



ЦӘК «Терапиядағы МІ»

ПӘННІҢ ОҚУ – ӘДІСТЕМЕЛІК КЕШЕНІ

Пәні Терапиядағы медбикелік іс

(шифрыжәне оқу жоспары бойынша аты)

Мамандығы 0302000 – « Медбикелік іс»

(МЖМБС сәйкес шифры және аты)

Біліктілігі (бағыты) 0302033 – «Жалпы терапиядағы медбике»

(МЖМБС сәйкес шифры және аты)



ЦӘК «Терапиядағы МІ»

ДӘРІС КЕШЕНІ

Пәні Терапиядағы медбикелік іс

(шифры және оқу жоспары бойынша аты)

Мамандығы 0302000 – «Медбикелік іс»

(МЖМБС сәйкес шифры және аты)

Біліктілігі (бағыты) 0302033 – «Жалпы терапиядағы медбике»

(МЖМБС сәйкес шифры және аты)

ЦӘК «Терапиядағы МІ»

ТАҚЫРЫБЫ: Бүйрек жетіспеушілігі, бүйрек-тас ауруы. Медбикелік үрдісті ұйымдастыру.
ДӘРІС МАҚСАТЫ:

- бүйрек жетіспеушілігі, бүйрек-тас ауруы этиологиясын есте сақтау;
- клиникалық көрінісін суреттеу, ағымын түсіндіру, диагностикасын таңдау, асқынуын есте сақтау;
- емдеу принциптерін жоспарлау.

Білімділік (оқыту): білім беру, оқу-машықтану дағдыларын қалыптастыру, алған ақпараттарды нақтылау, студенттің жаңа білімді игеру, қабылдау жолдарын жетілдіру және т.б.

Дамытушылық: ойлау қабілетін дамыту, сыни тұрғыдан логикалық және клиникалық ойлау дағдыларын дамыту, топтың белсенділігін арттыру, өзін-өзі жетілдіруге үйрету. Түрлі жағдаяттар мен қосымша сұрақтар арқылы студенттердің нақты білімділігін айқындау.

Тәрбиелік: студенттердің адамгершілік, көзқарасын, эстетикалық қасиетін, өз пікірін қорғауды, тәртіп пен еңбекқорлық қабілеттерін дамыта отырып тәрбиелеу.

ДӘРІС ЖОСПАРЫ:

1. Бүйрек-тас ауруы, анықтамасы, этиологиясы, бейімдеуші факторлары
2. Аурудың клиникалық көрінісі.
3. Бүйрек-тас ауруын зерттеу, емі, алдын алу.
4. Бүйрек-тас аурулары бар науқастардың күтімі.
5. Бүйректің созылмалы шамасыздығы, этиологиясы, патогенезі, клиникалық көрінісі, емі.
6. Бүйректің шамасыздығы бар науқастардың күтімі.

ДӘРІС МАЗМҰНЫ:

Бүйрек-тас ауруы – бұл бүйрекпен несеп шығару жолдарында құм және тастардың (конкременттердің) байланып, өзгерістер дамытатын созылмалы ауруы.

Бүйрек тастары несеп тұздарынан дамып әр түрлі құрамды болуы мүмкін: ураттар, фосфаттар, оксалаттар, аралас және басқада. Олар біреу немесе көп, көлемі құмнан жұмыртқаға дейін болуы мүмкін.

Этиологиясы. Несеп тастардың байлануында негізгі рольді ағзадағы зат алмасу процесстердің бұзылуы ойнайды.

Бейімдеуші факторлар. Аз мөлшерде сұйықтық қабылдау, кальций тұздарына бай суды ішу, бір келкі және көп мөлшердегі тамақ, А және Д дәрумендер тапшылығы, қызыл шарапқа әуестік және басқада, несептің іркілуі, несеп жолдарының қабынуы, бүйрек жарақаттары, бүйрек ұлпасына қан құйылу;

Клиникалық көрінісі. Ауру екі кезеңде өтеді: ұстама аралық және ұстама кезеңі (бүйрек шаншуы). Аурудың дамуы және көрінісі тастың мөлшерінен, бүйректегі қабыну өзгерістерден тәуелді болады.

Ұсақ тастар, тұздар ауырсыну бермеуі мүмкін. Тұз оқтын соқтын зәрмен шығарылып тұрады, кейде несеп ағардың шырышты қабатының тітіркенуінен ауырсыну болуы мүмкін. Егерде тостағаншада құм ғана болса ауру созылмалы болсада ауырсыну бермеуі мүмкін.

Түбекте жатқан үлкен тастар ұзақ уақытқа дейін қозғалмай науқасты мазаламайды. Бұл тастар көбіне шырышты қабатын тітіркендіріп бел аймағында сыздаған ауырсыну береді. Өз бетімен сыртқа шығалмайтын тастарда ауру созылмалы түрге айналып, оған инфекция қосылып үнемі ауырсынудан науқастың жағдайы нашарлай бастайды, пиелит және пиелонефрит қосылады.

ЦӘК «Терапиядағы МІ»

Кішірек жылжымалы тастар аурудың клиникасын құрайды, олар жылжып, шырышты қабатын сырып, несеп ағарды бітеп күшті ауырсыну ұстамасын береді. Егерде тас қуыққа өтіп кетсе ұстама 2-3 сағатта тарап кетеді, немесе тас несеп ағармен ұзақ жылжыса ауырсыну ұзаққа созылады. Несеп ағар таспен бітеліп қалса түбек созылып – гидронефроз дамуы мүмкін. Бұл кезде іштің пальпациясында үлкейген бүйректі анықтау болады. Гидронефрозда пиелонефритке әкеліп соқтырады.

Зерттеу:Тексерген кезде ауырған жағында Пастернацкий симптомы оң болады, несепте – гематурия, тұздардың кристаллдары.

Тастың көлемін және орналасу жерін анықтау үшін негізгі зерттеу әдістері болып ультрадыбыспен, рентгенологиялық зерттеу әдістері болады.

Емі. Бүйрек шаншу ұстамасында барлық шаралар ауырсынуды, спазмды басуға бағытталған: кетонал, кеторал, баралгин, спазмалгон, но-шпа.

Ұстама аралық кезеңде науқасқа көп мөлшерде күніне 2-3 л сұйықтық ішкізеді. Тастардың құрамын, несеп реакциясын біліп арнайы емдәм және минеральді су тағайындайды.

Фосфат тастарында, несептің сілтілі реакциясында көмір қышқыл сулар тағайындалады (арзни, долмитті нарзан, нафтуся), қышқыл сүт тағамдары, лимон, орташа ет қабылдау болады.

Ураттарда сілтілі минеральді сулар (эссентуки №4 және №17, славян, смирнов, боржоми сулары), етті шектеп көбіне көкөніс- жеміс тағамдарын тағайындау. Оксалаттарда әлсіз минералданған сулар (эссентуки №20, нафтуся). Барлық науқастардың тағамдары дәрумендерге, әсіресе А және Д дәрумендеріне бай болу керек.

Кішірек тастарда оларды шығару үшін науқасқа көп мөлшерде сұйықтық беріп, ұзақ уақыт жаяу жүргізеді, құрамында эфир майлары бар препараттар (энатин, цистенал) береді, тасты ұсату жүргізеді.

Үлкен тастарда және инфекцияланған жағдайда антибиотиктермен ем жүргізе отыра тастарды операция жолымен алып тастайды.

Алдын алу. Тастардың байлануының алдын алу олардың себептерін жоюда, зат алмасу процесстерді қалпына келтіруде.

Бүйрек тас аурулары – бар науқастардың күтімі

Пациенттің проблемалары	Науқасты күтуде мейірбикенің ісі
1. Бүйрек шаншуы ұстамалары. 2. Бел аймағында сыздаған ауырсыну. 3. Тағайындаған емдәмді және тамақтану тәртібін сақтау қажеттілігі. 4. Тас анықталғанда - операциялық емнің қажеттілігі.	1. Әңгімелесу жүргізу; А) тамақтану тәртібін және емдәмді сақтау туралы, Б) бүйректе тас анықталғанда - операциялық емнің қажеттілігі туралы. 3. Емдәмді сақтауын бақылау. 5. Науқасқа туыстарының әкелетін тамақтарын бақылау. 6. Бүйрек шаншуы ұстамасы дамығанда науқасқа жедел көмек көрсету. 7. Науқасты зерттеулерге дайындау; УДЗ, урография.

Бүйректің созылмалы шамасыздығы – нефрондардың азаюынан, қалған нефрондардың функциялық кемістігінен дамиды, ақырында гомеостаздың бұзылысына әкелетін бүйректің экскрециялық және инкрециялық функцияларының жетіспеушілігі.



ЦӘК «Терапиядағы МІ»

Этиологиясы, патогенезі. Бүйректің созылмалы шамасыздығы – бүйректің көптеген созылмалы ауруларының ақырғы сатысы. Бұған әкелетін аурулар: гломерулонефрит, пиелонефрит, интерстициалық нефрит, геморрагиялық васкулит, жүйелі қызыл жегі, қантты диабет, несеп тас ауруы, гидронефроз.

Бүйректің негізгі функциясы – ішкі ортаның тұрақтылығын (гомеостазды) сақтау. Нефрондардың 75 % - дан артығы жойылған кезден азот шлактарының деңгейі айқын жоғарылайды (мочевинаның, креатининнің). Тірі қалған нефрондардың саны 10%-дан аз болған кезден диурез азаяды, науқас олигурия күйіне түседі, уремиялық токсиндермен деңгейі жоғарылайды (мочевина, креатинин), яғни терминальді уремия дамиды.

Клиникалық көрінісі. Аурудың ағымында екі саты айырады: консервативті және терминальді.

Консервативті (компенсацияланған) сатысында нефрондардың азаюынан, қалған нефрондарға осмотық күш түсуі жоғарылайды. Осыдан зәрдің мөлшері көбейіп полиурия, никтурия яғни изостенурия, гипостенурия пайда болады.

Бұл кезде клиникалық көрінісінде: шөлдеу, зәр мөлшерінің көбеюі, әлсіздік, шаршағыштық, тәбеті төмендейді, жүрегі айныды, басы ауырады, мұрын оқта – текте қанайды, көздің көруы нашарлайды, анемия немесе ацидоздың салдарынан болатын ентікпе. Содан көп кешікпей бүйректің сұйықтықты бөлу қасиеті төмендейді.

Терминальді (декомпенсацияланған) сатысында бүйрек шамасыздығы өрістей келе диурез азаяды (600-800 мл). Бұл кезде науқастардың қабақтары, беті сәл ісінкі, тері жамылғылары құжыл, құрғақ, жүрек айну, құсу, ықылық анорексия, іштің өтуі. Қышығудан тері бетінде қасынудың іздері болады. Ауызынан уремиялық иіс - аммиактың иісі шығады. Анемия барлық науқастарда заңды түрде дамиды.

Уытты энцефалопатияның көріністері пайда болады: ұйқышылдық, енжарлық, ұйқы ырғағының бұзылуы, Куссмауль тынысы, парестезиялар, көп кешікпей оған уремиялық перикардит және уремиялық кома қосылады.

Емі. Емнің негізгі салалары гипертониямен, анемиямен, су электролиттік баланстың бұзылысымен және организмде уытты заттарының жиналуымен күресу шараларынан құралады.

Диетотерапияда диетаның құрамындағы белоктың мөлшері шектеледі. Сұйықтықтың мөлшері шектелмейді (1,5-2 л кем болмауы тиіс).

Диурез азайған сайын, фуросемидтің дозасын біртіндеп көбейтіп ішкізеді (2-4-6-10 таблеткадан). Көк тамырға 100- 200 мл 5% натрий гидрокарбонаты, гипотензивтілер, антибиотиктер, транквилизаторлар, нейролептиктер, преднизолон, анемияны емдеу. Терминальды сатысында науқасқа үнемі гемодиализ, перитонеальді диализ жасалады.

Бүйректің шамасыздығы бар науқастардың күтімі

Пациенттің проблемалары	Науқасты күтуде мейірбикенің ісі
1.Әлсіздік 2.Шаршағыштық 3. Бел аймағында ауырсыну. 4. Бас ауру, бас айналу 5.Дизуриялық өзгерістер. 6.Терінің құрғақтығы, қышыну. 7.Бетінде ісінулер. 8.Артериальды қысымның көтерілуі. 9.Ұйқышылдық, апатия 10.Психикалық өзгерістер.	1.Пациенттің тағайындаған тәртібін сақтауын бақылау. 2.Диета сақтауын және сұйықтық ішуін бақылау. 3.Науқасқа туыстарының әкелетін тамақтарын бақылау. 4.Дәрігер тағайындауын уақытымен орындау. 5.Үзбей АҚ, пульсін өлшеп санау. 6. Диурезін бақылау 7. Дене салмағын бақылау



ЦӘК «Терапиядағы МІ»

11. Аузынан ацетон иісі 12. Жүрек айну, құсу 13. Тәбетінің төмендеуі. 14. Тырысулар	8. Тырысуларда көмек көрсету. 9. Науқасты зерттеулерге дайындау; қанның биохимиялық анализі 10. Асқазанын жуу 11. Тері күтімі 12. Іш киімдерін, төсек жаймаларын ауыстыру
--	---

БАҚЫЛАУ СҰРАҚТАРЫ

1. Бүйрек тас ауруының себептері.
2. Бүйрек тас ауруының симптомдары.
3. Бүйрек тас ауруының емі.
4. Зәр шығару жолдары ауруларының диагностикасы.
5. Негізгі емдеу принциптері.
6. Бүйрек тас ауруының алдын алуы.
7. Бүйрек шамасыздығының дамуына әсер беретін факторларын атаңыз.
8. Бүйрек шамасыздығының клиникалық белгілері.
9. Уремия дегеніміз не?

ЦӘК «Терапиядағы МІ»

ДӘРІС №11

ТАҚЫРЫБЫ: Анемиялар (теміртапшылықты, В12-тапшылықты, гипопластиялық, гемолитикалық анемиялар).

ДӘРІС МАҚСАТЫ:

- анемиялар (теміртапшылықты, В12-тапшылықты, гипопластиялық, гемолитикалық анемиялар) этиологиясын есте сақтау;
- клиникалық көрінісін суреттеу, ағымын түсіндіру, диагностикасын таңдау, асқынуын есте сақтау;
- емдеу принциптерін жоспарлау.

Білімділік (оқыту): білім беру, оқу-машықтану дағдыларын қалыптастыру, алған ақпараттарды нақтылау, студенттің жаңа білімді игеру, қабылдау жолдарын жетілдіру және т.б.

Дамытушылық: ойлау қабілетін дамыту, сыни тұрғыдан логикалық және клиникалық ойлау дағдыларын дамыту, топтың белсенділігін арттыру, өзін-өзі жетілдіруге үйрету. Түрлі жағдаяттар мен қосымша сұрақтар арқылы студенттердің нақты білімділігін айқындау.

Тәрбиелік: студенттердің адамгершілік, көзқарасын, эстетикалық қасиетін, өз пікірін қорғауды, тәртіп пен еңбекқорлық қабілеттерін дамыта отырып тәрбиелеу.

ДӘРІС ЖОСПАРЫ:

1. Анемиялар, анықтамасы, жіктелуі.
2. Теміртапшылықты анемия, анықтамасы, этиологиясы, клиникалық көрінісі, диагностикасы, емі.
3. Цианокобаламинтапшылықты анемия, анықтамасы, этиологиясы, клиникалық көрінісі, диагностикасы, емі.
4. Гемолитикалық және гипопластиялық анемиялар туралы түсінік.
5. Анемиямен науқастың күтімі.

ДӘРІС МАЗМҰНЫ:

Анемия немесе қан аздық — қан гемоглабинінің (Нв) және эритроциттер санының азаюымен қосарланатын патологиялық күй.

Анемияның критерийлері: әйелдерде Нв 120 г/л, эритроциттер саны 4×10^{12} /л, еркектерде Нв 140 г/л, эритроциттер саны $4,5 \times 10^{12}$ /л ден аздығы.

Анемиялардың жіктелуі. Анемиялар даму тегіне қарай үш топқа бөлінеді:

- I. Қан жоғалтудан дамиды.
 1. Жедел постгеморрагиялық анемия.
 2. Созылмалы постгеморрагиялық анемия.
- II. Эритроциттердің және гемоглобиннің түзілу бұзылысынан дамиды.
 1. Темір тапшылықты анемия.

ЦӘК «Терапиядағы МІ»

2. В₁₂ –витамин және фолий қышқыл тапшылықты анемия.

III. Эритроциттердің шамадан артық ыдырауынан дамидын (гемолиздік) анемиялар.

1. Туа пайда болған.

Теміртапшылықты анемия (ТТА) – қан сарысуында, сүйек миында, деполарда темірдің жетіспеуінен дамидын анемия.

Темір тапшылықты анемия – жер бетінде кең тараған патологиялық процесс, оның саны барлық анемиялардың 80-95% құрайды. Онымен ауратын көбіне әйелдер, мәселен жүкті әйелдердің және 16-17 жастағы қыздардың 60-65% осы ауруға шалдығады.

Этиологиясы.

1. Қан жоғалтуға әкелетін жағдайлар:ас қорыту жолдарының аурулары (эррозиялар, жаралар, гемморой),әр түлі қан кетулер (мұрыннан, өнештен, жатырдан, асқазаннан, өкпеден), донорлық (400-500 мл қан тапсырғанда онымен 250 мл темір кетеді), гельминтоз.

2. Темір сіңірілуінің бұзылысына әкелетін жағдайлар:ас қорыту жолының аурулары (жіңішке ішектің резекциясы, созылмалы энтерит, панкреатит); қою шайға әуесқойлық (шайдың құрамындағы танин темірдің сіңірілуі бөгейді); гипотиреоз.

3. Темірдің көп мөшерде жұмсалыуына әкелетін жағдайлар:уланулар, ісіктер, жүктілік және лактация, организмнің тез өсуі.

4. Темірдің туа біткен тапшылығы: көп балалы темір тапшылығы бар анадан туылу.

5. Темірдің тамақпен аз түсуі: ет тағамдарын тұтынбау(вегетариандықтар, дұрыс тамақтануға материалдық жағдайы келмейтіндер, тісі жоқ қариялар).

Клиникалық көрінісі. Анемияға шалдыққан науқастардың көбінде әлсіздік, бас ауруы, бас айналуы, есте сақтау қабілетінің төмендеуі, ұйқышылдық пайда болады, шаршағыш, көз алдында шыбын -шіркей тәрізді көлеңкелер көрінеді. Мидың есте сақтау, зейін қою қасиеттері төмендейді. Ауасы жеткіліксіз жағдайда немесе төсектен тез тұрған кездерде науқастар кейде талып қалады. Бұл белгілер бас миының гипоксиясы мен гипоксемиясынан болады. Дәм, иіс сезуінің өзгеруі, сондықтан топырақ, бор, күл жеуге, бензин, ацетон басқада иістерді иіскеуге құштарлық.

Объективті: Терінің құрғауы, түлегіштігі; шаштың түсуі, ерте ағаруы, жылтырын жоюы, үзілгіштігі; тырнақтардың жұқалығы, сынғыштығы, көлденең сызықталуы, бұлыңғырлануы; тырнақтар ортасының қасық тәрізді ойықталуы – койлонихия; парадонтоз бен кариестің тез дамып өрістеуі. Қуық сфинктерінің әлсіздігінен зәр шығарудың жиіленуі, күлген, жөтелген, түшкірген кездерде зәрдің еріксіз шығып кетуі; түнгі ұйқы кезінде зәрді ұстай алмау (энурез).

Асқорыту жолы кілегей қабығының атрофиясы, осыдан атрофиялық гастриттің, энтериттің дамуы. Иммундық жүйенің әлсізденуінен жедел респираторлы-вирустық, өзге инфекциялық-қабыну процестерге шалдығуға және инфекцияның созылмалыға ауысуына бейімділік.

Анемия болғанда жүрек –тамыр жүйесіне күш түседі. Осыдан тахикардия, ентікпе, жүректің қағу сезімдері пайда болады, жүрек біршама ұлғайады. Анемияның ауыр және ұзаққа созылған түрінде анемиялық миокардиодистрофия дамиды.

Диагностикасы.

1. Қан анализінің өзгерістері:
гемоглобин концентрациясының азаюы;
түс көрсеткішінің төмендеуі (0,7-0,5)
эритроциттердің кішіреюі (микроцитоз)
эритроциттердің көлемі мен пішінінің әртүрлігі (пойкилоцитоз, анизоцитоз)
2. темір алмасуының бұзылыстары келесі биохимиялық зерттеулермен анықталады:
қанның сарысуындағы темірдің мөлшері. Қалыпты көрсеткіші 12,5-30,4 мкмоль; темір тапшылығында 1,8-5,4 мкмоль/л дейін төмендеуі мүмкін.
3. Анемияның себебін анықтау мақсатымен жасалатын зерттеулер:
ФЭГДС;

ЦӘК «Терапиядағы МІ»

Нәжісті ішек құрттарына тексеру;

Нәжісті жасырын қан кетуге зерттеу;

Асқорыту жолының рентгенологиялық зерттеулері (ісіктерді, диафрагманың жарығын т.б. анықтау мақсатымен);

4. Тік ішекті тексеру (геморройды, ісікті, жаралы колитті анықтау үшін);

5. Гинекологтың көмегімен мено-, метрорагияның себебін анықтау.

Емі. Барлық жағдайларда қан жоғалтудың себебін тауып, оны жою қажет.

Емдік дәм. Тағамдар темірге бай болуы тиіс. Темірге бай өнімдер: сиыр еті, балық, бауыр, өкпе, бүйрек, жұмыртқа; бұршақ, қарақұмық жармалары; алма, шабдалы, қара өрік, т.б.

Сонымен қатар өзге микроэлементтер де қажет (мыс, марганец, кобальт, мырыш). Аталған микроэлементтер мал өнімдерінде, дәнді дақылдарда (сұлы, арпа, бидай, бұршақта) мол.

Дәрмектік ем. Ферротерапияны қолдану. Темір дәрмектерін тамақтан 1 сағат бұрын немесе 2 сағат кейін ішкізеді. Темірдің сіңірілуін жақсарту үшін темір дәрмектерімен бірге ацидин-пепсин, тұз қышқылын, табиғи асқазан сөлін, аскорбин қышқылын суға ерітіп және құрамында фруктоза болатын тағамдарды ішкізеді.

Ферротерапияның әсерін арттыру үшін антиоксидант болып табылатын Е витаминді 1 капсуладан 2 рет/күніне, 1 ай ішкізеді.

Кең қолданылатын темір дәрмектерінің сипаттамасы.

Дәрмектің аты	Бір таб-дағы Fe ⁺⁺ мөлшері(мг)	Тәулікті дозасы
1.Фенюльс (150мг темір сульфаты + вит)	45 мг	1-2 капс.
2.Ферроплекс (50 мг темір сульфаты+ аскорбин қышқылы 30 мг)	11 мг	8-9 таб.
3.Ферроградумет – 105 мг.	105 мг	1 таб.
4. Тардиферон (темір сульфаты+ мукопротеза)	200 мг	1 таб.
5. Гино-тардиферон (256 мг темір сульфаты+ 350 мг фоллий қышқылы + 30 мг аскорбин қышқылы)	80 мг	1-2 капс.
6.Сорбифер Дурулес (темір сульфаты+ 60 мг аскорбин қышқылы)	100 мг	2 капс.
7. Гемсинерал-ТД (темір фумараты 200 мг+ цианокобаламин 15 мкг+фоллий қышқылы 1,5 мг)	100 мг	1-2 капс.

Парентеральдік дәрмектерді арнайы көрсеткіштер болса қолданады.

(Анемияның ауыр түрі, пероральды іше алмаса)

Эктофер – 2 мл ампулада (темірдің мөлшері 100 мг), 1рет/т 2 мл б/етке енгізеді.

Фербитол – 2 мл ампулада (темірдің мөлшері 100 мг), 1рет 2 мл б/етке енгізеді.

Ферум-лек – ампулада 2 мл (темірдің мөлшері 100 мг), бұлшықетке күн ара енгізіледі.

Осы препараттардың вена ішіне енгізілетін түрлері ампулада 5 мл (темірдің мөлшері – 100 мг), 1-ші күні 2,5 мл, 2-ші күні 5 мл, 3-ші күні 10 мл қосып вена ішіне баяу енгізеді.

Ағзада темірдің қорын толықтыру. Гемоглобин деңгейі қалпына келген соң, темірдің қорын толықтыру үшін дәрмектің дозасын 2-3 есе азайтып, емді әрі қарай 3 айға жалғастырады.

Рецидивке қарсы (сүйемдеуші) ем. Қанның жоғалтылуы қайталанатын жағдайларда, мысалы етеккірге байланысты, темір дәрмегін әр айда 7-10 күн ішкізеді, ал анемия қайталанса, емді 1-2 айға созады.

Витамин В₁₂ – тапшылықты анемия – В₁₂ витаминінің жетіспеуінен дамидын патологиялық жағдай.

Этиологиясы: Витамин В₁₂ – тапшылықты анемияның басты себебі –В₁₂ витаминінің жетіспеушілігі. Витамин В₁₂ жетіспеушілігі келесі себептерден болады.



ЦӘК «Терапиядағы МІ»

1. Гастроукопротеин синтезінің аздығы: атрофиялық гастрит, асқазанның резекциясы, асқазан рагы, ішімдік.

2. Жіңішке ішектің бойында В₁₂ витамині сіңірілуінің бұзылысы: созылмалы энтерит, жаралы колит, жіңішке ішектің резекциясы,

3. Витамин В₁₂ – нің конкурентті пайдалануы: гельминтоз, ішектің ауыр дисбактериозы.

Клиникалық көрінісі. Көбіне 40-50 жастан асқан адамдарда кездеседі. Ауру жасырын басталып, біртіндеп өрістейді. Ағымы бойынша бір өршіп, бір бәсеңсейді. Ауру асқорыту жүйесі зақымдану белгілерінен басталады. Науқастың тәбеті төмендейді, кейбір тағамдардан, мәселен еттен, наннан жиіркенеді, тілдің ұшы, қызыл иек, еріндер, тік ішек күйдіріп, ашын ауырады. Тілдің беті лакталғандай жалтырайды және түсі таңқурай тәрізді күрең қызыл болады.

Терінің түсі қуқыл және сарғыш реңді. Парестезия типті бұзылыстар – жансыздану, қол-аяқтың ұюы, шымырлауы, аяқ басының, кейде қол ұшының сезімталдығының жойылуы байқалады. Аяқтардың әлсіздігі, әсіресе баспалдақпен көтерілгенде және жүргенде координацияның бұзылуы.

Диагностикасы. Қанның жалпы анализінде гиперхромдық анемия анықталады: қанда эритроциттердің саны, гемоглобиннің мөлшері азаяды, түсті көрсеткіш 1,15- 1,5 дейін көтеріледі. Сонымен қатар , эритроциттердің өзгеруі - Кебот сақиналары, Жолли денешіктері.

Емі: В₁₂ витаминді енгізу арқылы тапшылықты жою.

Цианокобаламин 500 мкг күн сайын бұлшық етке енгізіледі. Емді шамамен 4-6 апта жүргізеді.

Стационардан шыққаннан кейін диспансерлік тіркеуге алып 1-2 айда қанын тексере отырып, рецидивке қарсы ем жүргізеді.

Гемолитикалық анемия – эритроциттердің көп ыдырауынан (гемолиз) дамидын анемия. Бұл ауру екі топқа бөлінеді: 1) туа пайда болған (ферменттердің жеткіліксіздігі, гемоглобин құрамның өзгерістері); 2) жүре пайда болған (қарсы денелер, механикалық, химиялық, паразитарлық, токсиндер әсерінен). Жүре пайда болған анемияның клиникасында улану көріністері байқалады. Анемия қалыпты немесе гиперхромды. Көп жағдайларда иммундық өзгерістер пайда болады. Еміне глюкокортикоидтар қолданылады.

Гиполастиялық анемия – сүйек миы қызметінің төмендеуінен дамидын анемия. Сондықтан эритроциттердің, лейкоциттердің және тромбоциттердің мөлшері азаяды. Себептері: 1) сыртқы факторлар (иондаушы радиация, цитостатикалық препараттар, химиялық заттар); 2) ішкі факторлар (уремия, гипотиреоз т.б.). Науқастардың тісі боз, кейде қанталаған болады. Жедел басталса қан ағу бегілері және дене температурасы жоғары болады. Қанда нормохромды анемия. Гемоглобин 20-30 г/л, ретикулоциттер, лейкоциттер, тромбоциттер аз. ЭТЖ 30-50 мм/сағ. Емі: 1) теріс әсерін тигізетін химиялық заттарға, дәрілерге тим салу; 2) эритроцитарлық тромбоцитарлық компоненттік массаны құю; 3) қантамырларын жақсартатын препараттар (аскорбин қышқылы, рутин, дицинон), неробол, цитостатиктер, антилимфоцитарлық иммуноглобулин.

Анемиямен науқастың күтімі.

Пациенттің проблемалары	Науқасты күтуде мейірбикенің ісі
1.Әлсіздік 2.Шаршағыштық 3.Жүректің соғуы 4.Бас ауру, бас айналу 5.Дәм сезудің өзгеруі 6. Диспепсиялық өзгерістер 7.Парестезиялар 8.Бұлшық еттерінің әлсіздігі 9.Координацияның бұзылуы 10.Аяқ қолдарының жансыздануы 11.Терінің трофикалық өзгерістері	1.Емдеу-сақтану тәртібін бақылау 2.Қунарлы тамақтануын бақылау 3.Тері қабаттарының жағдайын бақылау 4.Дәрігер тағайындауын дер кезінде, бұлжытпай орындау 5.АҚ өлшеу, пульсті санау 6,Терісін күту 7.Бөлмені тазалауын және желдетуін бақылау 8.Науқасқа координациясы бұзылғанда көмек көрсету



ЦӘК «Терапиядағы МІ»

12.Тырнақтарының сыңғыштығы 13.Шашының түсуі	9.Үлкен, кіші дәретін бақылау 10.Анемияның алдын алуы туралы әңгімелесу жүргізу
---	---

БАҚЫЛАУ СҰРАҚТАРЫ

1. Анемияның анықтамасы мен жіктелуі қалай?
2. Теміртапшылықты анемия, анықтамасы мен этиологиясын айтыңыз.
3. Аурудың клиникалық көрінісі, диагностикасы, емі.
4. Цианокобаламинтапшылықты анемия туралы не білесіз?
5. Гемолиздік және гипопластиялық анемия деген не?
6. Анемиямен науқастың күтімі.

ЦӘК «Терапиядағы МІ»

ДӘРІС №12

ТАҚЫРЫБЫ: Лейкоздар. Геморрагиялық диатездер.

ДӘРІС МАҚСАТЫ:

- лейкоздар, геморрагиялық диатездер этиологиясын есте сақтау;
- клиникалық көрінісін суреттеу, ағымын түсіндіру, диагностикасын таңдау, асқынуын есте сақтау;
- емдеу принциптерін жоспарлау.

Білімділік (оқыту): білім беру, оқу-машықтану дағдыларын қалыптастыру, алған ақпараттарды нақтылау, студенттің жаңа білімді игеру, қабылдау жолдарын жетілдіру және т.б.

Дамытушылық: ойлау қабілетін дамыту, сыни тұрғыдан логикалық және клиникалық ойлау дағдыларын дамыту, топтың белсенділігін арттыру, өзін-өзі жетілдіруге үйрету. Түрлі жағдаяттар мен қосымша сұрақтар арқылы студенттердің нақты білімділігін айқындау.

Тәрбиелік: студенттердің адамгершілік, көзқарасын, эстетикалық қасиетін, өз пікірін қорғауды, тәртіп пен еңбекқорлық қабілеттерін дамыта отырып тәрбиелеу.

ДӘРІС ЖОСПАРЫ:

1. Лейкоздар, анықтамасы, этиологиясы, жіктелуі.
1. Жедел лейкоздар, анықтамасы, жіктелуі, этиологиясы, клиникалық көрінісі, диагностикасы, емі.
2. Созылмалы лейкоздар, анықтамасы, этиологиясы, клиникалық көрінісі, диагностикасы, емі.
3. Лейкозбен науқастың күтімі.
4. Геморрагиялық диатездер, жіктелуі, этиологиясы, клиникалық көрінісі.
5. Геморрагиялық васкулит, тромбоцитопения, гемофилия.

ДӘРІС МАЗМҰНЫ:

Лейкоз – сүйек миының қантүзу жасушаларынан дамыған қатерлі ісіктер.

Лейкоздың 100 000 тұрғынға шаққанда кездесу жиілігі 13 шамасында. Әйелдерге қарағанда ер кісілер бұл ауруға жиі шалдығады.

Этиологиясы. Лейкоздың даму себептері толық анықталмаған. Бұл туралы вирустық, химиялық, эндогендік және иондаушы радиациялық теориялар орын алуда. Генетикалық және тұқымдық фактор, хромосомалық аномалиялар.

Жіктелуі. Ісіктер жасушалардың түріне қарай лейкоздардың жедел және созылмалы түрлерін айырады. Жедел лейкоз ісіктің субстраты – бластық жасушалар, ал созылмалы лейкозда – жетіле келген және жетілген жасушалар.

ЦӘК «Терапиядағы МІ»

Жедел лейкоздар - жетілмеген бластық қантүзу жасушаларының қалыпты сүйек миының орнын басып алумен сипатталатын лейкоздың тез өрістейтін түрі.

Жіктемесі. Жедел лейкоздар екі топқа бөлінеді:

1. Жедел лимфобласттық лейкоз (ЖЛЛ), жедел лейкоздардың 15 % құрайды. Оның ісіктік субстраты – лимфобласт, көбіне балалық шақта дамиды.
2. Жедел миелобласттық (миелогендік) лейкоз (ЖМЛ), ісіктік субтраты - миелобласт, ересек жастағыларда кездеседі.

Жедел лейкоздар гемоблостоздардың ең ауыр, ең жиі түрі.

Клиникалық көрінісі. Аурудың ағымы 3 сатыда өтеді: *бастапқы, жайылма, терминальды.*

Бастапқы сатыда аурудың басталуы әр түрлі. Науқастардың 20% - да ауру біртіндеп баяу дамиды. Алғашқы кездерде әлсіздік, шаршағыштық, сүйектердің ауырсынуы, дене қызуының субфебрильді деңгейде әлсін - әлсін биіктеуі байқалады. Науқастардың тең жартысында аурудың бастамасы жедел жұқпалы ауруға ұқсайды – жаралы некрозды баспа, жедел респирациялық ауру, жаралы стоматит тәрізді басталады.

Науқастардың 10% да аурудың алғашқы көрінісі қан кетуден басталады (мұрыннан, ас қорыту жолынан, жатырдан).

Жайылма сатысында аурудың белгілері айқын: биік қызбамен қатар іштің ауруы, диспепсиялық бұзылыстар болады. Науқастардың жағдайы ісіктің көлеміне және таралу деңгейіне тәуелді. Науқастарда лимфа түйіндері, талақ (көк бауыр) ұлғайған. Қанда бласт жасушалар анықталады.

Тері, кілегей жамылғыларының аса қуқылдануы тән. Терінің бетінде петехиялық, дақты қанталаулар және ісіктің метастаздары теріге тараса, теріде сүйелге ұқсас, түрі қызғылт немесе қоңырлау өскеншектер – лейкемидалар болады.

Өкпе зақымданғанда пневмонияға, плевритке ұқсас жөтел, ентікпе, қан қақыру байқалады. Жүрек жағынан тахикардия, систолалық шу, тондардың әлсіздігі байқалады. Асқорыту жүйесінен стоматит, гингивит, жүрек айнуы, іштің ауруы, іштен қан кетеді.

Лейкоз көріністерінің ең қауіптісі – нейрорлейкемия. Бласттық жасушалар мидың қабықтарына, мидың затына, нерв талшықтарына еніп өседі. Нейрорлейкемияның көрінісі менингеальдық синдромға, бас миының ісігіне тән белгілермен сипатталады.

Терминальды сатысында: ірінді-сепсистік асқынулар, уытты гепатит, қансырулар.

Созылмалы лейкоз – сүйек миының дифференцияланып қалған жасушаларынан түзілетін ісіктер. Миелогенді және лимфогенді түрлерге бөлінеді.

Созылмалы миелогенді лейкоз көбіне ересек 30-50 жаста пйда болады. Ауру созылмалы түрде өтеді, рецидив кезінде қанда бласттық криз анықталады және клиникасы жедел лейкозға ұқсайды.

Созылмалы лимфогенді лейкоз көбіне егде жаста кездеседі. Ер адамдарда екі есе жиі. Ауру созылмалы түрде рецидив, ремиссия беріп өтеді. Негізгі белгісі лимфотүйіндердің ұлғаюы. Олар жұмсақ, қозғалымды, ұлғаюы әр түрлі – бұршақтың көлемінен тауықтың жұмыртқасындай. Клиникасы жедел лейкоздай.

Диагностикасы. Лекоздан күдіктенгенде қанның жалпы анализін зерттейді және трепанобиопсия жасалады. Бласттық жасушалар болғанда лейкоздың түрін анықтау үшін морфологиялық, цитохимиялық, цитогенетикалық және иммунологиялық зерттеулерді жүргізеді.

Қан анализінде болатын өзгерістер: анемия; бласттық жасушалардың болуы; лейкопения (50%) немесе гиперлейкоцитоз ($20-50 \times 10^9$ /л дейін); кейде лейкоциттердің саны қалыпты болады; тромбоцитопения.

Емі. Емнің негізгі мақсаты – химиотерапиялық әдісімен лейкоздық жасушалар клонын толық қырып жою. Ол үшін әртүрлі цитостатиктерді қолданады, оларды лейкоздық жасушалардың митоздық циклына сәйкестеп қолданады: цитозин – арабинозид, нитрозомочевина, 6-меркаптопурин, винбластин, винкристин, метотрексат, циклофосфан. Қазіргі кездегі ем

ЦӘК «Терапиядағы МІ»

науқастардың 60-80% -ның толық ремиссияға жетуіне, ал 20-30 % -ның толық сауғуына мүмкіндік береді.

Инфекциялық асқынулардан сақтану үшін науқастарды асептикалық палатаға жатқызады. Дене қызуы биіктесе кең спектрлі антибиотиктерді қолданады: *цефалоспори́ндер* + *аминогликозидтер* немесе жартылай синтезденген *пенициллиндер* + *цефалоспори́ндер*.

Лейкозбен науқастың күтімі.

Пациенттің проблемалары	Науқасты күтуде мейірбикенің ісі
1.Әлсіздік 2.Шаршағыштық 3. Сүйектердің ауырсынуы 4.Теріде қанталаулар 5.Стоматиттер 6.Тамағының ауырсынуы	1.Емдеу-сақтану тәртібін бақылау 2.Қунарлы тамақтануын бақылау 3.Тері қабаттарының жағдайын бақылау 4.Дәрігер тағайындауын дер кезінде, бұлжытпай орындау 5.АҚ өлшеу, пульсті санау 6.Стернальды пункцияға аспаптарды дайындау 7.Бөлменің гигиеналық тәртібін бақылау 8.Бөлмеде ызғар болдырмау және науқасқа салқын тидірмеу.

Геморрагиялық диатездер (ГД) – қанағыштыққа алып келетін туа немесе жүре пайда болған аурулар немесе синдромдар.

Қанағыштық, өз - өзінен немесе болар – болмас жарақаттан қанның кетуімен немесе қанның құйылуымен сипатталады. Қанағыштықтың дамуына қатысатын 3 негізгі факторлар:

1. тамыр қабырғасының кемістігі
2. тромбоциттердың санымен қызметінің өзгеруі
3. қанның ұю қызметінің өзгеруі

Жіктемесі. Қанағыштықтың басты механизіміне қарай, ең жиі кездесетін геморрагиялық диатездердің бірнеше топтарын айырады.

1. *Геморрагиялық васкулиттер* (тамыр қабырғасының кемістігі) – Шенлейн- Генох ауруы.
2. *Тромбоцитопениялар* (тромбоциттер санының азаюы) және тромбоцитопатиялар (тромбоциттердің функциялық кемістіктері) – Верльгоф ауруы.
3. *Коагулопатиялар* (қан ұюының плазмалық факторларының тапшылығынан немесе антикоагулянттардың дозасын асыруынан дамиды) – гемофилиялар (А, В, С түрлері).

Этиологиясы. Тұқым қуалаушы геннің кемістігі, тамырлық эндотелийдің инфекциялық-уытты зақымдануы (сепсисте, инфекциялық эндокардитте), С және В авитаминоздар

Клиникалық көрінісі. Геморрагиялық диатездердің көрінісі геморрагиялық синдромның түріне және ауырлық деңгейіне тәуелді.

Геморрагиялық васкулитте дененің, қол-аяқтың бетінде өз - өзінен пайда болатын қанталау дақтар. Дененің симметриялық аймақтарында эритемалық дақтар және петехиялық гемморагиялар пайда болуы.Болмашы жарақаттан немесе өз-өзінен гемоартроздардың, гематомалардың дамуы.Ұзаққа созылатын етеккір, мұрынның жиі қанауы, тік ішектен қан кетуі, жұлынған тіс орнының тоқтаусыз қанауы.Бүйрегі зақымданса – микрогематурия. Аурудың көрінісінде дене қызуының жоғарлауы, салмақ жоғалту, анемия белгілері - әлсіздік, шаршағыштық, бас айналуы, еңтікпе байқалады. Тромбоциттер мөлшері және қызметі өзгермеген.

Тромбоцитопениялар. Аурудың жедел және созылмалы түрлерін айырады. Аурудың жедел түрі жедел басталады, геморрагиялық синдром тез дамиды бірақ ағымы ауыр болғанымен 5-6

ЦӘК «Терапиядағы МІ»

айдан кейін науқастар толық сауығады. Көбіне шалдығатын 2-6 жас шамасындағы балалар. Дерттің созылмалы барысы көбіне ересек жастағыларда байқалады. Оның ұзақтығы бірнеше жылға созылады.

Көріністе орын алатын басты белгісі - кілегей қабықтардан қан кетуі (мұрыннан, жатырдан, келген етеккірінің тоқтамуы, қызыл иектің қанағыштығы), ең қауіпті асқынуы – миға қан құйылу. Кейде көздің тор қабығына, склераға қан құйылады. Көлемді опрeациялық жарақаттардан немесе босанғаннан кейін қан кету байқалады, бірақ аса ауыр қансырау болмайды.

Бұл ауруда терінің бетінде кішігірім көгерген дақтар, петехиялар, кейде экхимоздар өз-өзінен пайда болады. Бұлар түсін өзгертіп отырады – «барыс терісі» деп аталады.

Қанның анализінде тромбоциттердің саны азаяды ($100 \times 10^9/\text{л}$ кем), қанағыштық тромбоциттердің саны төмендеген кезден басталады.

Гемофилиялар. Адамзатқа көне заманнан белгілі геморрагиялық диатездердің классикалық түрі. Гемофилиялар қан ұю факторының синтезіне жауапты геннің кемістігінен болады. Тапшы немесе кемісті фактордың түріне қарай гемофилиялардың А, В, С түрлерін айырады:

Гемофилия А - гемофилиялардың ең жиі түрі және тек қана еркектер ауырады, әйелдер тасымалдаушы болатын, тұқым қуалайтын ауру. Дерттің себебі - Х- хромосомадағы қан ұюдың VIII факторының синтезіне жауапты геннің кемістігі.

Клиникалық көрінісі. Сырқаттың ауыр түрі нәрестенің дүниеге келген кезінен байқалады: кефалогематоманың болуынан, кіндіктің тоқтаусыз қанауынан. Орташа ауырлықты гемофилияның белгілері баланың еңбектеген, жүре бастаған кезінен, ал жеңіл түрінің көріністері жасөспірім шақтан білінеді.

Нәрестелердің көбінеде туылған кезде кейде ғана қанағыштық байқалады. Қан кетулер балалар тәй-тәй басып жүре бастаған кезден болады. Балалардың ауызы, мұрыны қанайды, құлағаннан кейін денесінде, басында ірі гематомалар пайда болады. Қанның ұюмауынан гематомалар біртіндеп ұлғаяды. Жиналған қан бұлшықеттің аралықтарымен, фасциялардың астымен жан-жаққа таралады және тамырларды, нервтерді, бұлшықеттерді басып, функцияларын бұзады, қатты ауырсынуды туғызады.

Дерттің басты көрінісі – гемофилиялық артропатия. Ең жиі тізе, шынтақ буындары зақымданады. Гемоартроз болмашы жарақаттан, аяқтың оқыс таюынан, салмақ түсуден пайда болады. Құйылған қанның көлемі жарақаттанудың дегейіне сәйкес емес. Қан құйылған кезде буын қатты ауырады, тез ісінеді, бетінде тері керіліп қызарады. Сонымен қатар дененің қызуы жоғарлайды, нейтрофильдік лейкоцитоз пайда болады, ЭТЖ биіктейді. Ем дұрыс жүргізілсе, бірінші рет дамыған гемоартроз ізсіз тарқайды. Кейін артропатиялар дамиды: буын өзгеріп, қызметі шектеледі.

Гемофилияның көрінісінде аса қауіпті – қанның ауыз, көмей қуысынан кетуі, әбден тоқтаусыз кеткенде, қанның асапирациясына жол бермеу үшін, трахеяны тез интубациялауға мәжбүр етеді. Геморрагиялық инсульт ешбір жарақатсыз өз-өзінен дамуы мүмкін.

Бүйректен жиі қан кету созылмалы пиелонефриттің және бүйрек шамасыздығының дамуына септігін тигізеді.

Қанның жалпы анализінде өзгерістер болмайды немесе анемия анықталады. Зәрдің жалпы анализінде гематурия, амилоидоз дамығанда протеинурия болады. Биохимиялық анализдерде айтралықтай өзгерістер болмайды.

Емі. Емдік шаралар қансыраудың механизміне қарай жүргізіледі.

Геморрагиялық васкулиттерде - *глюкокортикоидтық, цитостатиктік* ем. С авитаминозында – *аскорбин қышқылының* үлкен дозаларын көк тамырға құю.

Тромбоцитопенияларда - *преднизолон*, бір айдан кейін әсер етпесе *спленэктомия* жасалады. Спленэктомиядан кейін науқастар толық сауығады. Жедел түрінде гормондық емнен кейін тромбоциттердің саны тез көбейеді, науқастар толық сауығады.



ЦӘК «Терапиядағы МІ»

Гемофилия А-ның емінде VIII фактордың концентрациясы жеткілікті мөлшердегі қан перепараттарын қолданады - *жаңа тоңазытылған, антигемофильдік плазманы*.

Аса ауыр анемияда жуылған эритроциттерді аз-аздан құяды. Қансырау кезінде гемостаздық дәрмектерді енгізеді: *аминокапрон қышқылын, протеаза ингибиторларын, дицинонды*. Мұрынның қанауын тоқтату үшін мұрынның тампонадасын жасайды, андроксонды, аминокапрон қышқылын, гемостаздық губканы қолданады. Тампонаданы мақтамен жасаған тиімді.

БАҚЫЛАУ СҰРАҚТАРЫ

1. Лейкоздың анықтамасы мен жіктелуі қалай?
2. Жедел лейкоз, анықтамасы мен этиологиясын айтыңыз.
3. Аурудың клиникалық көрінісі, диагностикасы, емі.
4. Соозылмалы лейкоз, анықтамасы мен этиологиясын айтыңыз.
5. Лейкозбен науқастың күтімі.
6. Геморрагиялық диатез деген не?
7. Аурудың қандай түрлері бар?



ЦӘК «Терапиядағы МІ»

ДӘРІС №13

ТАҚЫРЫБЫ: Диффузды-токсикалық зоб, гипотиреоз.
Медбикелік үрдісті ұйымдастыру.

ДӘРІС МАҚСАТЫ:

- лейкоздар, геморрагиялық диатездер этиологиясын есте сақтау;
- клиникалық көрінісін суреттеу, ағымын түсіндіру, диагностикасын тандау, асқынуын есте сақтау;
- емдеу принциптерін жоспарлау.

Білімділік (оқыту): білім беру, оқу-машықтану дағдыларын қалыптастыру, алған ақпараттарды нақтылау, студенттің жаңа білімді игеру, қабылдау жолдарын жетілдіру және т.б.

Дамытушылық: ойлау қабілетін дамыту, сыни тұрғыдан логикалық және клиникалық ойлау дағдыларын дамыту, топтың белсенділігін арттыру, өзін-өзі жетілдіруге үйрету. Түрлі жағдаяттар мен қосымша сұрақтар арқылы студенттердің нақты білімділігін айқындау.

Тәрбиелік: студенттердің адамгершілік, қозғарасын, эстетикалық қасиетін, өз пікірін қорғауды, тәртіп пен еңбекқорлық қабілеттерін дамыта отырып тәрбиелеу.

ДӘРІС ЖОСПАРЫ:

1. Гипертиреоз, анықтамасы, этиологиясы, бейімдеуші фактор, клиникасы, диагностикасы.
2. Асқынулары, тиреотоксикалық криз.
3. Гипертиреоздың емі, тиреотоксикалық криздің емі.
4. Науқастарды диспансерлеу.
5. Диффузды уытты жемсаумен науқастың күтімі.
6. Гипотиреоз, анықтамасы, этиологиясы, , клиникасы.
7. Аурудың диагностикасы және емі.
8. Гипотиреозбен науқастың күтімі.
9. Эндемиялық жемсау, анықтамасы, этиологиясы, , клиникасы, емі, алдын алу.

ДӘРІС МАЗМҰНЫ:



ЦӘК «Терапиядағы МІ»

Гипертиреоз (диффузды уытты жемсау, тиреотоксикоз, Базедов ауруы) – бұл тиреоидты гормондардың секрециясының жоғарылауынан ағзадағы мүшелердің және жүйелердің өзгеруімен өтетін қалқанша безінің ауруы.

Этиологиясы: Психикалық жарақаттар, инфекциялы аурулар (тонзиллит, ревматизм т.б.), басқа да ішкі секреция бездерінің (гипофиз) қызметінің өзгеруі.

Бейімдеуші фактор: генетикалық бейімділік.

Клиникасы: науқастың шағымы – әлсіздік, қалқанша бездің ұлғаюы (жемсау), көз белгілері, жүректің қатты соғуы, кейде жүрек тұсында шаншитын ауырсыну, жүйкесінің тозуы, қозғыштық, жылауықтық, ұйқысының бұзылуы, тәбетті жоғарылауы, бірақ тез жүдеу, жиі іш өту, жұмысқа қабілетінің төмендеуі, терлегіштік, тынымсыздық, әйелдерде етеккір циклының бұзылуы.

Объективті: науқастар тынымсыз, жыбырлап қимылдай береді, саусақ қолдары дірілдейді (тремор), көп сөйлейді бірақ ойын аяқтамай басқа мәселеге айналып кетеді. Терісі нәзік, жұмсақ, ылғал, ыстық, тері асты май қабат жұқарған. Тахикардия – минутына 100-150-ге дейін, кейде аритмия, жүрек ұшында систоалық шу. Ауыр түрде – жүрек шамасыздығы байқалады: бауыр ұлғаяды, аяғы ісінеді, цианоз байқалады.

Көз белгілері: көздің жылтырауы, экзофтальм (бадрақ көз), кірпігін сирек қағуы, «қадалып» қарау (Штельваг белгісі), көз алмасын төмен түсіргенде жоғарғы қабағының қалып қалуы (Грефе белгісі), конвергенцияның әлсіздігі (Мебиус белгісі).

Қалқанша бездің ұлғаюы дәрежесі:

0- қалқанша без сипағанда анықталмайды;

I дәрежесі - қалқанша без көзге көрінбейді, сипағанда анықталады;

II дәрежесі - қалқанша без көзге көрінеді, сипағанда анықталады, бірақ мойын конфигурациясын өзгертпейді;

III дәрежесі - без мойын түрін өзгертеді, жуандатады;

IV дәрежесі - жемсау үлкен, жақсы көрінеді;

V дәрежесі - жемсау көрші мүшелерді қысады.

Диагностика: Қанның жалпы анализінде – анемия, лейкопения. Биохимиялық зерттеуде – гипохолестеринемия, гипоальбуминемия, кейде – гиперкалиемия. Негізгі зат алмасу көтерілген. Қанда қалқанша без гормондары өзгерген: үшйодтиронин (Т3), тироксин (Т4) мөлшері көбейген, гипофиз тиреотропты гормоны (ТТГ) қалыпты немесе төмендеген. Аспапты зерттеулер - қалқанша безді сканерлеу, УДЗ.

Асқынулары: Тиреотоксикалық криз, қан айналымының шамасыздығы, қалқанша безінің рагі.

Тиреотоксикалық криз: Бұл жағдайда тиреотоксикоздың белгілері кенеттен, тез арада пайда болады: науқаста қозу байқалады, тынымсыздық, дене қызығуы 39-40 °С, бұлшық еттерінің әлсіздігі, кейде парез, паралич болуы мүмкін, адинамия. Терісі қызарады, тершендік, қан қысымы төмендейді, тахикардия – минутына 150 ретке дейін, қусу, іштің өтуі, кейде сарғаю, лейкоцитоз. Науқаста жедел жүрек- тамыр шамасыздығы және бауырдың жедел атрофиясы дамуы мүмкін. 1,5-2 тәуліктің ішінде 30-50% науқастарда криз өліммен аяқталады.

Емі. Жеңіл түрде – амбулаториялық ем, орташа, ауыр түрінде – стационарлық ем.

Науқастарға физикалық, психикалық тыныштық тағайындайды. Емдәмінде – белокқа, витаминдерге (А,В,С) мол тағамдар.

Консервативті ем: Тиреостатикалық препараттар –тирозол, мерказолил(метилмазол) 30-60 мг/т бастап 5 мг/т түсу, 1-1,5 жылға дейін; дийодтирозин 0,05 x 2 рет/т; Люголь ерітіндісі 5-10 тамшы x2р; метилурацил 0,2 x 2-3р 6-8 айға.

Радиобелсенді йод 2-4 мг к/т; анаприлин 40-100 мг/т, тразикор 40-200 мг/т, спесикор, корданум. Глюкокортикоидтер: преднизолон 15-30 мг/т.

Иммуномодуляторлар: Т-активин, зимозан, левамизол 150 мг x 1 рет 5 күнге.

ЦӘК «Терапиядағы МІ»

Гемосорбция, плазмаферез.

Симптоматикалық ем: феназепам, жүрек гликозидтері, капотен, коринфар, диуретиктер, эссенциале, карсил.

Витамиотерапия. Хирургиялық ем. Диспансерлік бақылау.

Тиреотоксикалық криздің емі.

1.Тиреостатиктерді үлкен дозада беру: мерказолил, тирозол 200-300 мг -6 сағат сайын, науқас өзі іше алмаса назогастральды зонд арқылы беру.

2.В – адреноблокаторлар –анаприлин160-480 мг.

3.Глюкокортикоидтер: гидрокортизон 50-100мг. немесе преднизолон 60мг. 4 сағат сайын.

4.Дезинтоксикационды терапия: к/т 1-1,5 литр изотоникалық ерітіндісі немесе 1 литр 5 % глюкоза.

5. Камфора, кофеин, кордиамин, строфантин немесе корглюкон.

6. Хлоралгидрат, фенobarбитал.

7.Эффективті ем: плазмаферез.

Диспансерлеу. Пациенттер жылына 6 рет эндокринологта, 1-2 рет офтальмолог және невропатологта қаралады.

Диффузды уытты жемсаумен науқастың күтімі.

Пациенттің проблемалары	Науқасты күтуде мейірбикенің ісі
1.Жылдам қозғыштық, ашуланшақтық	1.Емдеу-сақтану тәртібін бақылау(жеке палата, қоздыру факторларын жою, деонтологиялық принциптерін сақтау,т.б.)
2.Жылауықтық	2.Құнарлы тамақтануын бақылау
3.Жүректің соғуы	3.Тері қабаттарының жағдайын бақылау
4.Тершеңдік	4.Дәрігер тағайындауын дер кезінде, бұлжытпай орындау
5.Ұйқысыздық	5.Дене салмағын бақылау
6.Аяқ қолдарының дірілдеуі	6.Бөлмені тазалауын және желдетуін бақылау
7.Салмақтың төмендеуі	7.Тиреотоксикалық кризде дәрігерге дейінгі көмек көрсету
8.Бұлшық еттерінің әлсіздігі	
9.Тынымсыздық	
10.Жылдам шаршау	
11.Ыстық көтере алмау	
12.Тиреотоксикалық криз даму мүмкіндігі	

Гипотиреоз - қалқанша безінің функциясының төмендеуі немесе толық жойылуы. Жиі 30-60 жасқа келген әйелдерде кездеседі.

Гипотиреоз біріншілік және екіншілік болып екі түрге бөлінеді. 95% біріншілік гипотиреоз кездеседі. Аурудың ауып түрі микседема деп аталады.

Этиологиясы. Біріншілік гипотиреоз туа болған бездің кемістігінен және радиобелсенді йодпен немесе антитиреоидті (мерказолил, тирозол) дәрілерімен емдегенде, жедел қабыну процестерден және қалқанша безге операциядан кейін дамиды.

Екіншілік гипотиреоз гипоталамус немесе гипофиздің алдыңғы бөлігінің зақымдануында дамиды.

ЦӘК «Терапиядағы МІ»

Клиникасы. Ауру баяу басталады, кейде науқастар аурудың алғашқы белгілерін есіне түсіре алмайды. Негізгі шағымдары - апатия, әлсіздік, ұмытшақ, тоңғыш, іш қатуы, қоршаған ортаға немқұрайлық, жұмысқа қабілетінің төмендеуі.

Объективті: науқас адам бір-біріне ұқсас келеді – сөйлеуі жәй, естуі төмен, дауысы жуан, қарлыққан, қимылы баяу, тежелген, жылы киінеді, көруы нашар, мимикасы төмен, көзі кішірейген, жылтыры жоқ, науқас ісінген- жоғарғы және төменгі қабақтары, еріні, беттері, ауыз қуысы, көмейі, сондықтан тілі аузына сыймай шығып турады. Кейде тілдің шетінде тістің іздері. Тері қабаттары боз, құрғақ, қалын, суық, ісінген теріге басқан кезде іздер қалмайды. Тырнақтары, шашы сынғыш. Дене қызуы төмен, брадикардия, жүрек тондары әлсіз. Жиі жүрек ишемиялық ауруы қосылады.

Орталық жүйке жүйесі жағынан - интеллект төмен, депрессия, психоз, сандырақтау, галлюцинациялар болуы мүмкін. Науқастарды емдемесе кретинизм дамиды.

Диагностика. Қанда – анемия, гиперхолестеринемия, гипоальбуминемия. Негізгі зат алмасу 50%-ға дейін төмендеген. Қанда қалқанша без гормондары: трийодтиронин (Т₃), тироксин (Т₄) мөлшері төмендеген. Аспапты зерттеулерден – қалқанша безді сканерлеу.

Емі.

Жеңіл түрде – амбулаториялық ем, орташа, ауыр түрінде – стационарлық ем.

Науқастарға физикалық, психикалық тыныштық тағайындайды. Емдәмінде – ақуызға, дәрумендерге (А,В,С) мол тағамдар.

Консервативті ем: Тиреоидты гормондардың орнын толтыру терапия – тиреоидин, тиреотом, тирекомб, үшйодтиронин, Л- тироксин.

Симптоматикалық ем, жақсы күтім, массаж, суға жүзу, дене шынықтыру, иглорефлексотерапия.

Кретинизм дамыған кезде науқасқа толық күтім қажет: тамақтандыру, үлкен дәретке отырғызып одан кейін астын жуу, жуындыру.

Диспансерлеу. Пациенттер эндокринологта бақыланады.

Гипотиреозбен науқастың күтімі.

Пациенттің проблемалары	Науқасты күтуде мейірбикенің ісі
1.Апатия,депрессия, галлюцинациялар	1.Құнарлы тамақтануын бақылау (қажет болса тамақтандыру)
2.Әлсіздік	2.Терімен шашын күту
3.Баяу қимылдау	3.Дәрігер тағайындауын дер кезінде, бұлжытпай орындау
4.Есту, көру, есте сақтаудың төмендеуі	4.Дәретке отыруын бақылау
5.Сөйлеудің тежелуі	5.Бөлмені тазалауын және желдетуін бақылау
6.Тоңғыштық	6.Салқын тиіп қалуын бақылау
7. Терісі құрғақ, қабыршықтанған, ісінген	7. Жүруге көмектесу.
8.Бұлшық еттерінің әлсіздігі	
9.Тырнақтарының сынғыштығы	
10.Шашының түсуі	
11. Іш қату	
12.Интеллекттің төмендеуі	

Эндемиялық жемсау – қалқанша безінің ұлғаюы негізгі белгі боп табылатын ауру. Кең тараған ауру, жемсауға эндемиялық белгілі аймақтарда кездеседі. Дүние жүзінде 200 млн астам науқас адам кездеседі.

Этиология. Негізгі себебі топырақпен суда йодтың жетіспеуінен, сол аймақта өнген тағамдада жетіспейді. Ағзаға йодтың аз мөлшерде түсуінен қалқанша безі гормондарының

ЦӘК «Терапиядағы МІ»

жеткіліксіздігі дамып, гипофиздың тиреотропты гормоны көп мөлшерде бөліне бастап, қалқанша бездің гиперплазиясын дамытып, жемсауды өсіреді.

Клиникасы. Негізгі клиникалық белгі – қалқанша безінің ұлғаюы. Аурудың басқа белгілері қалқанша бездің функциясының өзгеруінен байқалады. 70-80 % жағдайларда қалқанша бездің қызметі сақталған, сондықтан жемсау эутиреотидті болып саналады.

Қалқанша бездің өсуіне байланысты түйінді, диффузды, аралас болып бөлінеді. Түйінді жемсау – қалқанша без ұлпасының бір бөлігінің буын тәрізді дөңгеленіп өсуі. Диффузды жемсау – қалқанша без ұлпасының біркелкі жайылып өсуі. Жемсау үлкейген сайын көрші жатқан мүшелерді қысады, әсіресе жатқан кезде. Науқастың тынысы нашарлау, жұтынуы қиындау, басы солқылдап ауруы мүмкін. Қалқанша бездің функциясы төмендегенде, әлсіздік, бас ауру, жылдам шаршағыштық, жүрек тұсында жағымсыз сезім дамиды. Ал, функциясы жоғарыласа тиреотоксикоз белгілері пайда болуы мүмкін – қозғыштық, жүдеу, жүрек соғуы.

Қалқанша бездің ұлғаюы дәрежесі:

0 – қалқанша без сипағанда анықталмайды.

I-дәрежесі – қалқанша без көзге көрінбейді, сипағанда анықталады.

II-дәреже - қалқанша без көзге көрінеді, сипағанда анықталады, бірақ мойын конфигурациясын өзгертпейді.

III-дәреже - без мойын түрін өзгертеді, жуандатады.

IV-дәреже – жемсау үлкен, жақсы көрінеді.

V-дәреже – жемсау көрші мүшелерді қысады.

Емі. Эутиреотидты жемсауда йод препараттары тағайындалады: 1 таблеткада йод мөлшері 100, 200 мкг/ тәулігіне.

I-дәрежелік жемсауда – йодбаланс. 2 дәрежеден бастап левотироксин, йодтирокс қолданады. Көрші мүшелер қысылған кезде және жемсау тез өскен кезде операция жолымен емдейді.

Алдын алу. Эндемиялық жемсауда йодталған ас тұзы қолданылады. Малдың жеміне йод қосып береді. Ағзаға түсетін йодты көбейту үшін теңіз тағамдарын көп қолдану керек: теңіз орамжапырағы (ламинария, ламинекс), теңіз балықтары.

БАҚЫЛАУ СҰРАҚТАРЫ

1. Гипертиреоз, анықтамасы, этиологиясы, бейімдеуші фактор, клиникасын айтыңыз.
2. Асқынулары, тиреотоксикалық криз туралы не білесіз?
3. Гипертиреоздың диагностикасы мен емін қалай жүргізеді?
4. Тиреотоксикалық криздің емі қандай?
5. Науқастарды диспансерлеу қалай жүреді?
6. Диффузды уытты жемсаумен науқастың күтімін атаңыз.
7. Гипертиреоз, анықтамасы мен этиологиясын айтыңыз.
8. Клиникалық көрінісі қандай?
9. Аурудың диагностикасы және емі туралы айтыңыз.
10. Гипотиреозбен науқастың күтімі.
11. Эндемиялық жемсау, анықтамасы мен этиологиясы?
12. Аурудың клиникасы, емі туралы айтыңыз.
13. Ауруды алдын алу үшін не істеу керек?



ЦӘК «Терапиядағы МІ»

ДӘРІС №14

ТАҚЫРЫБЫ: Семіздік, қантты диабет, гипофиз бен бүйрек үсті безі аурулары. Медбикелік үрдісті ұйымдастыру.

ДӘРІС МАҚСАТЫ:

- семіздік, қантты диабет, гипофиз бен бүйрек үсті безі аурулары этиологиясын есте сақтау;
- клиникалық көрінісін суреттеу, ағымын түсіндіру, диагностикасын таңдау, асқынуын есте сақтау;
- емдеу принциптерін жоспарлау.

Білімділік (оқыту): білім беру, оқу-машықтану дағдыларын қалыптастыру, алған ақпараттарды нақтылау, студенттің жаңа білімді игеру, қабылдау жолдарын жетілдіру және т.б.

Дамытушылық: ойлау қабілетін дамыту, сыни тұрғыдан логикалық және клиникалық ойлау дағдыларын дамыту, топтың белсенділігін арттыру, өзін-өзі жетілдіруге үйрету. Түрлі жағдаяттар мен қосымша сұрақтар арқылы студенттердің нақты білімділігін айқындау.

Тәрбиелік: студенттердің адамгершілік, көзқарасын, эстетикалық қасиетін, өз пікірін қорғауды, тәртіп пен еңбекқорлық қабілеттерін дамыта отырып тәрбиелеу.

ДӘРІС ЖОСПАРЫ:

1. Семіздік, анықтамасы, дәрежелері.
2. Аурудың этиопатогенезі.
3. Аурудың бейімдеуші факторлары, клиникалық көрінісі.
4. Семіздіктің диагностикасы, емі және күтімі.
5. Қантты диабет, анықтамасы, жіктелуі.
6. Аурудың этиологиясы және патогенезі.



ЦӘК «Терапиядағы МІ»

7. Аурудың клиникалық көрінісі, асқынулары
8. Қантты диабеттің диагностикасы, емі, алдын алу.
9. Қантты диабетпен науқастың күтімі.
10. Гипергликемиялық және гипогликемиялық комалар.
11. Гипофиз және бүйрек үсті безінің аурулары.

ДӘРІС МАЗМҰНЫ:

Семіздік – мөлшерден тыс ұлпалармен тері асты шеліне майдың жиналып, ағзаға зиянын тидіретін ауру.

Бұл өте кең тараған ауру. Семіздіктің жиілігі әйелдерде 50%, ал еркектерде 30% кездеседі. Қалыпты жағдайда адам салмағы бойынан 100 см алғандай болады. Мысалы бойы – 168 см, салмағы 68 кг. Сондықтан семіруді бір неше **дәрежеге** бөледі:

I дәреже – салмағы 10-20% артық

II дәреже – салмағы 20-30% артық

III дәреже – салмағы 30-50% және оданда артық.

Этиопатогенезі. Семіздіктің себебі зат алмасудың бұзылуы. Семіздіктің екі түрін ажыратады:

1. Алиментарлы семіздік біріншілік немесе конституциональды – тұқым қуалаушы болады. Бұның негізінде тәбетті реттейтін гипоталамус орталығының кемістігі жатыр, сондықтан адам көп мөлшерде тамақ және су қабылдайды. Зат алмасу төмен болған соң артық тағам заттары май болып денеге жиналады.
2. Екіншілік симптоматикалық семіздік бір аурудың белгісі болып табылады: эндокринді бездердің қызметінің бұзылуы (Кушинг синдромы, гипотиреоз, гонадизм т.б.) немесе жүйке орталығының жарақаттары, ісіктері, энцефалит т.б.

Бейімдеуші фактор. Гиподинамия, генетикалық бейімділік, көп мөлшерде май, көмірсуға бай тағамдарды қабылдау, ішімдік, 49 дан жоғары жас.

Клиникасы. II-III дәрежелік семіздікте науқастардың шағымдары: дене салмағының көбейгеніне, енгіуге, тез шаршағыштыққа, әлсіздікке, тершендікке, ұйқышылдыққа, басында, жүрек тұсындағы ауырсынуға, іш қатуға және жыныстық белсенділігінің төмендеуіне.

Объективті: Май денеде біркелкі орналасады, бірақ салмақ қосқан сайын көбінесе іште, кеудеде, мойында, арқада және белде жиналады. Терілері ылғал (гипергидроз), майланған. Жиі экземалар, шикандар, іріндіктер және кіндік, шат аймағының жарықтары (грыжалар). Жиі дамиды асқынулар: атеросклероз, жүрек ишемиялық ауруы, бронхиттер, пневмониялар, қантты диабет, түнде қатты қорылдау.

Диагностикасы. Қанда гиперхолестеринемия, зәр қышқылдарының көтерілуі.

Емі және күтімі. № 8 диетаны сақтау. Тұзды, сұйықтықты 1л тәулігіне азайту. Аптасына 1-2 рет салмақ түсіргіш күн сақтау: мысалы тәулігіне 1,5 кг алма немесе 2 кг қияр және т.б.. Науқастар көп қимылдау керек: жаяу жүру, жүзу, массаж, салқын сумен сүртінуге, циркулярлы душ. Кері көрсеткіш болмаса - санаторлы – курортты ем.

Қантты диабет – ағзада мүлдем немесе жартылай инсулин жетіспеушілігімен белгіленетін ауру, сондықтан зат алмасуының барлық түрлерінің бұзылуы әсіресе көмірсу алмасуының.

Бұл кең тараған ауру созылмалы ауру. Эндокринді ауруларының ішінде жиілігі бойынша 50% құрайды.

Ағымы бойынша 2 түрге бөлінеді:

I типті қантты диабет - инсулинге тәуелді, жиі жас адамдарда дамиды.

II типті қантты диабет – инсулинге тәуелсіз, жиі жасы ұлғайған адамдарда дамиды.

Этиологиясы және патогенезі.



ЦӘК «Терапиядағы МІ»

1. Инсулинге тәуелді қантты диабеттің негізгі себебі - ұйқы безінің органикалық немесе функциональды Лангенгарс аппаратының жасушаларының зақымдануы, сондықтан инсулин синтезінің жетіспеушілігі дамиды. Ол мына себептерден дамиды: ұйқы безінің резекциясы, тамырларының склерозы, вируспен зақымдануы, панкреатит, психикалық жарақат, ұйытқы заттар
2. Инсулинге тәуелсіз қантты диабеттің себептері: басқа эндокринді мүшелердің қызметінің жоғарлауы, тұқым қуалаушылық, семіздік, мөлшерден көп жеңіл қорытылатын көмірсуларды қабылдау, көп тамақ ішу, ішімдікке салыну.

Аурудың негізінде инсулин жетіспеуінен тамақпен түскен қантты мүшелермен ұлпалардың сіңіре алмауы, сондықтан қанттың қан мен зәрде шамадан тыс артық болуы.

Клиникалық көрінісі: Қантты диабет ағымы бойынша 3 кезеңге бөлінеді: диабет алды кезең, жасырынды және анық диабет.

Диабет алды кезеңі – бұл кезең қазіргі зерттеу әдістерімен анықталмайды, бұл топқа тікелей тұқым – тұяғында диабет аурулары барлар, семіз адамдар, әйелдер өлу немесе тірі салмағы 4,5 кг және артық бала туса, өзі де баласыда кіреді.

Жасырынды диабет – бұл диабет глюкозамен күш түсіру байқауын жүргізгенде анықталады (глюкозаға толеранттықты зерттеу), пациентке 200мл суға 50 гр глюкоза ерітіп бергенде қанында глюкоза мөлшері көтерілсе:

- 1 сағаттан кейін – 9,99 ммоль/л ден артық
- 2 сағаттан кейін – 7,15 ммоль/л ден артық.

Анық қантты диабет клинико – лабораториялық нәтижелер көрсеткіштері бойынша қойылады. Аурудың басталуы көбінесе баяу, бірінші белгілерін дамытқан себептерін анықтау қиын. Кенеттен клиникалық белгілері бір неше күнде дамытын түрі сирек жас балалармен жасөспірімдерде кездеседі. Қарт адамдарда жасырынды түрде өтеді де, байқаусыз анықталады.

Қантты диабетті клиникалық ағымы бойынша 3 түрге бөледі: жеңіл, орташа, ауыр.

Аурудың негізгі белгілері:

- қатты шөлдеу (полидипсия)
- тәбеттің көтерілуі (полифагия)
- көп мөлшерде зәрдің бөлінуі (полиурия)
- зәрмен глюкозаның бөлінуі (глюкозурия)
- глюкозаның қанда көп болуы (гипергликемия)

Қосымша белгілері: әлсіздік, жұмысқа деген қабілетінің төмендеуі, жүдеу, терісінің қышуы әсіресе шат аймағында.

Асқинулырдың белгілері: көрудің нашарлауы, жүрек және бүйрек қызметінің бұзылуы, аяқтарының балтырында трофикалық жаралар.

Объективті: терісі құрғақ, қатты, қабыршықтанады, тырнақ іздері, шиқандар, экзематозды ойықты ошақтар. Инсулин инъекциясын салған жерде тері асты шелінің семуі немесе атрофиясы, жалпы тері асты шелі жұқа. Семіздіктің әсерінен дамыған түрінде ғана тері асты шелі қалың. Қантты диабетте тамыр жүйесі толық зақымданады (диабетикалық ангиопатия), бүйрек, көз, аяқ тамырлары гангрена дамығанша, жүрек, ми тамырлары инсульт, инфаркт дамығанша. Жиі бронхит, пневмония, туберкулез кездеседі. Ауыр түрінде кетоацидоз, диабетикалық кома дамуы мүмкін.

Диагностикасы. Қанда гипергликемия – 7 ммоль/л ден жоғары, тәуліктің кез келген уақытында 11 ммоль/л. Зәрде глюкозурия және зәрдің шартты тығыздығы жоғары болуы 1025 тен артық, кетон денелері (ацетон), сондықтан қанда – ацидоз.

Асқинулары.

1. Гипергликемиялық кома (кетоацидозды, диабетикалық комалар) .
2. Гипогликемиялық кома.

Емі.

ЦӘК «Терапиядағы МІ»

Емдеудің негізгі әдістері – диетотерапия, инсулиноterapia және қант мөлшерін төмендететін пероральды препараттар.

1.Диетотерапия - № 9 емдәм, ақуыз-16%, май-24%, көмірсулар-60%, күніне 6 рет тамақтану.

2.Инсулиноterapia инсулинге тәуелді І типті қантты диабетте қолданылады. Инсулин препараттары қысқа, орташа, ұзақ әсер ететін түрлерге бөлінеді.

- Қысқа әсерлі инсулин 4-7 сағат әсері: жай инсулин, суинсулин.

- Орташа әсерлі инсулин 10-18 сағат әсері: инсулин Б, «Семиленте» т.б.

- Ұзақ әсерлі инсулин 24-36 сағат әсері: «Ленте», «Ультраленте» т.б.

Науқастарға көбінесе ұзақ әсерлі инсулин тағайындалады. Инсулиннің тәуліктік дозасын зәрдің тәуліктік глюкозуриясынан есептейді: 4 гр глюкозаны 1ЕД инсулин қорытады.

3. Қант мөлшерін төмендететін пероральды препараттар инсулинге тәуелсіз ІІ типте қолданылады – сульфаниламидтер (карбан, оранил, манинил, глюренорм, букарбан, бутамид т.б.); бигуанидтер (диботин, силубин, буформин, адебит т.б.).

Алдын алу. Рациональды тамақтану, белсенділік, семіздіктің алдын алу және емдеу, рационда тоң майларды шектеу, өсімдік майларды көбейту. Жастарға екі жағынан тікелей тумаларында қантты диабет болса бір-бірімен неке қию қауптілігін түсіндіру. Диспансерлік тіркеуге өмір бойына алынады: эндокринолог кабинетінде тіркеледі «Диабет мектебін» өтеді. Ақысыз тегін емделеді, жағдайы ауырласа стационарға жатқызылады.

Қантты диабетпен науқастың күтімі.

Пациенттің проблемалары	Науқасты күтуде мейірбикенің ісі
- қатты шөлдеу (полидипсия) - тәбеттің көтерілуі (полифагия) - көп мөлшерде зәрдің бөлінуі (полиурия) - зәрмен глюкозаның бөлінуі (глюкозурия) - әлсіздік - есту, көру, есте сақтаудың төмендеуі - жұмысқа деген қабілетінің төмендеуі - жүдеу - терісінің қышуы әсіресе шат аймағында. -терісі құрғақ, қабыршықтанған, ісінген - бұлшық еттерінің әлсіздігі - тырнақтарының сынғыштығы - шашының түсуі	- Ешқашанда жалаңаяқ жүрмеу - Аяқ киім киер алдында тексеріп қию - Жылытқышты қолданбау - Ваннадағы суды термометрмен өлшеу - Күнделікті душ қабылдау - Теріні ылғалдайтын майлармен майлау - Тамақ дайындағанда қолғап қию - Аяғын кір сабынмен ғана жуу - Дурыс кептіріп сүрту - Синтетикалық аяқ киім,носки кимеу № 9 емдәмді сақтау - Калораж рационын есептеп үйрету - Дәрі-дәрмекті уақытымен,үзбей қабылдау - Инсулин енгізу ережелерін үйрету - Глюкотест қолдануды үйрету - Қан қысымын өлшеуді, пульсті санауды үйрету - Іш киімін жиі ауыстыру - Ауа райына қарай киіну - Дене салмағын бақылау.

Гипергликемиялық кома (кетоацидозды, диабетикалық комалар) — ағза кетон денелерімен ұланғанда дамиды.

Этиопатогенезі. Емделуді жай бастау және дурыс емделмеу, диетаны сақтамау, жедел инфекциялармен жарақаттар, операциялар, психикалық жарақаттар, жүктілік және басқа себептерден қанда қорытылмаған қант көбейіп, кетонға айналып ағзаны уландырады.

ЦӘК «Терапиядағы МІ»

Клиникасы. Баяу басталады. Қатты шөл пайда болады, полиурия, басы, іші аурады, құсады, іші өтеді, тәбеті жойылып, аузынан ацетон иісі шығады (шірік алманың иісі). Науқас қатты қозып кетеді, ұйқысы қашып, тырысулар пайда болады. Тынысы Куссмауль типтігіге айнала бастайды. Біраздан кейін науқас қанауланады: ұйқышыл, немқұрайлық, ақырында есінен танады.

Объективті. Науқас ес түссіз қозғалмайды. Терісі құрғақ, көз алма тонусы төмендейді, жұмсақ, шырақтары тарылған. Біраз жерден үлкен Куссмауль тынысы естіледі. Қан қысымы төмендеген. Зәрде көп мөлшерде глюкоза және кетон денелері анықталады.

Жедел жәрдем. Жылдам к/т 40-60 ЕД инсулин (қолдаушы хатқа белгілеу); 1-1,5 л изотоникалық ерітіндісін; 2,5%-натрий гидрокарбонатын 200-400 мл еңгізу. Тез арада стационарға жеткізу.

Гипогликемиялық кома – көбінесе инсулин қабылдайтын қантты диабетпен ауыратын науқастарда, қанда жедел түрде қант мөлшері төмендеген кезде дамиды.

Этиологиясы. Ең жиі себебі – инсулинді көп мөлшерде еңгізіп қойғанда немесе инсулинді еңгізгеннен кейін аз тамақ ішу. Сирек көп мөлшерде инсулин түзетін ұйқы безінің ісігі инсулинома болады.

Клиникасы. Аяқ асты аштық сезу, дірілдеу, терлеу. Бір бөлік қант немесе конфет, печенье, 100г нан қабылдаса, бұл жағдай демде қайтады. Егер бір себептердің әсерінен бұл жағдай қайтарылмаса гипогликемия белгілері күшейеді: жалпы мазасыздық, қорқу, үрей, әлсіздік, дірілдеу күшейеді, науқас есінен танып тырысулар пайда болады.

Объективті. Терісі дымқыл, бұлшық еттерінің тонусы жоғары, клоникалық және тоникалық тырысулар. Шырақтары кеңіген, көз алмаларының тонусы қалыпты. Ауызда ацетон иісі жоқ. Тыныс алуы өзгермеген. Қанда қант мөлшері 3,33 ммоль/л ден төмен. Зәрде глюкоза жоқ, ацетонға реакция теріс (-).

Жедел жәрдем. Тез арада к/т 40-80 мл 40% глюкоза еңгізу, стационарға тасымалдау. Эффект болмаса, қайтадан глюкоза салу, есін жинамаса тамшылап 5% глюкоза еңгізу, сонымен қатар 125-250 мг гидрокортизонды к/т немесе б/е. Осы шаралардан кейін науқас есін жинайды.

Гипофиз аурулары. Гипофиз – эндокринді жүйенің ең негізгі безі. Гипофиз гормондары ағзадағы барлық эндокринді мүшелермен ағзаның көптеген функцияларына әсер етеді. Гипофиз гормондарының артық немесе аз бөлінуі әр түрлі ауруларға соқтырады.

Гипофиз гормондарының аз бөлінуінен дамиды:

- Гипофизарлы нанизм немесе ергежейлік
- Жыныстық дамудың кешігуі немесе мүлдем дамымауы.
- Екіншілік гипотиреоз
- Гипопитуитаризм – барлық гормондардың жетіспеуі

Гипофиз гормондарының артық бөлінуінен дамиды:

- Гиперпролактинемия – әйелдерде етеккір циклы және лактациясы бұзылады, ерлерде жыныстық сезімнің төмендеуі, импотенция, кейде – лактация.
- Гигантизм
- Иценко-Кушинга ауруы, қантты диабет, остеопороз, семіздік, қан қысымның жоғарлауы.

Диагностика. Гормон мөлшерлерін анықтау.

Емі: Жетіспейтін гормондардың орнын толтыру немесе мөлшерін азайтуға гипофизға операция жүргізу. Симптоматикалық ем.

Бүйрек үсті безінің аурулары. Бүйрек үсті бездері – бүйрек үстінде орналасқан жұп мүшелер. Ағзадағы барлық процесстерді реттейтін гормондарды бөледі. Олардың бөлінуінің өзгеруінен әртүрлі симптомдар дамиды:

- Қан қысымының көтерілуі
- Бет қызарып ай тәріздес болып, салмақтың көбеюі.
- Бұлшық еттер атрофиясы
- Тері астының жырттылуы (стриялар)

ЦӘК «Терапиядағы МІ»

- Диабет
- Остеопороз
- Ағзаның инфекцияларға қарсылығының төмендеуі.

Диагностика. Гормон мөлшерлерін анықтау.

Емі: Жетіспейтін гормондардың орнын толтыру немесе мөлшерін азайтуға адреналэктомия операциясы (бүйрекүсті безін алып тастау). Симптоматикалық ем.

БАҚЫЛАУ СҰРАҚТАРЫ

1. Семіздік, анықтамасын айтыңыз.
2. Ауру дәрежелері қандай?
3. Аурудың этиопатогенезін айтыңыз.
4. Клиникалық көрінісін сипаттңыз.
5. Семіздіктің диагностикасы, емі және күтімі қандай?
6. Қантты диабеттің анықтамасы мен жіктелуі.
7. Аурудың клиникалық көрінісі, асқынулары
8. Қантты диабеттің диагностикасы, емі, алдын алу.
9. Комалар туралы айтыңыз.
10. Гипофиз және бүйрек үсті безінің аурулары.

ДӘРІС №16

ТАҚЫРЫБЫ: Ревматоидтық артрит, деформациялық остеоартроз, Бехтерев ауруы.
Медбикелік үрдісті ұйымдастыру.

ДӘРІС МАҚСАТЫ:

- ревматоидтық артрит, деформациялық остеоартроз, Бехтерев ауруы этиологиясын есте сақтау;
- клиникалық көрінісін суреттеу, ағымын түсіндіру, диагностикасын таңдау, асқынуын есте сақтау;
- емдеу принциптерін жоспарлау.
- **Білімділік** (оқыту): білім беру, оқу-машықтану дағдыларын қалыптастыру, алған ақпараттарды нақтылау, студенттің жаңа білімді игеру, қабылдау жолдарын жетілдіру және т.б.

Дамытушылық: ойлау қабілетін дамыту, сыни тұрғыдан логикалық және клиникалық ойлау дағдыларын дамыту, топтың белсенділігін арттыру, өзін-өзі жетілдіруге үйрету. Түрлі жағдаяттар мен қосымша сұрақтар арқылы студенттердің нақты білімділігін айқындау.

Тәрбиелік: студенттердің адамгершілік, көзқарасын, эстетикалық қасиетін, өз пікірін қорғауды, тәртіп пен еңбекқорлық қабілеттерін дамыта отырып тәрбиелеу.



ЦӘК «Терапиядағы МІ»

ДӘРІС ЖОСПАРЫ:

1. Деформациялық остеоартроздың анықтамасы.
2. Аурудың этиологиясы және бейімдеуші ықпалдары.
3. Аурудың клиникасы және диагностикасы.
4. Аурудың емі, алдын алу.
5. Анкилоздаушы спондилоартрит (Бехтерев ауруы), бейімдеуші ықпалдар, диагностикасы.
6. Ревматоидты артриттің анықтамасы.
7. Аурудың этиологиясы және бейімдеуші ықпалдары.
8. Аурудың клиникасы және диагностикасы.
9. Аурудың емі, алдын алу.
10. Ревматоидті артритпен және остеоартрозбен науқастың күтімі.

ДӘРІС МАЗМҰНЫ:

Деформациялық остеоартроз – буындардың дегенеративті - дистрофиялық ауруы. Бұл ауру буын шеміршегінің дегенерациясымен, кейіннен буынның үстінің өзгеруі және сүйектің шетке өсуімен (остеофит) мінезделеді, бұл бұынның деформациясына және оның қозғалысының бұзылуына әкеледі.

Деформациялық остеоартроз адамның және жануарлардың ежелгі ауруларына жатады. Палеонтологиялық зерттеулердің көрсеткіші бойынша, тас дәуірінде өмір сүрген адамның қанқаларынан осы деформациялық остеоартрозды байқаған.

Бұл ауру буын ауруларының ішінде ең кең таралған түрі: тексерілген халықтың барлық жастағы 10-12% осы аурумен ауырады. Науқастардың толық мүгедек болып қалуы өте сирек, тек жамбас бұындары зақымданғандарда кездеседі. Бірақ бұл ауру уақытша жұмысқа жарамсыздыққа себеп болады, ерлерге қарағанда әйелдер жиі ауырады, бірақ 60 жастан кейін біраз теңеледі.

Бұл аурудың клиникалық белгілері 40-45 жаста, ал әйелдерде менопауза кезінде байқалады.

Этиологиясы. Бұл аурудың себебі толық анықталмаған. Бірақ деформациялық остеоартрозда шеміршектің дегенерациясы байқалған, оның гидрофильдігі азаяды, кейіннен дәнекер ұлпамен ауысады. Шеміршек тармақтары тарамдалады, оның ұсақ бөліктері бұынның синовальды қабықшасын тітіркендіреді де, қабыну процесін дамытады.

Бейімдеуші ықпалдар – бұл ауруды көптеген ықпалдар қоздыруы мүмкін. Бұның негізінде біріншілік және екіншілік деформациялық остеоартрозды ерекшелейді.

Біріншілік остеоартроз – бұл түрінде сау шеміршектің дегенеративті өзгеруі дамиды. Мысалы: мөлшерінен тыс физикалық күштің түсуі әсер етеді (спортсмендерде) немесе әйелдерде климакс кезінде. Сонымен қатар бұл ауру тұқым қуалауы мүмкін (егер анасында болса, онда бұл ауру қызына берілуі мүмкін).

Екіншілік остеоартроз – бұл түрінде шеміршек буын жарақат алғанда өзгереді, әсіресе буын ішінде сынық болса – гемартроз.

Клиникасы. Ең бастысы көп күш түскен буынның зақымдануы – тізе және жамбас бұындары. Қолда жиі дистальды фалангааралық бұындардың зақымдануы. Қалған бұындар патологиялық процеске кешірек шалдығады.

Бұл ауру бастапқыда моноартрит сияқты басталады, бірақ біраз уақыттан кейін симметриялық бұындар зақымдануы мүмкін. Аурудың басы байқалмайды. Науқас аурудың бастапқы симптомдарын айта алмайды.

Негізгі шағымы – зақымданған буынның күш түскенде қатты ауруы, бірақ тыныштықта жылдам өтіп кетеді, қозғалыс кезінде бұынның сыңғырлауы. Бертін келе ауырсыну ұлғаяды, ол біраз ғана күш түскенде байқалады және ұзаққа созылады, кейде түнде де байқалады.

ЦӘК «Терапиядағы МІ»

Омыртқааралық буындары зақымданғанда ауырсыну белде байқалады, ал физикалық күш түскенде ауыр көтеруімен байланысты, басымырақ болады.

Жиі науқастар қозғалып бірінші аттағанда пайда болып, жүргеннен кейін тез тарап кететін ауырсынуға шағымданады - бұл старттық ауырсынулар. Қатты ауырсынулар болса кейіннен жүрістің бұзылуы байқалады. Кейде буын маңайында тері температурасы жоғарылап, ісіну пайда болады, пальпация кезінде ауырсынады.

Аурудың бастапқы кезінде зақымданған буынның сырты өзгермейді, деформация дамуына қарай байқалады.

Аурудың ағымы созылмалы: жағдайы бір жақсарып, жаңадан қайталаанады.

Диагностикасы. Қанда ешқандай ерекшеліктер білінбейді, бірақ синовиттің дамуында қабыну процесі байқалуы мүмкін, ЭТЖ ұлғаяды.

Рентгендік зерттеулер өте үлкен үлес қосады. Аурудың алғашқы сатысында рентгенограмма анық емес, буын қуысының тарылуы байқалады және сүйектің беткейлік буынының шетінің жеңіл ауысуын байқайды. Кейіннен буын қуысының тарылуы мен остеосклероздың белгілері анық білінеді. Одан кейін сүйектің беткейлік буынының пішіні өзгере бастайды: олар конгруэнтті емес бола бастайды.

Бұл кезде сүйектің өсуі және сынықтар дамиды. Кейін әр түрлі бұын қабығының сүйектенуі анықталады.

Емдеуі: Комплексі емдеу қолдану қажет.

Жергілікті. Ең алдымен буынға түскен күшті азайту. Дене салмағын азайту. Ұзақ жүруді болдырмау, ауыр зат көтермеу, баспалдақпен көтерілуді шектеу. Науқасқа ескерту: жағдайы жақсаруымен - қозғалыстың көлемін кеңейту.

Зақымданған бұынның шеміршегінің зат алмасуын жақсарту үшін бұлшық етке – *румалон*, буын ішіне - *артепарон*.

Ауырсынуға қарсы стероидті емес қабынуға қарсы препараттар: *ортофен*, *индометацин*, *вольтарен*, *диклофенак*, *реоприн*. Буын ішіне тікелей - *кеналог* немесе *гидрокортизон*.

Кең көлемінде физиотерапиялық әдісті қолдану. Ауырсыну кезде ультрадыбыс, ультракүлгін сәулелерін, гидрокортизон ионофорезі эффективті.

Ремиссия кезінде жергілікті жылу қолдану: буынға озокерит, парафин аппликацияларын.

Бұлшық еттерін қатайтуға гимнастика жатады: велосипед айдау, суда жүзу, сонымен қатар массаж жасау болады.

Егер буын анатомиялық жағынан ерекше өзгерген болса, онда хирургиялық емдеуге жол береді және санаторлы-курортты ем қолданады.

Алдын-алу: Дер кезінде жарақат алған буындарды емдеу. Жүйелік түрде жаттығумен айналысу, дене салмағын азайту. Жұмыс уақытында ұзақ бір қалыпты тұрыстан қашық болу керек.

Анкилоздаушы спондилоартрит (Бехтерев ауруы) – омыртқа бағанасының буындарын басым зақымдап, анкилозына алып келетін буындардың жүйелі созылмалы қабыну ауруы (грек. *ankylos* – қисық, иілген, *spondilos* - омыртқа).

Бейімдеуші ықпалдар. Тұқым қуалауға бейімділік.

Клиникасы. Ауру көбіне жас шақта басталады және ер кісілерде 3 есе жиі пайда болады. Ауру біртіндеп баяу басталады. Сегізкөз-бел аймағының ауырсынуы мен сіресуі пайда болады. Денені біраз қимылдатып жеңіл жаттығулардан уақытша басылады. Процесс біртіндеп төменнен жоғары кеуде, мойын омыртқаларына тарайды. Зақымданған буындар ауырады, қозғалысы шектеледі. 10-15% науқастарда шеттік аяқтың ірі және орта буындары зақымданады. Науқастың денесін иіп-жазуға немесе буруға шамасы келмейді, мәселен басын бурса - бүкіл денесімен бурылады. Жүре бара тыныс шамасыздығы, созылмалы өкпетекті жүрек, аорта қақпағының шамасыздығы, миокардит, перикардит және бүйрек зақымданады.

Объективті. Дене қалпы еңкейіп «садақа сураушыға» ұқсайды және жүріс те өзгереді. Кеуденің тыныстық экскурсиясы шектеледі, арқаның тік бұлшықеттері атрофияланады.

ЦӘК «Терапиядағы МІ»

Диагностикасы. Қанда жоғарлаған ЭТЖ, рентгенде омыртқа буындарының анкилозы.

Ревматоидті артрит – бұл буындардың зақымданып толық деформацияға ұшырап және қызметтік қабілеттерінің бұзылуына әкеліп соғатын иммунды - қабыну созылмалы ауруы.

Ревматоидті артритпен адамдар 20-50 жас аралығында, әйелдер ерлерге қарағанда жиі аурады. Бұл ауру өте кең таралған, науқастар мүгедектікке ұшырайды, жұмысқа жарамдылығы жойылады.

Этиологиясы. Бұл аурудың негізгі себебі анықталмаған. Бірақ ауырған науқастың ағзасында ерекше белок ревматоидті фактор (РФ) анықталған. Бұл белок басқа да қан сарысу белоктары мен қосылып, буынның синовиальды қабатында жинақталып қабынтады. Сонымен қатар бұл комплекстер ішкі мүшелердің ұсақ қан тамырлар қабырғасына да жинақталады (бүйрек, бауыр, жүрек, өкпе) және ол жерді де зақымдайды.

Бейімдеуші ықпалдар. Бұл аурудың дамуына инфекциялар (баспа, ЖРВИ, тонзилит) суық тию себеп болады. Жиі климаты суық ылғал жерде, жұмыстық жағымсыз жағдайда: күні бойы суық және ылғалды бөлмеде, ауыр физикалық жұмыспен айналысу. Және тұқым қуалау жолымен берілуі тиіс.

Клиникасы. Аурудың бастапқы сатысында дененің қызуы жоғарлайды, буындары қабынып өзгереді және ауырсыну пайда болады. Қолдың ұсақ буындары зақымданады. Буындардың көлемі ұлғаяды, үстіндегі терісі қызарып, қызуы көтеріледі, қимылы ауырсынып шектеледі. Ертеңгісің буындары тырысып тұрғандай сезіледі, бірақ күннің ортасына дейін немесе аяғына таман жойылады. Егер тырысу ұзақ уақытқа сезілсе, онда аурудың ағымы ауыр болады.

Ауру толқын тәрізді ағыммен мінезделеді: рецидив жағдайы ремиссия кезеңімен ауысады, ол уақытта қабыну өзгерістері тынышталады, дене қызуы қалпына келеді, буындардың ауырсынуы басылып қимылы жақсарады.

Ішкі мүшелер: жүрек, бүйрек, бауыр, өкпесінің жергілікті зақымдануы байқалады.

Объективті. Зақымданған буынның пішіні өзгерген, терінің ісінуі және гиперемиясы байқалады. Бұнда пальпация кезінде ауырсыну және одан барып қозғалыстың шектелуі болады. Аурудың алғашқы сатысында буынның өзгеруі ревматизмге өте тән келеді, бұл қатаң диагноз қоюға әкеледі. Кейіннен терапияның әсерімен жақсарады. Бірақ бұл ауру созылмалы болғандықтан қайталанып рецидив беріп тұрады, бұл кезде жаңа буындар зақымдана бастайды. Кейін барлық буындар зақымдануы мүмкін. Кейде 2-3 буын ғана зақымдалады. Әр рецидивтен кейін буындарда өзгерістер қалып отырады, анкилоз дамиды да буындар қатып қалады және бұлшық ет атрофиясы дамиды да, қолы «морж сүзбеқанатына» ұқсап кетеді.



Диагностикасы. Қанда : ЭТЖ ұлғаяды, С – реактивті белок пайда болады және ремиссия кезінде де ұзақ уақыт болуы мүмкін. Аурудың ауыр түрінде анемия дамиды.

Рентгенде буындар әртүрлі өзгерген. Бастапқы кезеңде қуысы ғана тарылған; кейін, сүйек ұлпасы өзгереді /остеопороз/. Сонымен қатар буынның сүйегі шетке өсе бастайды. Науқасқа әр түрлі инфекция қосылып өлімге ұшырайды.

Емдеу: Комплексті ем тағайындау - қабыну процессімен күресіп буынды қалпына келтіру. Стероидты емес қабынуға қарсы препараттарды тағайындайды: *индометацин, вольтарен, ортофен, бруфен, диклофенак және т.б.* Науқастар бұл емді жылдап қолданады, сондықтан кейін пайда болатын жағымсыз әсерлерді білу керек: диспепсиялық белгілер, гастрит, асқазан ойық жаралары. Ең соңында бұл дәрілердің күші келмегенде цитостатикалық препараттарды

ЦӘК «Терапиядағы МІ»

тағайындайды: *азатиоприн, циклофосфан, хлорбутин*. Бұл препараттар лейкопенияны туындайды, сондықтан стационарда ғана тағайындайды.

Өте белсенді артритте буындағы қабыну процессін жою үшін буын ішіне *гидрокортизон* енгізеді: 4-5 инъекция, 5-7 күн үзіліспен жеткілікті. Өте ұзақ эффект *кеналог* береді: бір-екі аптада бір рет енгізіледі. Жергілікті қабыну процессіне *димексид* аппликациясын қолданады.

Физиотерапиялық процедуралар: парафиноаппликациялар, ультракүлгін сәулелері, родон ванналары, гидрокортизон фонофорезы.

Емдік жаттығулар, массаж, хирургиялық емдеу арқылы буындардың қызметін қалпына келтіру. Санаторлық –курорттық ем өте көп қолдану.

Алдын – алу: Бұл аурудың алғашқы алдын – алуы белгісіз. Аурудың белгілері байқалса онда науқас емханадағы ревматолог кабинетінде емделіп, диспансерлік тіркеуге алынады. Науқастың дәрілерге берілетін реакциясын бақылайды, рецидивке қарсы ем, ЛФК, ошақты инфекцияның санациясы жүргізіледі.

Ревматоидті артритпен және остеоартрозбен науқастың күтімі.

Пациенттің проблемалары	Науқасты күтуде мейірбикенің ісі
1.Буындарында қимылдағанда ауырсыну. 2.Физикалық белсенділігінің шектелуі. 3.Балдақпен немесе мүгедек коляскасымен қолдану. 4.Үнемі дәрілерді қабылдау қажеттілігі. 5.Кәсіби мамандығын тастау қажеттілігі. 6.Өзін күту қиындығы.	1.Емдеу-сақтану тәртібін бақылау 2.Құнарлы тамақтануын бақылау 3.Тері қабаттарының жағдайын бақылау 4.Дәрігер тағайындауын дер кезінде, бұлжытпай орындау 5.АҚ өлшеу, пульсті санау 6.Бөлменің гигиеналық тәртібін бақылау 7.Өңгіме жүргізу: А) дәрілерін үзбей қабылдауы туралы; Б) физикалық белсенділігі төмендеуіне байланысты адаптация қажеттілігі туралы.

БАҚЫЛАУ СҰРАҚТАРЫ

1. Деформациялық остеоартроздың анықтамасы.
2. Аурудың этиопатогенезі,
3. Аурудың клиникасы, емі.
4. Алдын алу шаралар, күтімі.
5. Жергілікті емдеу туралы түсінік.
6. Анкилоздаушы спондилоартрит (Бехтерев ауруы) туралы түсінік.
7. Ревматоидты артриттің бейімдеуші ықпалдары.
8. Аурудың этиопатогенезін сипаттаңыз.
9. Клиникалық көрінісін суреттеңіз.
10. Аурудың емі, алдын алу шараларын атаңыз.



ЦӘК «Терапиядағы МІ»

ДӘРІС №17

ТАҚЫРЫБЫ: Жүйелі қызыл жегі, склеродермия, түйінді периартериит, дерматомиозит, жедел есекжем, Квинке ісінуі, анафилактикалық шок. Медбикелік үрдісті ұйымдастыру.

ДӘРІС МАҚСАТЫ:

- жүйелі қызыл жегі, склеродермия, түйінді периартериит, дерматомиозит, жедел есекжем, Квинке ісінуі, анафилактикалық шок этиологиясын есте сақтау;
- клиникалық көрінісін суреттеу, ағымын түсіндіру, диагностикасын тандау, асқынуын есте сақтау;
- емдеу принциптерін жоспарлау.

Білімділік (оқыту): білім беру, оқу-машықтану дағдыларын қалыптастыру, алған ақпараттарды нақтылау, студенттің жаңа білімді игеру, қабылдау жолдарын жетілдіру және т.б.

ЦӘК «Терапиядағы МІ»

Дамытушылық: ойлау қабілетін дамыту, сыни тұрғыдан логикалық және клиникалық ойлау дағдыларын дамыту, топтың белсенділігін арттыру, өзін-өзі жетілдіруге үйрету. Түрлі жағдаяттар мен қосымша сұрақтар арқылы студенттердің нақты білімділігін айқындау.

Тәрбиелік: студенттердің адамгершілік, көзқарасын, эстетикалық қасиетін, өз пікірін қорғауды, тәртіп пен еңбекқорлық қабілеттерін дамыта отырып тәрбиелеу.

ДӘРІС ЖОСПАРЫ:

1. Коллагеноздар, анықтамасы, этиологиясы.
2. Жүйелі қызыл жегі, бейімдеуші ықпалдары, клиникасы, диагностикасы.
3. Склеродермия, клиникасы, диагностикасы.
4. Дерматомиозит, клиникасы.
5. Түйінді периартериит, клиникасы, емі, болжамы.
6. Аллергоздар, анықтамасы, этиопатогенезі.
7. Есекжем мен Квинке ісінуі, клиникасы.
8. Жедел жәрдемі.
9. Анафилаксиялық шок, клиникасы.
10. Жедел жәрдемі.

ДӘРІС МАЗМҰНЫ:

Коллагеноздар - дәнекер ұлпаның және құрамында коллаген бар талшықтардың жүйелі түрде зақымданатын бір топ аутоиммунды аурулар: жүйелі қызыл жегі, склеродермия, дерматомиозит, түйінді периартериит, анкилоздаушы спондилоартрит (Бехтерев ауруы), ревматоидті артрит және ревматизм.

Этиологиясы. Даму себептері нақты анықталмаған. Вирустық инфекциялар, ген өзгерістері, инсоляция, вакцинациялар, кейбір дәрмектер, физиотерапия, ультрадыбыс себепкер болады.

Жүйелі қызыл жегі – дәнекер ұлпамен тамырлардың жүйелі аутоиммунды ауруы.

Бейімдеуші ықпалдар. Болжамдар бойынша эстрогендер жүйелі қызыл жегінің дамуына септігін тигізеді: өйткені 80-90% бала көтеретін шақтағы (20-30 жастағы) әйелдерде және аборттан кейін кездеседі.

Клиникасы. Ауру жиі көктемде, жазда буынның зақымдануынан басталады: аяқ қолдарының барлық буындары, жиірек қол саусақтың буындарында артрит пайда болады. Қалтырау, қызбалар, астеновегетативті синдром, 10 кг оданда артық салмақ жоғалтады.

Науқастарда терісі зақымданып, «көбелектік» эритема бетке, маңдайға, иекке түседі. Бөртпелер барлық денеде болуы мүмкін. Кілегейлі қабықтары зақымданып плеврит, перикардит, перитонит, миокардит, эндокардит дамып, патологиялық процесс барлық мүшелерге (бүйрек, өкпе, асқазан, жүрек, бауырға) тарайды. Ауру ағымы ауырлап, өліммен аяқталады.

Диагностикасы. Қанда лейкопения, тромбоцитопения, анемия, LE жасушалар, С-реактивті белок.

Жүйелі склеродермия – терінің, ішкі ағзалардың дәнекер ұлпасының және ұсақ тамырларының жүйелі ауруы. (латын. scleros – қатты, dermos - тері)

Сирек кездесетін ауру, 30-50 жас аралығындағы әйелдерде кездеседі.

Клиникасы. Басты белгісі – терінің өзгерісі 3 сатыда өтеді: *ісіну, индурация, атрофия*.

Ісіну сатысында - терісі ісініп, май жаққандай жылтырайды, қыртыстары жойылып, тегістеледі.

Индурация сатысында – тері аса тығыздалады, қыртыстары мен әжімдері жойылады. Мимикалық қимылдар жойылып, беті «бет пердесіне» тәрізденеді.

ЦӘК «Терапиядағы МІ»

Атрофия сатысында – тері жұқарады, тарылып тартылады және онда ерекше жылтырақ пайда болады. Науқастың денесі бетінен бастап тұтас солып, кішірейіп, тартылып қалады. Сонымен қатар ішкі ағзалар зақымданады.

Диагностикасы. Қанда лейкоцитоз, ЭТЖ жоғарылау, анемия, СРБ пайда болады.

Дерматомиозит – қаңқалық және тегіс салалы бұлшықеттің, терінің жүйелі қабыну ауруы.

Клиникасы. Өте сирек кездесетін ауру. Ауру біртіндеп баяу басталады. Басында: беттің гиперемиясы мен ісінуі, дененің ашық күн саулесі тиген аймақтарының эритемасы, миалгия, бұлшықет әлсіздігі, артралгиялар, дене қызуының көтерілуі т.б. Кейін аяқ-қолдың, мойын бұлшықеттердің әлі кетеді. Бұлшықет диффузды зақымданып науқас қозғалуға әлі келмейді, тамақты, сілекейді жұта алмай аспирациялық пневмония жиі болады. Сонымен қатар ішкі ағзалар зақымданады.

Түйінді периартериит – сегментті түрде ұсақ және орта калибрлі артерияларды басым зақымдайтын некроздаушы васкулит.

Клиникасы. Аурудың көрінісі сан түрлі болуынан, ол ішкі аурулардың «хамелеоны» деп аталған. Ауру жедел түрде жоғары қызбадан, бұлшықеттердің ауырсынуынан, полиартралгиядан, тершендіктен, тері бетіне әртүрлі бөртпелердің түсуінен басталады. Кейін әлсіздік, арықтау, терінің ерекше шұбарланып, бөртпеленіп, ойылып зақымдануы. Бұлшықеттерінің әлсіздігі, атрофиясы, қатты ауырсынуы, буындардың деформациясы, стенокардия, миокард инфарктісі, бүйректің, нерв, эндокринді жүйесінің зақымдануы. Ауру тез өрістеп, 5-12 айда өліммен аяқталады.

Емі. Коллагеноздардың негізгі емі – глюкокортикоидтер, цитостатиктер, аминохинолинолин, стероидтық қабынуға қарсы дәрілер, плазмаферез жасау.

Болжамы. Ішкі ағзалардың зақымдануының өмір үшін болжамы нашар. Өлімнің негізгі себептері: бүйректің, жүректің созылмалы шамасыздығы, перитонит, ми бұзылыстары т.б.

Жүйелі қызыл жегі, склеродермия, түйінді периартериит, дерматомиозитпен науқастың күтімі.

Пациенттің проблемалары	Науқасты күтуде мейірбиженің ісі
1. Буындарында қимылдағанда ауырсыну. 2. Физикалық белсенділігінің шектелуі. 3. Үнемі дәрілерді қабылдау қажеттілігі. 4. Кәсіби мамандығын тастау қажеттілігі. 5. Өзін күту қиындығы.	1. Емдеу-сақтану тәртібін бақылау 2. Құнарлы тамақтануын бақылау 3. Тері қабаттарының жағдайын бақылау 4. Дәрігер тағайындауын дер кезінде, бұлжытпай орындау 5. АҚ өлшеу, пульсті санау 6. Бөлменің гигиеналық тәртібін бақылау 7. Әңгіме жүргізу: А) дәрілерін ұзбей қабылдауы туралы; Б) физикалық белсенділігі төмендеуіне байланысты адаптация қажеттілігі туралы.

Аллергия — ағзаның қоршаған ортаның кейбір әсерлеріне әдеттегіден тыс сезімталдығы. Аллергияны туындататын заттарды [аллергендер](#) дейді.

Этиопатогенезі. Аллергендер организмге сырттан түсетін [экзогендік](#) және ағзаның өзінде өндірілетін [эндогендік](#) болып ажыратылады.

Экзогендік аллергиялар: өсімдіктердің тозандары, жануарлардың түбігі, қайызғағы, үй шаңы, кір жуғыш ұнтақтар, кейбір тағамдық заттар, дәрі-дәрмектер ([новокаин](#), [пенициллин](#), [витамины](#) т.б.), [микробтар](#) мен [вирустар](#), өндірістік өнімдері.



ЦӘК «Терапиядағы МІ»

Эндогендік аллергиялар көпшілік жағдайларда әртүрлі микробтардың, вирустардың, суық немесе ыстық температуралардың, улы химиялық заттардың, иондағыш сәулелердің әсерлерінен ағзаның өзінде пайда болады.

Аллерген ағзаға алғаш рет түскенде иммундық жүйелерге әсер етіп, оның сол аллергияға сезімталдығын көтереді. Кейін бұл аллергияның қайталап түсуі салдарынан аллергиялық ауру пайда болады. Аллергияның кең тараған түрлеріне: бронхиалдық демікпе, есекжем, Квинке ісінуі, поллиноздар және анафилаксиялық шок жатады.

Есекжем мен Квинке ісінуі – көбінесе теріні зақымдайтын аллергиялық ауру.

Клиникасы. Есекжем кезінде науқаста тез арада терінің қышуы, теріде кейде тұтас бөртпелер пайда болады, бөртпенің алғашқы элементі күлдіреулер. Кейде дене температурасы 38-39⁰С дейін көтеріліп, басында, бұлшық еттерінде, буындарында және ішінде ауырсыну пайда болады.

Квинке ісінуінде бірнеше минут ішінде теріде тығыз бозарған қышымайтын инфильтрат пайда болады. Үстінен басқанда ойық қалмайды. Ісіну дененің борпылдақ тері асты майында болады – ерін, қабық, тіл, тандай, еркектерде ұмасында.

Көмей кеңірдектің ісінуі өте қауіпті, асфиксияға ұшырайды, оның белгілері – дауысы бітіп қырылдап, үргендей жөтел пайда болып, дем алуы қиындай бастайды. Тынысы шулы болып кетеді, бетінде цианоз басталады. Науқас мазасыз, орын таппайды. Квинке ісінуі 1 сағаттан 1 тәулікке дейін созылады.

Жедел жәрдем:

Аллергенді ағзадан тез арада шығару үшін теріні жуады, аллергия ішке енсе науқасқа сорбенттер беру керек (белсендірілген көмір), бір неше рет қайталап тазалау клизмасын жасайды. Антигистаминдік дәрілерді енгізу: 1 мл пипольфен немесе 1 мл супрастин ерітіндісін.

Квинке ісінуінде 2-4 мл фуросемид ерітіндісін к/т, ауыр жағдайда, кеңірдек ісіп кеткенде қосымша: 10 мл натрий изотониялық ерітіндісімен 60-90 мг преднизолон ерітіндісін көк тамырға енгізеді. Қан қысымы төмендегенде тері астына 0,15- 0,5 мл 0,1% адреналин ерітіндісі және науқасты ауруханаға жеткізу қажет.

Анафилаксиялық шок - ағзаға аллергия енген жағдайда бірден дамитын аллергиялық реакция, нәтижесінде өмірге қауіпті патологиялық процесс пайда болатын және қан айналымы, тыныс алу, орталық жүйке жүйесінің ауыр бұзылыстарымен сипатталады.

Клиникасы. Ағзаға аллергия түсе салысымен немесе инъекция кезінде науқаста кенеттен әлсіздік пайда болып, үдейді, кеудесінде қысу сезімі, ауа жетпеуі, жөтел, экспираторлы еңтікпе, бас айналу, бас ауруы, жүрек тұсындағы ауырсыну, қорқыныш сезімі, құлағында шу, қозу, мазасыздану, денесінде күйдіргендей сезім немесе өте күшті қышыну пайда болады. Аяқ қолы суып, пульсі жиілеп, қан қысымы түсе бастайды. Үлкен, кіші дәретке отырғысы келеді, жүрегі айнып, құсып, ішінде ауырсыну пайда болады. Одан кейін есінен танып коматозды жағдайға ұшырайды. Анафилаксиялық шоктың найзағайдай түрінде алғашқы минуттарда немесе сағаттарда өмірлік маңызды мүшелердің зақымдануына байланысты өлімге әкеледі.

Объективті: Тері жамылғылары бозарған, цианозды, тыныс алуы қиындаған, суық тер басады. Артериалдық қысым үдемелі түрде төмендейді, тамыр соғысы жіп тәрізді, жүрек тондары тұйықталған.

Анафилактикалық шок өтуін 5 түрге бөледі: кәдімгі, гемодинамикалық, демікпелік, церебралды, абдоминалды.

Жедел жәрдем.

Науқасты жатқызу. Аяғын көтеру. Бетін бүйірге бұру.

Аллергияның ағзаға одан әрі түсуін тоқтату: инъекция орнын немесе жәндік шаққан жерді 1 мл 0,1% , адреналин ерітіндісін 5,0 мл натрий хлорид изотониялық ерітіндісінде крест тәрізді енгізу және мұз басу. Аллергенді мұрынға немесе көзге тамызса сумен жуу. Аллергенді ішке қабылдаған жағдайда асқазанды жуу. Аллерген дәріні қолға немесе аяққа енгізсе, сол жерден, жоғары жгут байлау (3-4 минут сайын алып тұру).

ЦӘК «Терапиядағы МІ»

Шокқа қарсы шаралар: 1 мл адреналин ертіндісін көк тамырға. Қайталап 5-10 минуттан кейін артериалдық қысымды бақылау. Антигистаминді препараттар: 1 мл супрастин немесе 1 мл димедрол ертіндісі бұлшық етке. Көк тамырға инфузионды ем: натрий хлорид ертіндісі 1 литр мөлшерінде. Аллергияға қарсы ем: преднизолон 90-150 мг көк тамыр ішіне.

Симтомды ем. Егер артериалдық гипотензия сақталса көк тамыр ішіне систолалық артериалдық қысым 90 мм-ге жеткенге дейін 5 мл допамин 400 мл натрий хлорид ертіндісінде немесе 5% глюкоза ертіндісінде. Инфузия минутына 2-11 тамшы енгізіледі.

Бронхоспазмда көк тамырға: 10,0 мл эуфиллин ертіндісі натрий хлорид изотониялық ертіндісінде енгізеді немесе сальбутамол 2,5- 5,0 мг небулайзер арқылы.

Қажет болса трахея интубациясын, жасанды өкпе вентиляциясын, трахеостомия жасайды.

Жүрек жетіспеушілігінде көк тамырға натрий хлорид ертіндісімен жүрек гликозидтерін: 1 мл строфантин немесе 1 мл коргликон ертіндісін, зәр айдайтын: 2-4 мл лазикс ертіндісін енгізу керек.

Барлық науқастар реанимация бөліміне жеткізіледі. Реанимациялық шаралар сол жерде, бара жатқанда және арнайы бөлімде жүргізіледі.

Аллергиямен ауырған адам аллерголог-дәрігердің бақылауында болуы керек.

БАҚЫЛАУ СҰРАҚТАРЫ

1. Жүйелі қызыл жегі, склеродермия, түйінді периартериит, дерматомиозит туралы түсінік.
2. Аурулардың этиопатогенезі.
3. Клиникалық көрінісі.
4. Зертханалық және аспаптық зерттеу.
5. Аурулардың емі, алдын алу шаралары, күтімі.
6. Аллергоз ауруларының анықтамасы қалай?
7. Бұл аурулардың этиопатогенезі, клиникасы, емі туралы айтыңыз.
8. Анафилактикалық шоктың анықтамасы, этиопатогензі.
9. Клиникалық көрінісі, емі, алдын алу шаралары.
10. Аллергия кезіндегі шұғыл жәрдем.

Әдебиеттер тізімі

Негізгі:

1. Ішкі аурулар. 1-2 том. Б.С. Қалимурзина.-Алматы, 2000
2. Ішкі аурулар Ғ.Н. Бимурзаев, Г.К. Зарипова – Түркістан 2012

Қосымша :

1. Терапиядағы медбикелік іс.С.К.Муратбекова, А.Т.Кенжебаева, Л.Б.Абдрахманова.-Көкшетау, 2006

Алматы қаласының денсаулық сақтау Басқармасы
ШЖҚ КМК «Жоғары медициналық колледж»



КГП на ПХВ «Высший медицинский колледж»
Управления здравоохранения города Алматы

ЦӘК «Терапиядағы МІ»

ВМК УЗ Г. Алматы