейбір инфекциялар, интоксикация) олардың ретикулоэндотелий ұлпасының көптігімен түсіндіріледі. Кейбір жағдайларда (мысалы, бауыр веналарының тромбозында) бауыр мен көкбауырдың бір мезгілде ұлғаюы олардағы веноздық тоқырауға байланысты. Пальпация, ультрадыбыстық және сканерлеу әдістері гепатолиенальды синдромды анықтауға мүмкіндік береді.

Бауыр жеткіліксіздігі синдромы (insufficiencia hepatis) — әртүрлі ауырлық дәрежесіндегі бауыр функциясының бұзылуының клиницистер қабылдаған белгісі. Ауыр дистрофия мен

ONTÜSTİK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Ішкі аурулар пропедевтикасы» кафедрасы		
«Патологиядағы асқорыту және эндокринді жүйе» пәні бойынша дәрістер кешені		47 / 11 7 стр. из 9

гепатоциттердің өліміне байланысты бауырдың ауыр өткір және созылмалы аурулары, бұл органның айтарлықтай компенсаторлық мүмкіндіктеріне қарамастан, оның ағза үшін көптеген және өте маңызды функцияларының терең бұзылуымен бірге жүреді.

Бауыр комасы (coma hepatica) — бауыр жеткіліксіздігінің соңғы дәрежесі. Бауыр комасының патогенезі бауыр қызметінің толығымен тоқтатылуына байланысты дененің ауыр өзін-өзі улануына дейін азаяды. Улануды ақуыздың ішекте (бактериялық) ыдырауының, метаболизмнің соңғы өнімдерінің және әсіресе аммиактың зиянсыз өнімдері тудырады. Фенолдар да уытты әсерге ие. Бауыр жеткіліксіздігімен қанда басқа улы заттар жиналады, электролит алмасуы бұзылады, ауыр жағдайларда гипокалиемиа, алкалоз пайда болады.

Бауыр ауруларының ішінде оның қабыну зақымдануы жиі кездеседі-жедел және созылмалы гепатиттер, сондай-ақ цирроз, гепатоз. Бауырдың бастапқы қатерлі ісігі сирек кездеседі, бірақ әртүрлі мүшелерден бауырға қатерлі ісіктердің метастаздары өте жиі кездеседі. Эхинококк әдетте бауырда локализацияланған: ол описторхозда және басқа да паразиттік инвазияларда да әсер етеді.

4. Иллюстрациялық материал: презентация.

5. Әдебиет: силлабустың соңғы бетінде көрсетілген

6. Бақылау сұрақтары (кері байланыс):

1. Асқорыту жүйесі ауруларының негізгі шағымдарын қандай білесіз?
2. Асқазан-ішек жолдарының патологиясы бар науқастарды жалпы тексеру кезінде қандай нәрсеге назар аудару керек?
3. Іштің пальпация түрлерін атаңыз?
4. Асқазан-ішек жолдарының патологиясы бар науқастарда іштің терең пальпациясы қандай ақпарат береді?
5. Асқазан-ішек жолдарының патологиясы бар науқастарды тексеру кезінде қандай физикалық әдістер қолданылады?
6. Өңеш ауруларына қандай синдромдар тән?
7. Дисфагия синдромының пайда болуына не себеп?
8. Асқазан диспепсиясы синдромының пайда болуына не себеп?
9. Ұйқы безінің экзокриндік жеткіліксіздігі синдромының пайда болуына не себеп болады?
10. Өт қабы мен ұйқы безі ауруларына қандай синдромдар тән?
11. Сарғаю дегеніміз не. Себептері, белгілері және түрлері.
12. Сарғаю синдромында қандай зертханалық және аспаптық диагностика әдістері қолданылады.
13. Бауыр жасушаларының жеткіліксіздігі синдромы қалай көрінеді. Себептері, клиникалық белгілері.
14. Бауыр-жасуша жеткіліксіздігі синдромындағы зертханалық және аспаптық диагностика әдістері.
15. Порталдық гипертензия дегеніміз не?

Дәріс №2

1. Тақырыбы: эндокриндік жүйенің патологиясы бар науқастарды зерттеу әдістері. Диагностикалық маңызы. Эндокринологиядағы жетекші клиникалық синдромдар (гипо - гипертиреоз, гипо - гипергликемия). Эндокриндік жүйенің патологиясы бар науқастардан сұрау. Эндокриндік жүйені зерттеудің физикалық әдістерінің деректері. Жалпы тексеру: бетті, қабақты, теріні тексеру; қалқанша безі мен ұйқы безін пальпациялау: әдіс.

ONTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Ішкі аурулар пропедевтикасы» кафедрасы		
«Патологиядағы асқорыту және эндокринді жүйе» пәні бойынша дәрістер кешені		8 стр. из 9

Гипо - және гипертиреоз синдромының дамуына әкелетін бейімділік факторлары мен себептері; гипо – және гипергликемия синдромы.

2. Мақсаты: білім алушыларды шағымдарды егжей – тегжейлі оқытуға, анамнестикалық деректерді бағалауға, диагностиканың зертханалық әдістерін қолданумен бірге клиникалық зерттеу әдістерін қолдану негізінде клиникалық бағалау беруге, гипо,- гипертиреоз және гипо, - гипергликемиядағы негізгі клиникалық синдромдарды бөліп көрсетуге үйрету.

3. Дәріс тезистері:

Диффузды улы зоб (син.: Базедова ауруы, morbus Basedowi) - қалқанша безінің диффузды ұлғаюы, қалқанша безінің гормондарының секрециясының жоғарылауымен бірге жүреді. Диффузды уытты зоб халықтың 0,2—0,5% - кездеседі, негізінен 20-50 жас аралығындағы адамдарда, ал әйелдерде еркектерге қарағанда бірнеше есе жиі кездеседі.

Гипотиреоз (гипотиреоз) - бұл қалқанша безінің гипофункциясымен сипатталатын ауру. "Микседема" термині (сөзбе-сөз "шырышты ісіну") дәстүрлі түрде жалпы шырышты ісінумен бірге жүретін гипотиреоздың ең ауыр түрлерін білдіреді. Ауру 40-60 жас аралығындағы әйелдерде жиі кездеседі. Оның эндокриндік аурулардың жалпы құрылымындағы үлес салмағы соңғы жылдары айтарлықтай өсті.

Инсулиннің жеткіліксіз өндірілуінің немесе әсерінің салдары болып табылатын созылмалы гипергликемия синдромымен сипатталатын эндокриндік ауру, бұл метаболизмнің барлық түрлерінің, ең алдымен көмірсулардың бұзылуына, тамырлардың зақымдалуына (ангиопатия), жүйке жүйесінің (нейропатия), сондай-ақ басқа органдар мен жүйелердің бұзылуына әкеледі. Қант диабетінің екі негізгі түрі: инсулинге тәуелді қант диабеті (инсулинге тәуелді қант диабеті) немесе I типті қант диабеті және инсулинге тәуелді емес қант диабеті (инсулинге тәуелді емес қант диабеті) немесе II типті қант диабеті. Инсулинге тәуелді қант диабетінде лангерганс аралдарының β -жасушаларының инсулин секрециясының күрт айқын жеткіліксіздігі бар (абсолютті инсулин жеткіліксіздігі), науқастар инсулинмен тұрақты, өмір бойы терапияны қажет етеді, яғни инсулинге тәуелді. Инсулинге тәуелді емес қант диабеті кезінде инсулин әсерінің жеткіліксіздігі алдыңғы қатарға шығады, перифериялық тіндердің инсулинге төзімділігі дамиды (салыстырмалы инсулин жеткіліксіздігі). Инсулинді алмастыратын терапия инсулинге тәуелді емес қант диабеті, әдетте, жүргізілмейді. Науқастар диетамен және ауызша гипогликемизаторлармен емделеді. Соңғы жылдары инсулинге тәуелді емес қант диабетінде инсулин секрециясының ерте фазасының бұзылуы орын алғаны анықталды. Барлық белгілері қант диабеті екі топқа бөлуге болады: гипергликемия белгілері және тән белгілер I немесе II типті қант диабеті.

Гипергликемияның белгілері: шөлдеу (қант диабетінің декомпенсациясы кезінде пациенттер күніне 3-5 литр немесе одан да көп сұйықтық іше алады, көбінесе түнде көп су ішеді; гипергликемия неғұрлым жоғары болса, шөлдеу соғұрлым айқын болады), полиурия, терінің қышуы, жалпы және бұлшықет әлсіздігі (бұлшықеттерде энергия, гликоген және ақуыз түзілмегенде), ауыздың құрғауы (дегидратацияға және сілекей бездерінің жұмысының төмендеуіне байланысты) және әртүрлі инфекцияларға бейімділіктің жоғарылауы.

4. Иллюстрациялық материал: презентация.

5. Әдебиет: силлабустың соңғы бетінде көрсетілген

6. Бақылау сұрақтары (кері байланыс):

ONTÜSTİK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Ішкі аурулар пропедевтикасы» кафедрасы		47 / 11 9 стр. из 9
«Патологиядағы асқорыту және эндокринді жүйе» пәні бойынша дәрістер кешені		

1. Гипертиреоз дегеніміз не?
2. Гипотиреоз немен сипатталады?
3. Қалқанша безінің гиперфункциясын қандай әдіспен анықтауға болады?
4. Диффузды зобты диагностикалау үшін қандай зертханалық және аспаптық зерттеулер қолданылады?
5. Гипергликемия синдромы дегеніміз не?
6. Гипогликемия синдромы немен сипатталады?
7. Ұйқы безінің гиперфункциясын қандай әдіспен анықтауға болады?
8. Қант диабетін диагностикалау үшін қандай зертханалық және аспаптық зерттеулер қолданылады?