

ONTÜSTİK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Ішкі аурулар пропедевтикасы» кафедрасы		47 / 11 - 2025
«Ішкі аурулар пропедевтикасы» пәні бойынша дәріс кешені		20 беттің 1 беті

ДӘРІС КЕШЕНІ

Пәні: «Ішкі аурулар пропедевтикасы»

Пәннің коды: ІАР 3226

БББ атауы: 6В10116 «Педиатрия»

Оқу сағаттары / кредиттер көлемі: 150 сағат / 5 кредит

Оқу курсы және семестрі: 3 курс / V семестр

Дәріс көлемі: 10

Шымкент, 2025 ж.

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Ішкі аурулар пропедевтикасы» кафедрасы «Ішкі аурулар пропедевтикасы» пәні бойынша дәріс кешені		47 / 11 - 2025 20 беттің 2 беті

Дәріс кешені пәнінің жұмыс бағдар жоспарына (сиплабус) сәйкес әзірленген және кафедра отырысында талқыланды.

Хаттама: № 11 « 26 » 06 2025 ж.

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

ÖNTÜSTİK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Ішкі аурулар пропедевтикасы» кафедрасы «Ішкі аурулар пропедевтикасы» пәні бойынша дәріс кешені		47 / 11 - 2025 20 беттің 3 беті

№1 дәріс

1. Тақырыбы: Тыныс алу жүйесінде патологиясы бар науқастарды сұрастыру, қарау және кеуде торшасын пальпациялау, перкуссиялау, аускультациялау. Диагностикалық мәні.

2. Мақсаты: Студенттерді тыныс алу жүйесін зерттеудің негізгі әдістерімен таныстыру. Әр әдісті дұрыс орындауға үйрету. Клиникалық белгілердің диагностикалық маңызын көрсету.

3. Дәріс тезистері:

I. Сұрастыру (анамнез жинау)

Әдістемесі: науқастың шағымдарын мұқият тыңдау, аурудың басталуын, ағымын және қоздырушы факторларын анықтау. Өмір тарихын нақтылау (шылым шегу, кәсіби зияндар, туберкулезбен байланыс).

Маңызы: жөтелдің сипаты, қақырық, қан қақыру және ентігуге қарай алдын ала диагноз қоюға болады.

II. Қарау

Әдістемесі: науқасты беліне дейін шешіндіріп, жарық жерде қарау. Кеуде торының пішінін алдыңғы, бүйір және артқы жағынан бағалау. 1 минуттағы тыныс алу жиілігін санау. Тыныс алу түрін анықтау (кеуделік, құрсақтық, аралас). Көмекші бұлшықеттердің қатысуын, цианоздың бар-жоғын анықтау.

Маңызы: плеврит кезінде тыныс асимметриясы, эмфиземада кеуде «бөшке тәрізді» болады, тыныс жеткіліксіздігінде тахипноэ және орталық цианоз байқалады.

III. Пальпация

Әдістемесі: алақандарды кеуде торының алдыңғы, бүйірлік және артқы бетіне қойып, тыныс экскурсиясын бағалау. Науқастан «бір-екі» деп дауыстап айтуын өтініп, симметриялы аймақтардағы дауыстық дірілді салыстыру. Қажет болса қабырғааралықтарды сипап, ауырсынуды анықтау.

Маңызы: өкпе тінінің тығыздалуында (пневмония) дауыстық діріл күшейеді, ал плевра қуысында сұйықтық немесе ауа жиналғанда (плеврит, пневмоторакс) әлсірейді. Тыныс экскурсиясының асимметриясы ателектазға немесе плевра экссудатына тән.

IV. Перкуссия

Әдістемесі: науқасты отырғызып немесе тұрғызып жүргізеді. Сол қолдың ортаңғы саусағын (плессиметр) кеуде бетіне тығыз қойып, оң қолдың ортаңғы саусағымен қысқа соққы жасайды. Симметриялы аймақтардағы дыбысты салыстыру (салыстырмалы перкуссия), кейін өкпе шекараларын анықтау (топографиялық перкуссия).

Маңызы: қалыптыда – анық өкпелік дыбыс. Пневмонияда – тұйық, эмфиземада – қораптық, пневмоторакста – тимпаникалық дыбыс анықталады.

V. Аускультация

Әдістемесі: науқасты отырғызып, беліне дейін шешіндіреді. Стетоскопты симметриялы аймақтарға қойып тыңдайды. Әр жерде науқастан ауыз арқылы терең тыныс алып-шығаруын сұрайды. Алдыңғы, бүйірлік және артқы бетін тыңдау қажет. Қажет болса бронхофонияны (сыбырлап «бір-екі» деу) тексереді.

Маңызы: қалыптыда – везикулярлық тыныс. Пневмонияда – бронхиальды тыныс, крепитация; бронхитте – құрғақ сырылдар; өкпе ісінуінде – майда көпіршікті ылғалды сырылдар; плевритте – плевра үйкеліс шуылы естіледі.

Қосымша зерттеулер:

Рентгенография инфильтрация ошақтарын, ісік, плевра қуысындағы сұйықтықты анықтайды. КТ және МРТ өкпенің құрылымын нақтылайды. Спирография сыртқы тыныс функциясын бағалауға қолданылады. Қақырықты зерттеу бактериологиялық, цитологиялық және молекулалық (ПТР) әдістермен жүргізіледі.

QAZAQSTAN RESPUBLIKASY QAZAQSTAN MEDICINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Ішкі аурулар пропедевтикасы» кафедрасы «Ішкі аурулар пропедевтикасы» пәні бойынша дәріс кешені		47 / 11 - 2025 20 беттің 4 беті

4. Иллюстрациялық материал: Зерттеу әдістерін бейнелейтін суреттер мен бейнематериалдар.

5. Әдебиет: Силлабус бойынша негізгі және қосымша әдебиеттер.

6. Бақылау сұрақтары:

1. Тыныс алу жүйесін зерттеудің негізгі әдістерін атаңыз.
2. Дауыстық діріл қайда күшейіп, қайда әлсірейді?
3. Эмфиземада перкуторлық дыбыс қандай?
4. Пневмония кезінде қандай аускультативтік белгілер анықталады?
5. Кеуде торын қарау кезінде қандай патологиялық белгілер көрінеді?

№2 дәріс

1. Тақырыбы: Пульмонологиядағы жетекші клиникалық синдромдар (өкпе тінінің тығыздалуы, бронх өткізгіштігінің бұзылуы, өкпеде ауаның жоғарылауы). Жетекші клиникалық синдромдар (өкпеде Сұйықтық пен қуыстың болуы, тыныс алу жеткіліксіздігі).

2. Мақсаты: Студенттерге пульмонологиядағы негізгі клиникалық синдромдарды, олардың клиникалық көрінісін, физикалық зерттеу әдістерімен анықталу ерекшеліктерін және диагностикалық маңызын түсіндіру.

3. Дәріс тезистері:

I. Өкпе тінінің тығыздалу синдромы

Себептері: пневмония, ателектаз, өкпе инфаркті, ісіктер.

Клиникалық белгілері:

- Тыныс алу экскурсиясының шектелуі.
- Дауыстық дірілдің күшеюі.
- Перкуссияда – тұйық дыбыс.
- Аускультацияда – бронхиалды тыныс, крепитация, ұсақ көпіршікті сырылдар.

Маңызы: пневмония, инфильтративті туберкулез сияқты ауруларды ерте анықтауға мүмкіндік береді.

II. Бронх өткізгіштігінің бұзылу синдромы

Себептері: жедел және созылмалы бронхит, бронхиалды астма, бөгде зат.

Клиникалық белгілері:

- Экспираторлық ентигу.
- Ұзақ сырылдаған тыныс шығару.
- Перкуссияда – қораптық дыбыс (гипервентиляцияда).
- Аускультацияда – құрғақ сырылдар (свистящие, жужжащие).

Маңызы: бронхиалды астманы, обструктивті бронхитті, бөгде затпен бітелуді ажыратуға мүмкіндік береді.

III. Өкпеде ауаның жоғарылауы (эмфизема синдромы)

Себептері: созылмалы обструктивті аурулар (ХОБЛ), бронхиалды астма, өкпе тінінің деструкциясы.

Клиникалық белгілері:

- «Бөшке тәрізді» кеуде торы.
- Тыныстың беткей және жиі болуы.
- Перкуссияда – қораптық дыбыс.
- Тыныс шуы әлсіреген.

Маңызы: өкпенің созылмалы ауруларын диагностикалауда негізгі белгі.

IV. Өкпеде сұйықтық пен қуыстың болуы

Себептері: плевра экссудаты, гидроторакс, іріңдік (абсцесс), каверна, булла.

Клиникалық белгілері:

- Перкуссияда: сұйықтықта – тұйық дыбыс, қуыста – тимпаникалық дыбыс.

ONTÜSTİK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SKMA - 1979 -	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Ішкі аурулар пропедевтикасы» кафедрасы			47 / 11 - 2025
«Ішкі аурулар пропедевтикасы» пәні бойынша дәріс кешені			20 беттің 5 беті

- Аускультацияда: қуыста – амфорикалық тыныс, сұйықтық үстінде – тыныс шуының әлсіреуі. Маңызы: плевритті, өкпе абсцесін, кавернозды туберкулезді анықтауда маңызды.

V. Тыныс алу жеткіліксіздігі синдромы

Себептері: өкпенің созылмалы және жедел аурулары, кеуде жарақаттары, өкпе ісіктері.

Клиникалық белгілері:

- Ентігу (тыныс жиілеуі, терең еместігі).
- Цианоз (тері мен шырышты қабаттардың көгеруі).
- Қосымша бұлшықеттердің тыныс алуға қатысуы.
- Артериялық қандағы оттегі қысымының төмендеуі (гипоксемия).

Маңызы: өмірге қауіпті жағдайларды (өкпе ісінуі, жедел респираторлық дистресс-синдром) ерте анықтауға көмектеседі.

Қосымша зерттеулер:

- Рентгенография, КТ, МРТ.
- Спирография, пневмотахометрия.
- Қақырық микроскопиясы, бактериологиялық зерттеу.
- Қан газдарын талдау.

4. Иллюстрациялық материал: Суреттер, рентгенограммалар, клиникалық бейнелер.

5. Әдебиет: Силлабус бойынша ұсынылған негізгі және қосымша әдебиеттер.

6. Бақылау сұрақтары:

1. Өкпе тінінің тығыздалу синдромына тән белгілерді атаңыз.
2. Бронх өткізгіштігінің бұзылуы кезінде қандай сырылдар естіледі?
3. Эмфизема синдромының негізгі физикалық белгілері қандай?
4. Өкпедегі қуыстарды қалай анықтауға болады?
5. Тыныс алу жеткіліксіздігінің негізгі клиникалық көріністерін атаңыз.

№3 дәріс

1. Тақырыбы: Жүрек-қантамыр жүйесінде патологиялары бар науқастарды сұрастыру, қарау, пальпация, перкуссия және аускультация. Диагностикалық мәні.

2. Мақсаты: Студенттерді жүрек-қантамыр жүйесін клиникалық зерттеу әдістерімен таныстыру. Әр зерттеу тәсілін дұрыс орындауға үйрету. Жүрек пен қан тамырларының ауруларын анықтауда клиникалық белгілердің диагностикалық маңызын көрсету.

3. Дәріс тезистері:

I. Сұрастыру (анамнез жинау)

Шағымдар:

- Жүрек тұсындағы ауырсыну (стенокардия, миокард инфаркті).
- Ентігу (жүрек жетіспеушілігі, өкпе гипертензиясы).
- Жүрек қағуы, аритмия сезімі.
- Әлсіздік, бас айналу, естен тану (ритм бұзылыстары, гипотензия).
- Аяқтың ісінуі, бауырдың ұлғаюы (оң жақ қарыншалық жеткіліксіздік).

Маңызы: шағымдардың сипаты, ұзақтығы, қоздырушы факторлары (физикалық жүктеме, эмоциялық стресс) жүрек патологиясының түрін анықтауға көмектеседі.

II. Қарау

- Жалпы жағдайы: бозару, акроцианоз, еріннің көгеруі.
- Ісінулер: аяқта, көз астында, ауыр жағдайда – анасарка.
- Жүрек аймағы: жүрек түрткісінің күшеюі немесе ығысуы.
- Мойын көктамырларының білеуленуі (жоғарғы қуыс венасының іркілісі, оң жүрек жеткіліксіздігі).

QONTÜSTİK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Ішкі аурулар пропедевтикасы» кафедрасы «Ішкі аурулар пропедевтикасы» пәні бойынша дәріс кешені		47 / 11 - 2025 20 беттің 6 беті

Маңызы: жалпы көрініс арқылы жүрек жеткіліксіздігін, жүрек ақауларын, үлкен қанайналым шеңберіндегі іркілістерді бағалауға болады.

III. Пальпация

- Жүрек түрткісі: орналасуы, күші, ауданы. Сол қарыншаның гипертрофиясында – күшейген, ығысқан.
- Патологиялық діріл («мысық пырылы»): систолалық немесе диастолалық шу кезінде сезіледі (митралды стеноз, аорталық стеноз).
- Перифериялық тамыр соғысы: жиілігі, ырғағы, толуы, кернеуі.

Маңызы: жүрек қуыстарының гипертрофиясы мен кеңеюін, клапандық ақауларды анықтауға мүмкіндік береді.

IV. Перкуссия

- Жүрек шекараларын анықтау: салыстырмалы және абсолютті жүрек тұйықтығы.
- Жүрек пішіні: қалыптыда – конустәрізді.
- Патология: шекаралардың кеңеюі (кардиомегалия, экссудативті перикардит), ығысуы (өкпе патологиясы, ісіктер).
- Маңызы: жүрек көлемінің ұлғаюын, жүрек қуыстарының гипертрофиясы мен дилатациясын, перикард қуысының сұйықтықпен толуын анықтауға болады.

V. Аускультация

Жүрек тондары:

- I және II тондардың күшеюі немесе әлсіреуі.
- III және IV қосымша тондардың пайда болуы (жүрек жеткіліксіздігі, дилатация).

Шулар:

- Органикалық: клапан ақауларында (митралды стеноз, аорталық жеткіліксіздік).
- Функционалдық: анемия, тахикардия, тиреотоксикозда.

Ырғақ бұзылыстары: экстрасистолия, мерцательная аритмия, жүрек блокадалары.

Маңызы: жүрек ақауларын, клапан патологиясын, жүрек жеткіліксіздігін нақтылауға мүмкіндік береді.

Қосымша зерттеулер

- Электрокардиография (ЭКГ).
- Эхокардиография (ЭхоКГ).
- Холтерлік мониторинг.
- Қан қысымын тәуліктік бақылау.
- Зертханалық әдістер (тропонин, BNP).

4. Иллюстрациялық материал: Жүрек соғысын тыңдау нүктелері, ЭКГ суреттері, рентгенограммалар.

5. Әдебиет: Силлабус бойынша негізгі және қосымша әдебиеттер.

6. Бақылау сұрақтары

1. Жүрек патологиясы бар науқастардың негізгі шағымдарын атаңыз.
2. Жүрек түрткісінің патологиялық өзгерістерін сипаттаңыз.
3. Перкуссия кезінде жүрек шекаралары қалай анықталады?
4. Жүрек аускультациясында қандай патологиялық шулар естіледі?
5. Жүрек жеткіліксіздігінің негізгі белгілерін атаңыз.

№4 дәріс

1. Тақырыбы: Кардиологиядағы жетекші клиникалық синдромдар (қан қысымының жоғарылауы және жүректің ишемиялық ауруы. Жедел және созылмалы коронарлық жеткіліксіздік. Қакпақша аппаратының зақымдануы).

ÖNTÜSTİK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Ішкі аурулар пропедевтикасы» кафедрасы «Ішкі аурулар пропедевтикасы» пәні бойынша дәріс кешені		47 / 11 - 2025 20 беттің 7 беті

2. Мақсаты: Студенттерді артериялық гипертензия (АГ) мен жүректің ишемиялық ауруының (ЖИА) негізгі белгілерімен, олардың даму механизмдерімен таныстыру. ЖИА мен коронарлық жеткіліксіздіктің (жедел және созылмалы) себептерін, клиникалық көріністерін, зертханалық және аспаптық зерттеулердегі өзгерістерін түсіндіру және диагностикалық маңызын көрсету.

3. Дәріс тезистері:

I. Артериялық гипертензия (АГ)

- АГ – ең кең таралған жүрек-қан тамыр ауруларының бірі. 40–50 жастағы ерлердің 25%-ында кездеседі.
- Көп жағдайда алғаш рет тексеру кезінде анықталады, бірақ ол кезде нысана-органдарда (жүрек, ми, бүйрек, көз) айқын өзгерістер болуы мүмкін.
- Сондықтан барлық келушілерде қан қысымын өлшеу – міндетті клиникалық қадам.

Қалыпты жағдайда қан қысымы:

- Жүрек қызметі, қан тамырларының жағдайы және жүйке-гуморальдық реттелуінің нәтижесінде тұрақты диапазонда ұсталады.

- Қан қысымының деңгейі екі негізгі факторға байланысты:

1. Жүрек шығару көлемі (систолалық функция).
2. Жалпы перифериялық қан тамырларының қарсыласуы (ЖПҚТҚ).

АГ даму механизмдері:

- Жүрек шығару көлемінің артуы.
- Тамырлардың қарсыласуының жоғарылауы.
- Тамыршілік және жасушааралық сұйықтық көлемінің ұлғаюы.
- Веноздық жүйе тонусының өзгеруі → жүрекке қанның қайтуына әсер етеді.
- Вегетативтік жүйке жүйесі (әсіресе симпатикалық), гормондар (ренин-ангиотензин-альдостерон, натрийуретикалық фактор, брадикининдер) маңызды рөл атқарады.
- Генетикалық факторлар да бейімділікті арттырады.

II. Жүрек бұлшықетінің зақымдану синдромы

- Себептері: миокард инфарктісі, миокардит, миокард дистрофиясы, кардиосклероз, кардиомиопатия.
- Миокардтың негізгі қасиеттері: автоматизм, қозғыштық, өткізгіштік, жиырылғыштық.
- Өртүрлі зақымданулар аритмияға, жүрек соғуының әлсіреуіне, жүрек жеткіліксіздігіне әкеледі.

Шағымдар:

- Стенокардиялық ауырсынулар (қысатын, сол қолға, жауырын астына таралатын).
- Ұзақ, шаншитын, жүректің жоғарғы бөлігінде орналасатын ауырсынулар.
- Жүрек соғысы, үзілістер, әлсіздік.

Физикальды белгілер:

- Аритмиялық пульс.
- Жүрек шекарасының солға ығысуы.
- I тон әлсірейді, систолалық шу естіледі.
- «Маятник тәрізді ырғақ», «бөдене ырғағы».

Аспаптық зерттеулер:

- ЭКГ: ырғақ, өткізгіштік бұзылыстары, ишемия белгілері.
- Рентген: жүрек көлеңкесінің ұлғаюы.
- ЭхоКГ: миокардтың жиырылу қабілетінің бұзылыстары (гипо-, акинезия, дискинезия), гипертрофия, дилатация, клапан жеткіліксіздігі.

III. Жүректің ишемиялық ауруы (ЖИА)

- Миокардқа оттегінің жеткізілуі мен қажеттілігінің сәйкессіздігі нәтижесінде дамиды.
- Негізгі себеп – коронарлық артериялардың атеросклерозы.

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Ішкі аурулар пропедевтикасы» кафедрасы «Ішкі аурулар пропедевтикасы» пәні бойынша дәріс кешені		47 / 11 - 2025 20 беттің 8 беті

- Патогенезінде коронароспазм да маңызды рөл атқарады.

Коронарлық жеткіліксіздік түрлері:

Жедел:

- Тұрақсыз стенокардия (алғаш пайда болған, үдемелі, жиілеген ұстамалар).
- Жедел миокард инфарктісі.
- Ерте постинфаркттік стенокардия.
- Созылмалы:
- Тұрақты стенокардия (дене жүктемесіне байланысты).
- Тыныштық стенокардия.

Гемодинамикалық маңызы бар тарылу:

- Коронарлық артерия саңылауы 30—45% тарылғанда — қан ағымы төмендейді.
- Сол жақ негізгі коронарлық артерияның $\geq 50\%$ тарылуы — ишемия ұстамаларын шақырады.

3. Қосымша зерттеулер:

- Электрокардиография (ЭКГ).
- Эхокардиография.
- Холтерлік мониторинг.
- Коронарография.
- Зертханалық: тропонин, КФК, липидограмма.

4. Иллюстрациялық материал:

Презентация (қалыпты және патологиялық ЭКГ, эхокардиография, коронарография суреттері).

5. Әдебиет:

Силлабуста көрсетілген негізгі және қосымша әдебиеттер.

6. Бақылау сұрақтары (кері байланыс):

1. Қан қысымының қандай көрсеткіштері артериялық гипертензияға сәйкес келеді?
2. Артериялық гипертензия дамуының негізгі механизмдері қандай?
3. Жүрек бұлшықетінің зақымдану синдромының негізгі белгілері қандай?
4. Жүректің ишемиялық ауруы кезінде ЭКГ-да қандай өзгерістер анықталады?
5. Коронарлық жеткіліксіздіктің жедел түрлеріне не жатады?
6. ЖИА кезіндегі негізгі шағымдарды атаңыз.
7. Коронарлық жеткіліксіздіктің дамуындағы негізгі морфологиялық негіз қандай?

№5 дәріс

1. **Тақырыбы:** Кардиологиядағы жетекші клиникалық синдромдар (Жедел және созылмалы коронарлық жеткіліксіздік).

2. **Мақсаты:** Ірі және перифериялық қан тамырлардың зақымдану семиотикасы және клиникалық зерттеу әдістерін меңгеру.

3. **Дәріс тезистері:**

Аускультация

Жүректі төменде көрсетілген тәртіппен тыңдау қажет.

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

ONTÜSTİK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Ішкі аурулар пропедевтикасы» кафедрасы		47 / 11 - 2025
«Ішкі аурулар пропедевтикасы» пәні бойынша дәріс кешені		20 беттің 9 беті

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

ONTÜSTİK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Ішкі аурулар пропедевтикасы» кафедрасы		47 / 11 - 2025
«Ішкі аурулар пропедевтикасы» пәні бойынша дәріс кешені		20 беттің 10 беті

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

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

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

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

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

Қарыншаның жиырылуы мен оның бастап-қы ерекше кезеңдері:

1. Асинхронды жиырылу фазасы; бұл кезде миокардтың бар бөлігі дерлік жиырылмайды, яғни бүкіл аумағы қамтылмайды, ал қарып шаның ішіндегі қысым көтерілмейді.
2. Изометриялық жиырылу фазасы; бұл кезде миокардтың негізгі аймақтары бөліктері жиырылады, осы фазада атриовентрикулярлы қақпақшалар жабылады, сөйтіп аз да болса қарынша ішінің қысымы жоғарылай бастайды.
3. Қанды айдау фазасы: қарынша ішіндегі қысымның жоғарылауының нәтижесінде ірі қан тамырларының қақпақшалары ашылады. Сөйтіп қан өрі қарай ағады (жүреді).

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

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

ONTÜSTİK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Ішкі аурулар пропедевтикасы» кафедрасы		47 / 11 - 2025
«Ішкі аурулар пропедевтикасы» пәні бойынша дәріс кешені		20 беттің 11 беті

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

Тындағанда қарыншаның систоласын диастоладан қалай ажыратуға болады?

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

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

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

Систоланы диастоладан ажырата білу үшін, I дыбысты (тон) II дыбыстан (тон) айыра білу қажет. I дыбыс (тон) пен II дыбыстың (тон) арасында қысқа үзіліс болады, бұл қарыншаның систоласына сәйкес келеді, яғни I дыбыс пен одан кейін пайда болатын қысқа үзілістен тұрады. Қарыншаның диастоласы II дыбыс (тон), ұзақ үзілістен — алдында тұрады. Екі дыбыс та өздеріне тән қасиеттерімен ерекшелінеді.

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

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

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

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

Жүрек маңындағы басқа солқылдатулар (пульсациялар)

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

Эпигастриялық пульсация (*Хатцер симптомы*) дегеніміз - құрсақ үстінің көрер көзге жүрек соққысымен синхронды көтеріліп түсуі, ол оң жақ қарыншаның ұлғаюымен қатар құрсақ қолқасының және бауырдың соғуына байланысты болады. Егер эпигастралдық пульсация оң жақ қарыншаның соғуынан пайда болған болса, демді ішке тартқан кезде анығырақ көрінеді, ал ол құрсақ қолқасының пульсациясынан болса, керісінше дем алу кезінде азайып кішірейеді. Пальпация әдісімен бауыр пульсациясын анықтауға болады. Бауырдың соққысы көбінесе үш жармалы қақпақшаның жетіспеушілігінен пайда болады, яғни систола кезінде қан оң жақ жүрекшеден төменгі қуыс көктамырына және бауыр көктамырларына қайтып айдалуы нәтижесінде туындайды.

4. Иллюстрациялық материал: презентация.

5. Әдебиет: силлабустың соңғы бетінде көрсетілген.

6. Бақылау сұрақтары (Feedback кері байланысы):

1. «Бақа кеудесі» дегеніміз не?

2. Жүрек жеткіліксіздігінің себептері қандай?

3. Апиякальды триггер қалай сипатталады және қай жерде орналасқан?

QONTÜSTİK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Ішкі аурулар пропедевтикасы» кафедрасы «Ішкі аурулар пропедевтикасы» пәні бойынша дәріс кешені		47 / 11 - 2025 20 беттің 12 беті

4. Салыстырмалы жүрек жеткіліксіздігі қалай анықталады?
5. Неліктен абсолютті жүрек жеткіліксіздігі анықталады?

№6 дәріс

1. Тақырыбы: Асқорыту жүйесінде патологиясы бар науқастарды зерттеу әдістері. Гастроэнтерологиядағы жетекші клиникалық синдромдар (асқазан және ішек диспепсиясы). Диагностикалық мәні.

2. Мақсаты: Негізгі және клиникалық пәндерді интеграциялау негізінде студенттерді қалыпты және патологиядағы ас қорыту ағзаларын клиникалық тексеру негіздеріне оқыту, науқасты физикалық және зертханалық-аспаптық тексеру кезінде патологиялық синдромдарды диагностикалау.

3. Дәріс тезистері:

Эзофагит (oesophagitis) — өңештің қабынуы, әдетте оның шырышты қабығына әсер етеді, бірақ ауыр жағдайларда оның терең қабаттарының зақымдануы байқалады. Жедел, жеделдеу және созылмалы эзофагиттерді ажыратыңыз.

Қатерлі ісік-өңештің жиі кездесетін және ауыр аурулардың бірі. Асқорыту жолының қатерлі ісіктерінің құрылымында ол 20% құрайды. Өңеш қатерлі ісігі көбінесе 55 жастан асқан ер адамдарда кездеседі.

Асқазан ауруларының кең тобына дамудың ауытқулары, оның қозғалыс және секреторлық функцияларының әртүрлі функционалдық бұзылыстары (дискинезия, функционалды асқазан гиперсекрециясы және ахилия), қабыну аурулары (жедел және созылмалы гастрит), ойық жара ауруы, полиптер, қатерлі және қатерлі ісіктер, асқазан дивертикулалары жатады. Сондай-ақ, туберкулезге, мерезге асқазанның нақты зақымдануы мүмкін. Асқазанның жиі кездесетін ауруларына гастрит, асқазан жарасы, асқазан қатерлі ісігі жатады.

Ас қорыту жеткіліксіздігі (бұзылуы) синдромы (син.: мальдигестили синдромы) - ас қорыту жолында ас қорытудың бұзылуымен сипатталатын симптомдық кешен. Асқорытудың бұзылуының келесі формалары бөлінеді: 1) көбінесе сөздің кең мағынасында диспепсия ретінде белгіленетін, көбінесе қуысты ас қорытудың бұзылуы (грек тілінен. dyspepsia: функцияның бұзылуын білдіретін Dys префиксі, "қиындық", persio-ас қорыту); 2) париетальды ішек ас қорытуының бұзылуы; 3) аралас формалар. Сондай-ақ, ас қорыту бұзылыстарының өткір, жеделдеу және созылмалы түрлері (диспепсиялар) бар.

Ішек сіңірілуінің жеткіліксіздігі синдромы (син.: мальабсорбция синдромы) - аш ішекте сіну процестерінің бұзылуы салдарынан пайда болатын симптомдық кешен. Жиі 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 қабығының қабыну және дистрофиялық өзгерістері байқалады.

Созылмалы колит (colitis chronica) созылмалы ауру деп түсініледі, онда қабыну және дистрофиялық өзгерістер негізінен тоқ ішектің шырышты қабығында дамиды.

Холецистит (cholecystitis) — өт қабының қабынуы. Бұл ауру өте кең таралған, әйелдерде жиі кездеседі.

Созылмалы холецистит жеделден кейін пайда болуы мүмкін. бірақ көбінесе ол өздігінен және біртіндеп дамиды.

Ұйқы безінің сыртқы секрециялық жеткіліксіздігі-негізгі ас қорыту ферменттері: трипсин, липаза, амилаза және т.б. (олардың 15-тен астамы бар), сондай-ақ осы ферменттердің әрекеті үшін онтайлы орта реакциясын қамтамасыз ететін гидрокарбонаттар бар ұйқы безінің шырынын

QONTÜSTİK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Ішкі аурулар пропедевтикасы» кафедрасы «Ішкі аурулар пропедевтикасы» пәні бойынша дәріс кешені		47 / 11 - 2025 20 беттің 13 беті

секрециясының бұзылуымен сипатталатын симптомдық кешен. Ұйқы безінің сыртқы секреция жеткіліксіздігі бастапқы (туа біткен) және қайталама (сатып алынған) болуы мүмкін. Панкреатит (pancreatitis) — ұйқы безінің қабынуы. Жедел және созылмалы панкреатит бар. Созылмалы панкреатит (pancreatitis chronica) көп жағдайда 30-70 жастағы әйелдерде кездеседі. Ол жедел панкреатиттен кейін немесе жедел этиологиялық факторлардың әсерінен созылмалы болуы мүмкін. Ерлерде созылмалы панкреатит көбінесе созылмалы алкоголизмнің салдары болып табылады.

4. Иллюстрациялық материал: презентация.

5. Әдебиет: силлабуста көрсетілген.

6. Бақылау сұрақтары (кері байланыс):

1. Өңеш ауруларына тән қандай синдромдарды білесіз?
2. Дисфагия синдромының пайда болуының себебі неде?
3. Асқазан диспепсиясы синдромының пайда болуының себебі неде?
4. Ұйқы безінің ішкісекреторлы жеткіліксіздігіне байланысты туындайтын синдром?
5. Өт қабы мен ұйқы безінің ауруларына тән қандай синдромдарды білесіз?

№7 дәріс

1. Тақырыбы: Гепатологиядағы жетекші клиникалық синдромдар (сарғаю және бауыр жеткіліксіздігі).

2. Мақсаты: Студенттерге сұрақ қоюға, шағымдарды көрсетуге медициналық тарихты бағалауға, клиникалық зерттеу әдістерін зертханалық әдістермен үлестіруге негізделген клиникалық бағалауды жүргізуе, гепатобилиарлық жүйенің патологиясындағы клиникалық синдромдарды анықтауға үйрету.

3. Дәріс тезистері:

Сарғаю (icterus) — бұл тіндер мен қанда билирубин құрамының жоғарылауына байланысты терінің және шырышты қабықтардың сарғаюы. Шынайы сарғаюмен ауыратын науқастарда зерттеуге алынған қан сарысуы көп немесе аз қаныққан сары түске ие болады. Сарғаю жүреді, кейде зәрдің түсі өзгереді, ол қою сары немесе қоңыр (сыраның түсі) және ішек қозғалысын алады. кейбір жағдайларда олар ашық немесе толығымен түссіз болады, ал басқаларында олар бай қара қоңыр түске ие болады. Сарғаю тез, 1-2 күн ішінде пайда болуы мүмкін. қарқындылықтың едәуір деңгейіне жету немесе біртіндеп және айқын емес (субикеризм). Көбінесе пациенттердің өздері (немесе айналасындағылар) терінің сарғаюының пайда болуын байқайды, бұл оларды дәрігерге қарауға мәжбүр етеді. Кейбір жағдайларда сарғаю терінің ауырсынуымен, мұрыннан және асқазан-ішек жолынан терінің геморрагиялық қан кетуімен бірге жүруі мүмкін.

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

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

Порталдық гипертензия порталдық көктамырдан қанның сыртқа қарай қысылуы (ісік, бауыр қақпасының ұлғайған лимфа түйіндері және т.б.) немесе бауыр паренхимасының (цирроз кезінде) созылмалы зақымданулары кезінде бауыршілік тармақталуының бір бөлігінің облитерациясы не порталдық көктамырлардың немесе оның тармақтарының тромбозы салдарынан пайда болады. Бауыр циррозында өлі бауыр жасушаларының орнында дәнекер тінінің өсуі және кейіннен тыртықталуы бауыр синусоидалары мен ішілік тамырлардың бір бөлігінің тарылуына немесе толық

QONTUSTIK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Ішкі аурулар пропедевтикасы» кафедрасы «Ішкі аурулар пропедевтикасы» пәні бойынша дәріс кешені		
		47 / 11 - 2025 20 беттің 14 беті

облитерациясына әкеледі. Нәтижесінде қан ағымына кедергі жасалады, порталдық қысым жоғарылайды, іш қуысы мүшелерінен қан ағымы бұзылады. Мұндай жағдайларда сұйықтықтың тамырлы арнадан іш қуысына ауысуы күшейеді және 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 кепілдік қан айналымының даму дәрежесіне — портокавальды анастомоздардың санына байланысты. Порталдық қан айналымының бұзылуы ұзақ уақыт бойы өтелуі мүмкін, өйткені қалыпты анастомоздар арқылы портал венасынан қан жоғарғы және төменгі Вена каваларына түсуі мүмкін. Порталдық гипертензияда бұл анастомоздар өте күшті дамиды.

Гепатолиенальды синдром осы ағзалардың біріне алғашқы зақым келген кезде бауыр мен көкбауырдың бір мезгілде ұлғаюымен сипатталады. Бұл ағзалардың патологиялық процестерге (бауыр аурулары, қан жүйесі, кейбір инфекциялар, интоксикация) жалпы қатысуы олардың ретикулоэндотелий тінінің байлығымен түсіндіріледі. Кейбір жағдайларда (мысалы, бауыр веналарының тромбозы кезінде) 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) — клиницистер қабылдаған түрлі ауырлық дәрежесіндегі бауыр функциясының бұзылуының белгісі. Ауыр дистрофия мен гепатоциттердің өліміне байланысты бауырдың ауыр жедел және созылмалы аурулары, осы органның едәуір компенсаторлық мүмкіндіктеріне қарамастан, оның көптеген және организм үшін өте маңызды функцияларының терең бұзылуымен бірге жүреді.

Бауыр комасы (coma hepatica) — бауыр жеткіліксіздігінің төтенше дәрежесі. Патогенезі бауыр кома азайтатын тяжелому самоотравлению салдарынан организмнің дерлік қызмет толық тоқтатылған бауыр. Улану ішек (бактериялық) ақуыздың ыдырауынан, метаболизмнің соңғы өнімдерінен және әсіресе аммиактан болады. Фенолдар да уытты әсерге ие. Бауыр жеткіліксіздігінде қанда басқа да улы заттар жиналады, электролит алмасуы бұзылады, ауыр жағдайларда гипокалиемия, алкалоз пайда болады.

Бауыр ауруларының арасында оның қабыну зақымдануы жиі кездеседі-өткір және созылмалы гепатит, сондай-ақ цирроз, гепатоз. Бауырдың бастапқы қатерлі ісігі сирек кездеседі, бірақ әртүрлі органдардан бауырға қатерлі іс

4. Иллюстрациялық материал: презентация.

5. Әдебиет: силлабуста көрсетілген.

6. Бақылау сұрақтары (кері байланыс):

1. Сарғаю дегеніміз не? Себептері, белгілері және түрлері?
2. Сарғаюдың қандай зертханалық және аспаптық диагностикалау әдістерін білесіз.?
3. Бауыр жасушаларының жеткіліксіздігі синдромы қалай көрінеді. ? Себептері, симптомдары?
4. Бауыр жасушаларының жетіспеушілігін зертханалық және аспаптық диагностикалаудың қандай әдістерін білесіз?
5. Порталдық гипертензия дегеніміз не?

№ 8 дәріс

1. Тақырыбы: Нефрологиядағы жетекші клиникалық синдромдар (дизуриялық, нефротикалық, нефритикалық, гипертониялық және бүйрек жеткіліксіздігі).

2. Мақсаты: Студенттерге сұрақ қоюға, шағымдарды көрсетуге медициналық тарихты бағалауға, клиникалық зерттеу әдістерін зертханалық әдістермен үлестіруге негізделген

QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Ішкі аурулар пропедевтикасы» кафедрасы «Ішкі аурулар пропедевтикасы» пәні бойынша дәріс кешені		47 / 11 - 2025 20 беттің 15 беті

клиникалық бағалауды жүргізуе, зәр шығару жүйесінің потологиясындағы клиникалық синдромдарды анықтауға үйрету.

3. Дәріс тезистері:

Бүйрек тектес ісіну көп жағдайда басқа шығу тегінен, атап айтқанда жүрек ісінуінен оңай ерекшеленеді. Олар, ең алдымен, аяқтарда емес, ең борпылдақ талшықтар орналасқан жерлерде — қабақтарда, бетте пайда болады. Бүйрек ісінуі тез пайда болады және көбейеді және тез жоғалады; айқын жағдайларда олар әдетте магистраль мен аяқ-қолдарда біркелкі таралады (дененің ұқсас жалпы ісінуі анасарки деп аталады). Тері мен тері астындағы тіндер ғана емес, сонымен қатар ішкі органдар да ісінеді. Әдетте бауыр ісінеді және көбейеді, алайда бүйрек ауруларында бауырдың ұлғаюы басқа мүшелердің ұлғаюына пропорционалды және ешқашан жүрек ісінуіндегідей маңызды емес. Серозды қуыстарда сұйықтықтың көп немесе аз мөлшері жиналады: плевра, іш, перикард. Ісінуді пальпация арқылы анықтауға болады. Ісінудің болуы күлдіреумен де расталады. Эклампсия (грек. eclampsis-өршу, құрысулар) көбінесе жедел диффузды гломерулонефритте байқалады, бірақ созылмалы гломерулонефриттің, жүкті әйелдердің нефропатиясының өршуінде де пайда болуы мүмкін. Эклампсияның патогенезінде негізгі мән интракраниальды қысымның жоғарылауына, ми тіндерінің ісінуіне және церебральды ангиоспазмға беріледі. Барлық көрсетілген ауруларда эклампсия әдетте айқын ісіну және қан қысымының жоғарылауы кезінде пайда болады. Бүйрек жеткіліксіздігі (insufficiencia renalis) — организмнен азот алмасуының өнімдерін шығарудың кідірісімен және су, электролит, осмотикалық және қышқыл-негіз тепе-теңдігінің бұзылуымен бүйрек функциясының бұзылуымен сипатталатын патологиялық жағдай.

Уремия (грек. урина-зәр және haima-қан) — зәр шығару-бүйрек функциясының толық жетіспеушілігінен туындаған ағзаның ауыр интоксикациясы. Жедел уремия нефротоксикалық улармен (сынап қосылыстары, қорғасын, көміртегі тетрахлориді, барбитураттар және т.б.) улану, топтық үйлесімді қан құю және жаппай гемолиз, шок жағдайлары кезінде пайда болады.

Созылмалы уремия нефросклерозбен аяқталатын көптеген созылмалы бүйрек ауруларының соңғы сатысында дамиды: созылмалы гломерулонефрит.

Клиникалық тәжірибеде көбінесе дистрофиялық сипаттағы бүйрек зақымдануымен болатын ауруларды байқауға тура келеді. Бүйректің мұндай зақымдануы бұрын бүйрек патологиясының тәуелсіз түрі ретінде қарастырылып, "липоидты нефроз" деп аталды. Болашақта бүйрек зақымдануының бұл тобы жоқ екені белгілі болды.

Уытты бүйрек (син.: жедел нефротикалық синдром, жедел нефроз, нефронефроз) іш сүзегі, безгек, тұмау сияқты жедел инфекциялық-уытты ауруларда, нефротоксикалық улармен улану кезінде (сулема, көміртегі тетрахлориді), сәйкес келмейтін қан құю кезінде, жаппай күйіктер және басқа да жағдайларда пайда болады.

Созылмалы нефротикалық синдром созылмалы гломерулонефрит, безгек, сепсис, туберкулез, коллагеноз, қант диабеті, амилоидоз және басқа да ауруларда байқалады. Сирек жағдайларда нефротикалық синдромның себебін бірден анықтау мүмкін емес. Алайда, көп жағдайда анамnestикалық деректерді талдау және науқасты мұқият тексеру созылмалы гломерулонефритті анықтауға мүмкіндік береді, нәтижесінде нефротикалық синдром пайда болды. Көбінесе нефротикалық синдромның бұл түрлері балалық шақта байқалады. Бүйреkteгі дистрофиялық құбылыстардың себебі түсініксіз болып қалатын жағдайлар липоидты нефроз ретінде белгіленеді.

4. Иллюстрациялық материал: презентация.

5. Әдебиет: силлабуста көрсетілген.

6. Бақылау сұрақтары (кері байланыс):

1. Бүйрек жеткіліксіздігінің қандай түрлерін білесіз?
2. Жедел бүйрек жеткіліксіздігі қандай патологияларда дамиды?
3. Уремияның клиникалық көрінісін қандай әдіспен анықтауға болады?

ONTÜSTİK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Ішкі аурулар пропедевтикасы» кафедрасы		47 / 11 - 2025
«Ішкі аурулар пропедевтикасы» пәні бойынша дәріс кешені		20 беттің 16 беті

4. Нефротикалық синдромды диагностикалау үшін қандай зертханалық және аспаптық зерттеулер қолданылады?

5. Бүйрек пен жүрек ісінуінің айырмашылығы неде?

№ 9 дәріс

1. Тақырыбы: Эндокринологиядағы жетекші клиникалық синдромдар (гипо – гипертиреоз, гипо - гипергликемия).

2. Мақсаты: Студенттерді шағымдарды, гипо – гипертиреоз, гипо - гипергликемия деректерді бағалауға, диагностиканың зертханалық әдістерін қолдана отырып, клиникалық зерттеу әдістерін қолдану негізінде клиникалық баға беруге, гипо-гипергликемиядағы негізгі клиникалық синдромдарды анықтауға үйрету.

3. Дәріс тезистері:

Диффузды уытты зоб (син.: базедова ауруы, morbus Basedow) - қалқанша безінің диффузды ұлғаюы, қалқанша безінің гормондарының секрециясының жоғарылауымен бірге жүреді. Диффузды уытты зоб халықтың 0,2—0,5% - ында, негізінен 20-50 жастағы адамдарда кездеседі, ал әйелдерде ерлерге қарағанда бірнеше есе жиі кездеседі.

Гипотиреоз (hypothyreosis) - қалқанша безінің гипофункциясымен сипатталатын ауру. "Микседема" термині ("шырышты ісіну") дәстүрлі түрде жалпы шырышты ісінумен бірге жүретін гипотиреоздың ең ауыр түрлерін білдіреді. Ауру 40-60 жастағы әйелдерде жиі кездеседі. Соңғы жылдары эндокриндік аурулардың жалпы құрылымында оның үлесі айтарлықтай өсті.

Созылмалы гипергликемия синдромымен сипатталатын эндокриндік ауру инсулиннің жеткіліксіз өндірісінің немесе әсерінің салдары болып табылады, бұл метаболизмнің барлық түрлерінің, ең алдымен көмірсулардың бұзылуына, тамырлардың зақымдалуына (ангиопатия), жүйке жүйесіне (нейропатия), сондай-ақ басқа органдар мен жүйелерге әкеледі. Қант диабетінің екі негізгі түрі: инсулинге тәуелді қант диабеті (ISD) немесе I типті қант диабеті және инсулинге тәуелді емес қант диабеті (ISD) немесе II типті қант диабеті. Инсулинге тәуелді ҚД кезінде лангерган аралдарының β-жасушалары инсулин секрециясының күрт айқын жеткіліксіздігі (абсолютті инсулин жеткіліксіздігі) орын алады, науқастар инсулинмен тұрақты, өмір бойы емдеуді қажет етеді, яғни инсулинге тәуелді болып табылады. Инсулин жеткіліксіздігі кезінде ҚД инсулин әсерінің жеткіліксіздігі бірінші орынға шығады, шеткергі тіндердің инсулинге төзімділігі дамиды (салыстырмалы инсулин жеткіліксіздігі). Инсулин жеткіліксіздігі кезінде ҚД инсулинді алмастыратын терапия, әдетте, жүргізілмейді. Науқастар диета және ауызша гипогликемиялық агенттермен емделеді. Соңғы жылдары Инсулин жеткіліксіздігі кезінде ҚД инсулин секрециясының ерте фазасының бұзылғаны анықталды. Қант диабетінің барлық белгілерін екі топқа бөлуге болады: гипергликемия белгілері және I немесе II типті қант диабетіне тән белгілер.

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, әлсіздік жалпы және бұлшықет (бұлшықеттерде энергия, гликоген және ақуыз түзілуінің болмауымен), құрғақ ауыз (дегидратацияға және сілекей бездерінің функциясының төмендеуіне байланысты) және әртүрлі инфекцияларға бейімділіктің жоғарылауы.

4. Иллюстрациялық материал: презентация.

5. Әдебиет: силлабуста көрсетілген.

6. Бақылау сұрақтары (кері байланыс):

1. Гипертиреоз дегеніміз не?

2. Гипотиреоз немен сипатталады?

3. Қалқанша безінің гиперфункциясын қандай әдіспен анықтауға болады?

ONTÜSTİK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ  SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»	
«Ішкі аурулар пропедевтикасы» кафедрасы	47 / 11 - 2025
«Ішкі аурулар пропедевтикасы» пәні бойынша дәріс кешені	20 беттің 17 беті

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

№10 дәріс

1. Тақырыбы: Гематологиядағы жетекші клиникалық синдромдар (анемиялық геморрагиялық және тромбоцитопениялық).

2. Мақсаты: Студенттерге шағымдарды, анамнестикалық, геморрагиялық және тромбоцитопениялық деректерді бағалау, диагностиканың зертханалық әдістерін қолдана отырып, клиникалық зерттеу әдістерін қолдану негізінде клиникалық бағалау, жүйенің патологиясындағы негізгі клиникалық синдромдарды гемопоэтикалық, геморрагиялық және тромбоцитопениялық синдромды анықтауға үйрету.

3. Дәріс тезистері:

1. Анемия (anaemia) - эритроциттер санының және (немесе) қан көлемінің бірлігінде гемоглобин құрамының ағзадағы жалпы азаюы салдарынан төмендеуімен сипатталатын патологиялық жағдайлар. Анемия грек тілінен аударғанда "қаназдық" дегенді білдіреді (an — жоқ, haima — қан). "Анемия" термині осы мемлекеттердің мәнін дәлірек көрсетеді.
 2. Қазіргі уақытта анемияның 50-ден астам түрі бар. Шығу тегіне сәйкес анемияның келесі түрлері бөлінеді.
 1. Қан жоғалту салдарынан болатын анемия (жедел және созылмалы).
 2. Қан түзілудің бұзылуына байланысты анемия (эритроциттердің гемоглобинін, қалыпты эритропоэзге қажет, В дәруменін құру үшін организмде темір жетіспеген кезде, эндогендік немесе экзогендік токсикоз, радиациялық әсер немесе басқа, кейбір жағдайларда түсініксіз себептер нәтижесінде, сондай — ақ қызыл сүйек кемігін басқа тінмен-миеломалық өсінділермен, бірнеше ісік метастаздарымен және т.б. алмастыру нәтижесінде сүйек кемігінің белсенділігі бәсеңдеген кезде).
- Шамадан тыс қан кету салдарынан анемия — гемолитикалық. Бұл топта: А) гипербилирубинемиямен және спленомегалиямен өтетін көкбауыр макрофагтарындағы эритроциттердің тамырдан тыс (жасушаішілік) гемолизі басым анемия, аз дәрежеде сүйек кемігі мен бауыр (эритроциттердің туа біткен морфологиялық және функционалдық жетілмегендігінен туындайтын анемия, сфероциттік, сопақша жасушалы және т. б., аутоиммундық гемолитикалық анемия); б) қан тамырішілік гемолизі бар анемия, әдетте жіті (түрлі уытты әсерлер кезінде, топтық үйлесімді қан құю кезінде, суық және т.б.), плазмаға еркін гемоглобин мен гемоглобинуриямен шығатын; созылмалы гемолизде (мысалы, Маркиафава—Микеле ауруы кезінде) ішкі ағзалардың гемосидерозы да байқалады. Бұл бөлім шартты болып табылады, өйткені кейбір жағдайларда гемолитикалық анемияның бір түрінде жасушаішілік және тамырлы гемолиз болуы мүмкін. Миелоапластикалық синдром этиологиясы мен патогенезі бойынша әртүрлі жағдайлардың үлкен тобын біріктіреді, олардың негізгі клиникалық көріністері сүйек-ми қан түзілуіне байланысты. Шығу тегі бойынша туа біткен, яғни генетикалық тұрғыдан анықталған және миелоидты аплазияның пайда болған түрлерін ажыратады; ағымында — жедел және созылмалы. Сондай-ақ, сүйек кемігін қалпына келтіру қабілетінің толық емес тежелуімен, оның гипоплазиясымен және оның қызметін аплазиямен толық басумен сипатталатын формалар бар.

Гемобластоздар-гемопоэтикалық ұлпадан пайда болатын ісіктер; патологиялық жасушалардың өсуі диффузды және фокалды болуы мүмкін.

Гемобластоздар-қан жүйесінің қатерлі аурулары, олар мынадай белгілермен сипатталады: а) әрбір жағдайда аурудың морфологиялық мәнін құрайтын белгілі бір жасушалардың көбею

QAZAQSTAN RESPUBLIKASY QAZAQSTAN MEDICINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	QAZAQSTAN RESPUBLIKASY SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»	
«Ішкі аурулар пропедевтикасы» кафедрасы «Ішкі аурулар пропедевтикасы» пәні бойынша дәріс кешені		47 / 11 - 2025 20 беттің 18 беті

(пролиферация) процестерінің олардың жетілу (саралау) процестерінен және олардың типтік морфологиялық және функционалдық қасиеттерін жоғалтуынан күрт басым болуымен; б) қан түзу органдарының қалыпты жасушаларының осы патологиялық жасушалармен алмастырылуымен (метаплазиямен); в) әртүрлі органдарда қан түзудің патологиялық ошақтарының пайда болуымен. Жедел лейкомия (leucosis acuta) қанның ең жас (Бласт) элементтерінің үздіксіз көбеюімен, олардың кейінгі дифференциациясының бұзылуымен, сондай-ақ әртүрлі органдардағы патологиялық қан түзілу ошақтарының дамуымен сипатталады. Оның лимфа және миелобластикалық нұсқалары жиі кездеседі (жедел лимфолейкоз, жедел миелолейкоз).

Жедел лейкомия кез-келген жаста байқалады, 20-30 жас аралығындағы ерлер мен әйелдер жиі ауырады.

Созылмалы лимфолейкоз (lympholeucosis chronica) қазіргі уақытта иммунокомпетентті тіндердің қатерлі ісіктеріне жатады. Оның гематологиялық негізі-в лимфоциттері (морфологиялық тұрғыдан жетілген, бірақ функционалды түрде төмен). Ол "лимфоидты аппараттың" жүйелік гиперплазиясымен, көкбауырдың, сүйек кемігінің және басқа органдардың лимфоидты метаплазиясымен көрінеді. Созылмалы лимфолейкоз-лейкоздың кең таралған түрлерінің бірі. Көбінесе бұл орта және егде жаста (25-70 жас), негізінен ер адамдарда байқалады. Эритропения (erythraemia; син.: созылмалы эритромиелоз, Вакес ауруы) қатерсіз "миелопролиферативті аурулар тобына жатады және эритроциттік өскінде барынша байқалатын сүйек кемігінің жасушалық элементтерінің жаппай гиперплазиясымен сипатталады. Эритропению алғаш рет 1892 жылы француз клинигі Вакес сипаттаған, Ауру көбінесе қарт адамдарға, негізінен ер адамдарға әсер етеді.

Лимфогрануломатоз (lymphogranulomatosis) - бұл лимфа түйіндерінің, көкбауырдың, содан кейін басқа мүшелердің нақты ісік зақымдалуымен сипатталатын қатерлі лимфомалар тобындағы жүйелік ауру. Ауруды алғаш рет 1832 жылы ағылшын дәрігері Ходжкин сипаттаған, сондықтан оны оның аты деп атайды.

Геморрагиялық диатез-бұл өздігінен де, жарақаттың әсерінен де пайда болатын, тіпті ең кішкентай, сау адамда қан кетуді тудырмайтын аурулар тобы. Тромбоцитопениялық пурпура (purpura trombocitopenica; син.: верльгоф ауруы) - қан тромбоциттерінің жетіспеушілігінен туындаған геморрагиялық диатез. Ауруды алғаш рет 1735 жылы неміс дәрігері Верль-Гог сипаттаған. Тромбоцитопениялық пурпура жас кезінде, негізінен әйелдерде жиі кездеседі

4.Иллюстрациялық материал: презентация.

5.Әдебиет: силлабуста көрсетілген.

6. Бақылау сұрақтары (кері байланыс):

1. Сіз анемияның қандай түрлерін білесіз?
2. Анемия синдромы қандай патологияларда дамиды?
3. Апластикалық анемияны қандай әдіспен анықтауға болады?
4. Анемияны диагностикалау үшін қандай зертханалық және аспаптық зерттеулер қолданылады?
5. Лейкемия дегеніміз не?
6. Лимфолейкоз немен сипатталады?
7. Миелолейкозды қандай әдіспен анықтауға болады?
8. Лимфа және миелолейкозды диагностикалау үшін қандай зертханалық және аспаптық зерттеулер қолданылады?