ДӘРІС КЕШЕНІ

Пәні: «Патологиядағы респираторлық жүйе»
Курс коды: RSP 3303
ОС тақырыбы мен коды: 6B10115 «Медицина»
Оқу сағаттары/кредиттер саны: 150 сағ. (5 кредит)
Оқу курсы мен семестрі: 3 курс, 5 семестр
Дәрістер саны: 4

Шымкент, 2025 ж

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

Хаттама: № 11 «26» 06 2025ж.

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

№1 дәріс:

1. Тақырыбы:Қалыпты және патологиядағы тынысалу жүйесі аурулары бар науқастарды сұрастыру, қарап тексеру, пальпация және перкуссиясы. Диагностикалық мәні.

2. Мақсаты: Білім алушыларды науқасты жалпы тексерудің принциптерімен таныстыру: есін, қалпын, тері және тері асты май қабатын, сүйек және буын жүйесін бағалау. Тыныс алу мүшелерінің зақымдануын зерттеу әдістерімен және семиотикасымен таныстыру. Іргелі және клиникалық пәндерді біріктіру негізінде қалыпты және патологияда тыныс алу мүшелерін клиникалық тексерудің негіздерін оқыту, кеуде қуысын тексеру, пальпациялау және перкуссиялау дағдыларын меңгеру.

3. Дәріс тезистері:

Дәрігердің науқас адаммен қарым-қатынас жасай алу қабілеті өте маңызды сәт. Дәрігер мен науқас адам арасындағы қарым-қатынас, дәрігердің міндеті мен міндеттері медициналық деонтология (грекше deon, deonos - парыз, logos - оқу) деп аталады. Медициналық деонтология – медициналық қызметкерлердің кәсіби міндеттерін орындау кезінде этикалық ережелерді сақтауы.

НАУҚАСТАРДЫ КЛИНИКАЛЫҚ ЗЕРТТЕУ ӘДІСТЕРІ

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

Сұрастыру науқастың шағымдарын жинаудан басталады. Ауруды анықтаудағы адам сезімінің маңызы объективті тексеруден кем емес. Кейбір диагноздар (мысалы, стенокардия немесе кеуде қуысының қысылуы) субъективті шағымдар негізінде жасалады. Симптомдар пайда болған кезде, алғашқы белгілер қандай болды, осы уақытқа дейін болған өзгерістер (anamnez morbi - осы аурудың дамуы туралы естеліктер) диагнозды өзіңіз жасауға көмектеседі. Ауру анамнезінен кейін оның өмір тарихы сұралады (anamnesis vitae – өмір туралы естеліктер). Науқастың өмір жолы оның өз сөздерінен немесе туыстарымен сөйлесуінен тұрады. (диалогты қараңыз)

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

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

НАУҚАСТАРДЫ СҰРАСТЫРУ

Науқасты сұрау әдісі «анамнез» деп те аталады. «Анамнез» гректің anamnesis – еске түсіру сөзінен шыққан. Сауалнама мынадай тәртіппен жүргізілуге тиіс: 1) құжаттама бөлімі; 2) шағымдар; 3) ауру тарихы; 4) науқастың өмір тарихы. Анықтамалық деректерге пациенттің тегі, аты, әкесінің аты, жасы, жынысы, мамандығы, тұрғылықты жері жатады. Олардың әртүрлі ауруларды анықтауда өз орны бар. Мысалы, жас кезінде асқазанның ойық жара ауруы, сарғаю т.б., қатерлі ісік, атеросклероз, миокард инфарктісі, т.б. Сондықтан дәрігер диспепсиялық шағымдармен келген науқастың жасына қарайды, ал егер бұл егде жастағы

адам болса, онда ол алдымен асқазан-ішек жолдарының ісігін, ал жас адамда - одан жеңіл, гастрит, ойық жара ауруларын іздейді. Көбінесе балалар қызылша, қызамық, көкжөтелмен ауырады.

НАУҚАСТЫҢ ШАҒЫМДАРЫ

Науқастың шағымдары олардың негізгі және қосымша түрінде де қарастырылуы керек. Кейде олардың маңыздылық дәрежесін анықтау қиынға соғады. Эмоциямен айтылған шағым да негізгі аурумен тікелей байланысты болмауы мүмкін. Дәрігер науқастың әрбір негізгі шағымын дәл анықтауы керек. Бұл өз алдына маңызды диагностикалық шешім. Науқастың келесі сұрақтарға нақты жауабы болуы керек: 1) ауырсынудың орналасуы; 2) оның сипаттамасы (жедел, созылмалы, құрысу); 3) күш, немесе прогрессия - 4) таралу, берілу; 5) ауыру сезімін тудырған себептер, оның пайда болу уақыты; 6) ауыру сезімін күшейтетін немесе төмендететін шаралар (дене еңбегі, жүйкелік және т.б.). Төс сүйегіндегі ауырсыну физикалық күш салу немесе нитроглицериннің таралуына байланысты пайда болуы және тоқтауы мүмкін. Ал аурудың тағам қабылдаумен байланысы,яғни аш қарынға басталуы, тамақтанғаннан кейін баяулау, асқазан жарасының болуын анықтауға көмектеседі.

АУРУДЫҢ ДАМУ ТАРИХЫ

Науқас адамның (anagnes morbi) ауруының даму тарихын зерттегенде мына сұрақтарға нақты жауап алу қажет: 1) Сіз қашан ауыра бастадыңыз? 2) Аурудың алғашқы белгілері (симптомдары); 3) Ауруды тудырған себептер; 4) Аурудың ағымы, өршуі (күшейтуі, уақытша өлімі, жаңадан қосылған және өзгерген белгілері); 5) Бүгінгі күнге дейін жүргізілген зерттеу әдістері және алынған ем, оның қорытындысы, емнің әсері.

АУРУДЫҢ ӨМІР ТАРИХЫ

Науқастың өмір тарихы (anamnes vitae) – оның өмірінің негізгі кезеңдерін құрайтын (нәрестелік, балалық, жасөспірімдік, жетілу) көрсететін медициналық өмірбаян.

Отбасы және тұқым қуалаушылық тарихы. Диагностикада, әсіресе ауруды болжауда ата-анасының және жақын туыстарының ауруы мен қайтыс болу себептері туралы мәліметтердің маңызы зор. Жұқпалы аурулар бір отбасында бірнеше адамға жұғуы мүмкін, мысалы, туберкулез. Патологиялық тұқым қуалаушылық көбінесе белгілі бір жағдайларда ғана ауруға айналуы мүмкін ауруға бейімділік ретінде беріледі. Ауруды асқындыратын жағдай болмаса, адам ағзасы ауруға қарсы тұра алады.

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

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

Емтихан өткізу ережелері. Науқасты толық тексеру үшін келесі ережелерді сақтау қажет:

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

2. Науқас орналасқан бөлме жарық қана емес, сонымен қатар жылы болуы керек. Қарап тексеру ұзақ уақыт бойы жалаңаш қалмауға тырысып, тез және жүйелі түрде жүргізілуі керек. Науқасты алдымен тік күйде, содан кейін жатып тексереді.
3. Дәрігердің қолының және стетоскоптың басының жылуы шамамен адам денесінің жылуына тең болуы керек.
4. Жалпы тексеруді әрқашан белгілі бір жүйемен жүргізген жөн: алдымен жалпы мағынасы бар белгілерді кезекпен қарап, содан кейін дене мүшелерін (бас, бет, мойын, бет, аяқ-қолдар, тері, сүйектер, буындар, тері, тері асты қабаттары, шаш, өскен түктер) қарау керек.
Жалпы тексеру сананы, дене қалпын, дене түрін бағдарлаудан басталады, содан кейін температура өлшенеді және антропометриялық мәліметтер жиналады. Науқастың жалпы жағдайын төрт түрге бөлуге болады: қанағаттанарлық (қалыпты), орташа (қалыптыдан төмен), ауыр және агоникалық (өліммен аяқталатын). Содан кейін аурудың сана-сезімін тексеру келеді. Сана күйі келесі түрлермен анықталады: 1) ашық сана; 2) сананың анық еместігі – науқас сұраққа дұрыс жауап бергенімен, өзін қоршаған ортаны анықтай алмайды. 3) ступор – науқас өзінің айналасын түсінбейді, 4) сопор – науқас үнемі ұйықтап, қатты дыбыстан айқайлаған нәрсеге ғана жауап береді, бірақ айтылған сөздің мағынасын түсінбейді. 5) кома – науқастың бейсаналық жағдайы, кейде рефлекстер де толығымен жойылады.
Дене бітімінің түрлері. Адамның дене құрылысы (конституциясы) - бұл көбінесе әкеден балаға берілетін, бірақ қоршаған ортаның, әсіресе әлеуметтік жағдайдың әсерінен өзгерістерге ұшырайтын дененің морфологиялық және функционалдық белгілерінің жиынтығы. сәйкес органның конституциясындағы өзгерістер орын алады
жүйке және эндокриндік жүйелердің қызметі. Сондықтан бұл жерде адамның темперамент түрлерін де ескергеніміз жөн. Олар мыналар: 1) холерик – қызба мінезді, күшті мінезді; 2) флегматикалық – ұстамды, қарапайым мінезді; 3) сангвиник – ұстамды, екпінді мінез; 4) меланхолик – қызба, әлсіз мінез.
Профессор М.В.Чернороцкий адам ағзасының морфологиялық және функционалдық ерекшеліктерін ескере отырып, адамдарды үш конституциялық типке бөлді: астениялық, нормостеникалық, гиперстеникалық.
Тері қабатын тексеру. Тері қабатының жағдайына назар аударатын шағым - терінің қышуы. Терінің қышуы кейде терінің өзгеруімен байланысты (псориаз), сонымен қатар ішкі органдар ауруларының (бауыр мен өт жолдарының аурулары, лимфогранулематоз) сыртқы көрінісі, сондай-ақ аллергиялық аурулардың алғашқы белгісі ретінде пайда болуы мүмкін.
Келесі назар аударатын нәрсе - тері түсінің өзгеруі. Вегетативті жүйке жүйесі аурулары бар адамдарда терінің бозаруы мен қызаруы кезектесіп отырады. Терінің тұрақты бозаруы және күн сайын бозарудың жоғарылауы келесі жағдайларда байқалады: кенеттен немесе біртіндеп қан кету (асқазан жарасы, геморрой, гинекологиялық аурулар), қан жүйесінің аурулары (гемолитикалық анемия, Верлгоф ауруы және т. тері астындағы тамырлардың нашар дамуына байланысты.
Терінің бозаруы басқа себептермен де туындауы мүмкін: бүйрек ауруларына байланысты тері тамырларының қысылуы; қан тамырларының тарылуына әкелетін жағдайлар (қорқыныш, естен тану, құсу, гипертониялық криз, үсік шалу); қан тамырлар жүйесіндегі қан жетіспеушілігі (қолқа саңылауының тарылуы, аорта қақпақшасының жеткіліксіздігі). Кенеттен бозарған теріге ерекше назар аудару керек, өйткені мұндай жағдайларда (асқазан жарасы, перитонит және т.б.) пациент көмекке мұқтаж болуы мүмкін. Әдетте, бұл аурулармен адамдар кенеттен бозарып, басы айналады және есін жоғалтады, тамыр соғысы жиілейді, қан қысымы төмендейді.
Бозару әртүрлі болуы мүмкін. Анемияда (Аддисон-Бирмер анемиясы, гемолитикалық

анемия) гемолизден туындаған терінің аздап сарғаюымен, хлорозда - жасылдау, ал қатерлі ісіктерде - топырақ түсі. Кейбір аурулар кезінде терінің түсі көгеруді тартады, ол көгерген (цианоз) деп аталады. Терінің күңгірт көлеңкесі қандағы бұрын қалпына келтірілген гемоглобиннің жоғарылауына байланысты. Екі түрлі себеп бар: біріншісі – шеткергі қан айналымының нашарлауы, екіншісі – өкпедегі газ алмасудың жеткіліксіздігі. Кейде бұл екі себеп қатар жүреді, яғни бір адамның басынан табылады.

Жүрек қызметінің нашарлауы нәтижесінде өкпеден ағып жатқан артерия қаны оттегіге енеді, бірақ шеткергі қантамырлардағы қан айналымының баяулауына байланысты тіндерге әдеттегіден көп оттегі түседі. Нәтижесінде веноздық қандағы бұрынғы қалпына келтірілген гемоглобин жоғарылайды. Бұл көгеру көгеру деп аталады.

Кеуде қуысын тексеру

Жалпы тексеру респираторлық патологияда кездесетін көптеген белгілерді анықтайды.

Өкпелік науқаста ауыр тыныс жеткіліксіздігінің негізгі белгілерінің арасында сананың депрессиясы дамиды, бұл церебральды гипоперфузияны көрсетеді. Науқастың жалпы түріне, төсекке жазылуы, түсі

тері және көрінетін кілегей қабығы, ісінудің болуы, соңғы фалангтардың ерекше пішіні («сигнал таяқшалары» түріндегі саусақтар).

Егжей-тегжейлі қарауға кіреді:

* мұрын қуысын тексеру;
* дауысты өзгерту;
* сүт бездерін тексеру;
* Тыныс алу көрсеткіштерін

бағалау Мұрын қуысын тексеру:

* мұрынның сыртқы пішінінің өзгеруі;
* мұрын шырышты қабығының жағдайы;
* герпетикалық бөртпе (зақымдалған жағында байқалады);
* тыныс алу әдісі (мұрын, ауыз, бос, қиын);
* қосалқы мұрын синусы (пальпация кезінде ауырсыну?);
* мұрыннан ағу (аз мөлшерде, онсыз, көп мөлшерде, кілегейлі, іріңді, қанды);
* мұрын қанаттарының ығысуы (иә, жоқ).
* Көмей: дауыстың өзгеруі (дауыстың қарлығуы, афония) тыныс алу жүйесінің ауруларынан басқа (ларингит, көмей ісігі, дауыс сымының полипі және т.б.) көптеген аурулардың белгісі болуы мүмкін.

Қабырға торы

Кеуде қуысын тексеру қатаң дәйектілікпен жүргізілуі керек:

* кеуде түрі;
* кеуде симметриясы;
* тыныс алу экскурсиясы (кеуде шеңберін өлшеу);
* тыныс алу параметрлерін бағалау;
* тыныс алу түрі (кеуде, құрсақ, аралас).

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

Сүт безінің түрі

Конституциялық түрлері: нормостеникалық, гиперстеникалық, астениялық. Сүт безінің конституциялық пішінін анықтау критерийлері:

* алдыңғы-артқы және көлденең диаметрлер арасындағы қатынас;
* қабырғалар мен бұғаналардың қозғалыс бағыты;
* қабырғааралық кеңістіктердің көлемі;

* корпус пен тұтқа арасындағы байланыс бұрышының анықтығы (көлбеу бұрышы);
* эпигастрий бұрышының мөлшері;
* иық жүзінің кеудеден тыс орналасуы.

Қалыпты кеуде түрлерінің вариациялары

Нормостеникалық:
- алдыңғы-артқы өлшем көлденең өлшемнен үлкенірек;
- қабырғалар төмен қарай қисық, қалқалар айқын емес;
- эпигастрий бұрышы 90°.

Астеникалық:
- алдыңғы-артқы өлшем көлденең өлшемнен үлкенірек;
- қабырғалары өте төмен, қалқалар анық;
- эпигастрий бұрышы 90 ° төмен;

Гиперстеникалық:
- алдыңғы-артқы өлшем көлденең өлшемге тең;
- қабырғалары көлденең, қалқалары тар;
- эпигастрий бұрышы 90°-тан жоғары.
- Омыртқаның қисаюы: бүйір жағынан - сколиоз, алдыңғы жағынан - лордоз, артқы жағынан - кифоз және кифосколиоз, бүйірлік және артқы жағынан кеуде қуысының өте айқын дамыған асимметриясын тудырады (жарақаттар, қаңқа аномалиялары, сүйектің туберкулездік зақымдануы, торлар және т.б.). Кеуде қуысының екі жартысының симметриясы тура және бүйірлік жарықта, еркін, алдыңғы және артында қалыпты тыныс алуда бағаланады. Тыныс алу симметриясы терең тыныс алу қозғалыстары фонында науқастың алдынан және артынан кеудеге қараған кезде жүзеге асырылады. Содан кейін алдыңғы жағында - ыңғайлы бағдарлары бар қабырға доғаларының орналасуы және олардың тыныс алу экскурсиясы, ал артында - иық пышақтарының орналасуы және олардың тыныс алу кезіндегі қозғалысы. Астеникалық дене бітімі бар науқастарда иық пышақтары тар болады, сондықтан науқастан қолын бастың артқы жағына, ал шынтағын бүйірге көтеруін сұрау керек, бұл кезде қабырға доғалары жақсы пішінді, ал тыныс алу кезінде кеуденің бір жартысында аздап кешігуді байқауға болады. Арқаны тексерген кезде науқастың қолы бүкіл денеде еркін орналасады. Қалыпты кеуденің екі жартысының қозғалысы симметриялы.

Кеуде қуысын пальпациялау.

Кеуде қуысын пальпациялағанда дауыс
треморы бағаланады:
серпімділік (қарсылық);
дауыс дірілі (өзгермеген, жоғарылаған, төмендеген, жоқ, өзгерістердің локализациясы);
ауырсынудың орналасуы;
сипау кезінде плевра үйкеліс шуын анықтау;

Экскурсия дәрежесін анықтау – 4 қабырға аралық шегінде кеуде шеңберін анықтау: тыныш тыныс алу, терең дем шығару және дем шығару кезінде.

Қабырға шеміршегінің сүйектену дәрежесіне байланысты, сүт безінің серпімділігіне негізделген, кеудеге басқан кезде оның карциномасының сезімімен анықталады.

Кеуде қуысының серпімділігінің төмендеуінің себептері (ригидтілігі):
өкпе тінінің қатты қатаюы;
гидроторакс;
өкпе эмфиземасы;
плевралық ісік.

Дауыс жиілігі – науқас «Р» («қырық төрт») дыбысы кіретін сөздерді айтқан кезде дауыс байламдарынан симметриялы ошақтарда және өкпе тінінің кеуде қуысының сыртында

пальпация арқылы анықталатын тербеліс бар. Бұл кезде төмен жиілікті дыбыс тербелістерінің өткізгіштігін бағалау қажет. Дауыс тембрі төмен науқастарда кеуденің оң жартысы мен үстіңгі бөлігі, әсіресе ұшы аймағында дауыс дірілі күшейеді (қысқа оң жақ бронх дыбысты күштірек өткізеді). Әйелдерде вокальды фремитус дірілі әлсіз көрінеді (жоғары дауыс тембрімен байланысты).

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

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

Өкпенің перкуссиясы— астындағы тіннің жағдайын бағалау үшін кеуденің бетіне жеңіл соққылар қолданылатын физикалық тексеру әдісі. Перкуссия өкпе тінінің ауалылығын, сұйықтықтың немесе тығыздалудың болуын және өкпе шекараларының ығысуын бағалауға мүмкіндік береді.

Өкпенің перкуссия техникасы

Науқас тұрады немесе отырады, қолдарын кеудеде айқастырып алады.

Перкуссия симметриялы, салыстырмалы түрде орындалады (сол/оң жақ).

Олар жоғарыдан төменге қарай, қабырға аралықтарында басталады.

Оң және сол жақтағы бірдей деңгейдегі дыбыстарды салыстыру.

Өкпенің топографиялық перкуссиясы

Өкпенің топографиясын анықтау үшін беткей, тыныш перкуссия қажет.

Алдыңғы жағынан өкпе ұшының биіктігін анықтау.

Артқы жағынан өкпе ұшының биіктігін анықтау.

Крениг өрістерінің енін анықтау – төбелердің үстіндегі өкпе перкуссиялық дыбыс аймағы.

Өкпенің төменгі шекараларын анықтау – перкуссия жоғарыдан төменге қарай барлық сызықтар бойынша орындалады.

Өкпенің төменгі жиегінің қозғалғыштығын анықтау

Өкпенің салыстырмалы перкуссиясы

Салыстырмалы перкуссия өкпенің физикалық қасиеттеріндегі елеулі өзгерістерді анықтау үшін жүргізіледі.

Өкпенің алдыңғы бөлімдерінің үстінде.

Өкпенің бүйір бөлімдерінің үстінде.

Өкпенің артқы бөліктерінің үстінде.

Дыбыстық шкала – өкпе дыбысының қаттылығы, ұзақтығы және биіктігі бойынша өкпенің артқы және алдыңғы бөліктеріне таралуы.

4. Иллюстрациялық материал:презентация.

5. Әдебиет: Ішкі аурулар пропедевтикасы: Оқу құралы. / Т.С. Рябова, Е.С. Рыс, В.Я. Плоткин және т.б. - Санкт-Петербург: SpetsLit, 2015. - 414 б. http://rmebrk.kz/book/1174389

6. Бақылау сұрақтары (кері байланыс):

1. Ауру дегеніміз не?
2. Аурулардың пайда болу себептерін атаңыз.
3. Тексеру ережесін атаңыз.
4. Науқастың терісін тексерген кезде қандай белгілерге назар аудару керек?
5. Тыныс алу органдары ауруларымен ауыратын науқастардың негізгі және қосымша шағымдары қандай?
6. Жөтел дегеніміз не?
7. Кеуде қуысының түрлерін ата.
8. Пальпация дегеніміз не?

9. Кеуде перкуссиясын сипаттаңыз.
10. Кеуде қуысын пальпациялау техникасы.
11. Кеуде қуысының салыстырмалы пекуссиясын орындау техникасы.
12. Кеуде қуысының топографиялық пекуссиясын орындау техникасы.

7. Бақылау: тест және ситуациялық тапсырмалар.

№2 дәріс

1. Тақырыбы: Нормадағы және патологиядағы тыныс алу мүшелерінің аурулары бар науқастарда кеуде қуысының аускультациясы.

2. Мақсаты:Білім алушыларға науқасты жалпы тексеру принциптерімен таныстыру: санасын, қалпын, тері және тері асты май қабатын, сүйек және буын жүйесін бағалау. Тыныс алу мүшелерінің зақымдануын зерттеу әдістерімен және семиотикасымен таныстыру. Іргелі және клиникалық пәндерді кіріктіру негізінде денсаулық және патологияда тыныс алу мүшелерін клиникалық тексерудің негіздерін оқыту, тексеру, кеуде қуысын аускультациялау дағдыларын меңгеру.

3. Дәріс тезистері:

Өкпенің аускультациясы – дәрігер өкпе мен бронхтан шығатын дыбыстарды олардың жағдайын бағалау және патологияларды анықтау үшін тыңдайтын физикалық диагностикалық әдіс. Бұл бронхит, пневмония, астма және басқалар сияқты әртүрлі ауруларды анықтауға мүмкіндік беретін тыныс алу жүйесін тексерудің маңызды құрамдас бөлігі. Өкпенің аускультациясы дәрігерге өкпе мен бронхтан шығатын дыбыстарды тыңдау арқылы тыныс алу жүйесінің денсаулығын бағалауға мүмкіндік беретін маңызды процедура болып табылады. Стетоскопты пайдалана отырып, дәрігер тыныс алу органдарының ауруларының немесе басқа патологиялардың болуын көрсете алатын әртүрлі ауытқулар мен өзгерістерді анықтай алады.

Өкпенің аускультациясы қалай жүргізіледі:

1. Дайындық: Науқас тыныш, отырып немесе жатып, қолдары төмен болуы керек.
2. Стетоскоп: Дәрігер өкпе дыбыстарын тыңдау үшін стетоскопты пайдаланады.
3. Тыңдау: Дәрігер өкпенің төбесінен бастап, содан кейін бүйірлік және артқы беттерге жылжи отырып, кеуде қуысының барлық аймақтарын тыңдайды.
4. Дыбысты бағалау: Дәрігер тыныс алу дыбыстарының сипаты мен қарқындылығын, сырылдың, плевра үйкелісінің және басқа патологиялық дыбыстардың болуын немесе болмауын бағалайды.

Аускультацияда қалыпты дыбыстар: везикулярлы тыныс:

Бұл қалыпты тыныс алудың негізгі дыбысы, тыныш, жұмсақ және ерекше емес.

Бронховезикулярлы тыныс:

Дем шығару фазасындағы дыбыстар біршама қаттырақ және ұзаққа созылуы мүмкін.

Бронхиалды тыныс дыбыстары: бұл әдетте трахея мен үлкен бронхтардың үстінде естілетін қаттырақ, қатал дыбыс.

Аускультацияда патологиялық дыбыстар:

Қытырлақ: тарылған немесе қабынған бронхтардан ауа өткенде пайда болатын дыбыстар. Тыныс алу жолдарының өткізгіштігінің өзгеруіне байланысты сырылдар пайда болады. Олардың қалыптасуының негізгі механизмдеріне мыналар жатады:

Бронхоспазм, қабыну немесе шырышты қабықтың ісінуінен туындауы мүмкін тыныс жолдарының люменінің тарылуы.

Бронхтарда немесе альвеолаларда сұйықтықтың немесе қақырықтың болуы ауа ағыны тән дыбыстарды тудырады.

Тыныс алу жолдарының бітелуі - бөгде заттармен, ісіктермен немесе шырышпен бронхтардың ішінара немесе толық бітелуі.

Тіндердің тербелісі. Шырышты қабықтың зақымдалған немесе қабынған жерлері ауа өткенде дірілдеу мүмкін. Қырылдау локализациясы, дыбыс сипаты және оның пайда болу жағдайлары сияқты бірнеше параметрлер бойынша жіктеледі.

Ингаляция кезінде сырылдар. Негізінен ингаляция кезінде естілген «сықырлаған» немесе «ату» дыбыстары әдетте жоғарғы тыныс алу жолдарында (жұтқыншақ, көмей және трахеяның жоғарғы бөлігі) немесе үлкен бронхтардағы проблемаларды көрсетеді. Инспираторлы сырылдар (қатты ысқырықты дыбыс, стридор деп аталады) осы аймақта тыныс алу жолдарының люмені тарылғанда пайда болады, бұл турбулентті ауа ағынына әкеледі. Ингаляция кезінде сырыл тудыратын ауруларға мыналар жатады: ларингит, трахеит, көмейдің ісінуі, жоғарғы тыныс жолдарының бітелуі (бөтен дене, ісік және т.б.). Физиологиялық себептер бойынша инспираторлы сырылдар ересектерге қарағанда балаларда жиі кездеседі.

Дем шығарғанда сырылдар. Бұл дыбыстық құбылыс сұйықтықтың немесе қақырықтың жиналуына байланысты тарылған немесе ішінара бітеліп қалған төменгі тыныс алу жолдарынан (трахеяның төменгі бөлігі, бронхтар және бронхиолдар) ауа өткенде пайда болады. Дем шығарғанда сырылдар тудыратын патологиялық процестер: бронх демікпесі, өкпенің созылмалы обструктивті ауруы (ӨСОА), пневмония, бронхит және т.б.

Қырылдау құрғақ немесе ылғалды болуы мүмкін.

Құрғақ сырылдар ысқырған немесе ызылдаған дыбыс сияқты, тар түтіктен ауа өтіп жатқандай естіледі. Олар бронхтардың тарылуы кезінде пайда болады және тыныс алу жолдарының реактивтілігінің жоғарылауымен байланысты жағдайларға тән. Құрғақ сырылдарды тудыратын ауруларға жатады: бронх демікпесі, қабыну процестері, тұтқыр қақырықтың жиналуы, туберкулез (сирек).

Осы механизмдерді ескере отырып, тыныс алу жүйесінің және басқа органдардың әртүрлі ауруларында сырылдың пайда болуының себебін түсіндіруге болады.

Вирустық немесе бактериялық инфекциялардан туындаған жоғарғы тыныс жолдарының жалпы аурулары, сирек аллергиялық реакциялар немесе шырышты қабықтың тітіркенуі (мысалы, суық ауаны немесе улы заттарды жұту кезінде):

ларингит - кеңірдектің қабынуы жиі тыныс алу кезінде қатты ысқырықты дыбысқа әкеледі;

фарингит - жұтқыншақтың шырышты қабығының қабынуы мен ісінуі ауаның өтуін қиындатады және сырылдың пайда болуына жағдай жасайды;

трахеит - трахеяның қабынуы жиі құрғақ жөтелмен және деммен жұту кезінде естілетін құрғақ сырылдармен бірге жүреді.

Бронхо-өкпе жүйесінің аурулары:

бронхит (жедел және созылмалы) – бронх қабырғасының қабынуы және қақырықтың бөлінуі;

пневмония – бронхта қақырықтың жиналуы (аурудың бастапқы кезеңінде ылғалды сырылдар жиі естіледі, ал шешілу сатысында олар жоғалып кетуі мүмкін);

бронх демікпесі - құрғақ сырылдар бронх люменінің тарылуына, бронхоспазмға байланысты пайда болады;

созылмалы обструктивті өкпе ауруы - созылмалы қабыну және шағын бронхтардың тарылуы, әсіресе дем шығару кезінде ысқырықтың пайда болуына әкеледі;

тыныс алу жолындағы қатерсіз немесе қатерлі ісіктер – ісік өскен сайын сырылдар күшейеді;

өкпе туберкулезі - өкпе мен бронхтың тіндерінің зақымдалуына байланысты сырылдар болуы мүмкін.

Ыстық ысқырықты тудыруы мүмкін басқа медициналық жағдайлар:

аллергиялық реакциялар (анафилактикалық шок, аллергиялық бронхит) – аллергеннің әсерінен тыныс алу жолдарының тарылуы және көмейдің ісінуі;
жүрек жеткіліксіздігі және өкпе ісінуі - өкпе айналымындағы тоқырау бронхтарда сұйықтықтың жиналуына әкеледі;
жүрек-қантамыр жүйесінен сырылдың қосымша ықтимал себептері: миокард инфарктісі, митральды стеноз, өкпе гипертензиясы, өкпе эмболиясы және жүректің туа біткен ақаулары;
Крепитация - бұл сұйықтық немесе секрециямен толтырылған альвеолаларда пайда болатын және пневмония сияқты қабыну процестеріне тән сырылға немесе сықырлауға ұқсас ерекше дыбыс. Крепитация белсенді қабынуды көрсетеді, ал сол аурудағы ылғалды сырылдар науқастың сауығуын көрсетуі мүмкін.
Плевра үйкелісі: плевра қабаттары арасындағы үйкеліс нәтижесінде пайда болатын шу.
Плевра үйкелісі тыныс алу кезінде қабынған немесе тыртықты плевра парақтары бір-біріне үйкелу кезінде пайда болады. Бұл дыбыс жібектің үйкелісіне немесе былғарының сықырлағанына ұқсайды және классикалық ысқырық емес. Плевра үйкелісін тудыратын ауруларға плеврит, туберкулез және кеуде жарақаттары жатады. Бұл дыбыстың крепиттік және ылғалды сырылдардан ерекшелігі және пайда болу жағдайлары.

4. Иллюстрациялық материал:презентация

5. Әдебиет:Ахметов, Қ.Ж. Ж. Ахметов. – Алматы: Жаңа кітап, 2022. – 266 б.

6. Бақылау сұрақтары:

1. Тыныс алу мүшелерінің ауруларына тән негізгі клиникалық синдромдар қандай?
2. Негізгі шулар қандай?
3. Әлсіз везикулярлы тыныс пайда болған кезде.
4. Ылғалды ысқырықтың пайда болуына әкелетін себептер.
5. Құрғақ сырылдың себептері
6. Ылғалды сырылдардың сықырлау мен үйкеліс шуларынан қандай айырмашылығы бар?
7. Крепитация дегеніміз не?
8. Плевра үйкелісінің даму механизмі қандай?

7. Бақылау: тест және ситуациялық тапсырмалар.

№3 дәріс

1. **Тақырыбы: Тыныс алу жүйесінің жетекші клиникалық синдромдары: өкпе тінінің тығыздалуы, бронх өткізгіштігінің бұзылуы.**
2. **Мақсат**: Білім алушыларға өкпе тінінің тығыздалуының, бронхтың бітелуінің негізгі белгілерін анықтауға үйрету. Симптомдардың даму механизмін түсіндіру және науқасты зертханалық және аспаптық тексеруде осы ауруға тән өзгерістерді анықтау. Өкпе тінінің тығыздалуы, бронх обструкциясы белгілері бар науқастың шағымдары мен анамнезін жинауды, мақсатты тексеру әдісін және зертханалық және аспаптық зерттеу әдістерінде осы ауруға тән белгілер мен өзгерістерді анықтауды үйрету.
3. **Дәріс тезистері:**

Өкпе тінінің тығыздалу синдромы – өкпеде қалыпты өкпе паренхимасымен қоршалған тығыздалу ошақтарының пайда болуы. Бұл аурудың патогенезі олардың жасушаларын сұйықтықпен толтыру нәтижесінде өкпенің ауасының төмендеуін қамтиды. Өкпе тінінің консолидациясы синдромымен ауыратын науқастар келесі шағымдармен жүгінеді:
дем шығару кезінде пайда болатын ентігу шабуылдары;
көп мөлшерде іріңді қақырықты шығарумен жиі пароксизмальды жөтел;
кеуде аймағындағы ауырсыну қабыну процесінде париетальды плевраның бірлескен қатысуы жағдайында ғана пайда болуы мүмкін.

Науқасты объективті тексеру кезінде терінің айқын бозаруы және аздап цианозы көрінеді, герпетикалық бөртпелер және беттің қызаруы пайда болуы мүмкін. Ақпараттық зерттеу әдісі және соңғы диагнозды қою үшін кеңінен қолданылатын кеуде қуысының рентгендік зерттеуі. Жалпы қан анализінің нәтижелері қан жасушаларында айқын қабыну реакциясына бағытталған өзгерістерді анықтайды.

Өкпе тінінің тығыздалуы оның ауалылығының төмендеуі болып табылады. Қалыпты жағдайда альвеолалар ауамен толтырылады. Тығыздалған кезде ауа келесімен ауыстырылады:

Қабыну экссудаты
Қанмен
Жасушалар (мысалы, ісік жасушалары)
Талшықты тін
Ісіну (плазмалық сұйықтық)

Сондай-ақ өкпе тінінің құлауы (ателектаз) кезінде де пайда болады.

Өкпе тінінің тығыздалуының дамуының ең көп тараған себебі пневмония болып табылады. Пневмония – тұрақты бактериялық инфекция фонында айқын қабыну реакциясының күшеюімен сипатталатын өкпенің жедел ауруы. Бұл аурумен альвеолярлы жасушаларда айқын экссудация процесі жүреді.

Пневмонияның келесі түрлерін ажырату әдеттегідей:

Ауруханадан тыс жағдайларда дамитын, қызбаның айқын белгілерімен және жоғарғы тыныс жолдарының қабыну белгілерімен жүретін пневмонияның госпиталды емес түрі. Патологияның бұл түрінің этиологиялық патогендері кез келген жұқпалы және бактериялық қоздырғыштар болуы мүмкін.

Себептер
Жұқпалы
Пневмония (пневмококк, легионелла, COVID-19 және т.б.)
Туберкулез
Саңырауқұлақ инфекциялары (аспергиллез, гистоплазмоз)
Жұқпалы емес
Өкпенің ісінуі (сол жақ қарыншаның жеткіліксіздігі)
Өкпе инфарктісі
Васкулит (мысалы, Вегенер гранулематозы)
Идиопатиялық өкпе фиброзы
Онкологиялық
Өкпенің қатерлі ісігі (орталық/перифериялық)
Лимфома
Метастаздар (меланома, сүт безі қатерлі ісігі және т.

Өкпе тінінің тығыздалу синдромы кешенді бағалауды қажет ететін маңызды клиникалық және радиологиялық белгі болып табылады. Ол жақсы қабыну процестерін де, қатерлі ісіктерді де көрсете алады. Себепті анықтау клиникалық, рентгенологиялық және зертханалық мәліметтерге сүйене отырып, дәрігердің міндеті болып табылады.

Бронхиальды обструкция - бұл бронх ағашының бітелуі нәтижесінде пайда болатын тыныс жетіспеушілігінің бір түрі болып табылатын клиникалық синдром, өкпенің жеткіліксіз желдетілуіне және бронхтан шырышты шығарудың қиындауына әкеледі. Бұл синдромның себебі әртүрлі патологиялық жағдайлар болуы мүмкін, мысалы, бөгде заттардың аспирациясы, улы заттардың әсері, бронх демікпесінің ұстамасы, обструктивті бронхит және тыныс алу жолдарының басқа патологиялары. Жағдай жедел түрде дамуы мүмкін, мысалы, бронхта бөтен дененің қатысуымен немесе бронх демікпесі ұстамасы кезінде немесе баяу дамуы мүмкін, мысалы, созылмалы обструктивті өкпе ауруында.

Бронхо-обструктивті синдромның жалпы себептері арасында мыналарды бөліп көрсетуге болады:
тыныс алу жолындағы бөгде заттар
бронх демікпесінің ұстамасы
обструктивті бронхит
тыныс алу жолдарының әртүрлі патологиялары
улы заттардың әсері
туберкулез
жүрек-тамыр аурулары
респираторлық вирустық инфекция
Бронх обструкциясының белгілері:
Тыныс алумен тұншығу ұстамасы (тыныс алу жиілігінің жоғарылауы), дем шығару кезінде тыныс алудың қиындауы, ауыр жағдайларда қорқыныш пен жатқан қалыпта қала алмаумен бірге жүреді.
Құрғақ пароксизмальды жөтел. ...
Құрғақ жөтел немесе тұншығудың түнгі шабуылдары.
Бронхоспазм (лат. bronchospasm) — ұсақ бронхтар мен бронхиолалардың саңылауларының тарылуы; бұл тыныс алу жүйесінің әртүрлі ауруларымен (мысалы, бронх демікпесі немесе бронхитпен), аллергиялық реакциялардың көріністері немесе улы заттардың зақымдануы, хирургиялық араласу кезіндегі асқынулар.
Диагностика:
Өкпе аускультациясы (ысқырықты сырылдар, әлсіреген тыныс)
Спирометрия (FEV1 төмендеуі, Тиффено индексі)
Кеуде қуысының рентгенографиясы
Бронхоскопия (ісік немесе бөгде зат күдіктенсе)
Кеуде қуысының томографиясы
Бронходиляторлық сынама (кедергінің қайтымдылығын анықтау үшін)
1. Кедергі механизмі бойынша:
Интралюминальды себептер:
Қақырық, шырыш
Қан ұйыуы
Бөгде зат
Ішке қарай өсетін ісіктер
Интрамуральды (бронх қабырғасында):
Шырышты қабықтың ісінуі (қабыну, аллергия салдарынан)
Бұлшықет қабатының гипертрофиясы
Ісіктердің өсуі
Экстрабронхиальды (сыртқы компрессия):
Лимфа түйіндерінің ұлғаюы (туберкулез, лимфома)
Ортастинаның ісіктері
Аортаның аневризмасы
Бронхтардың бітелуі мыналарға әкеледі:
Желдетудің қиындығы - қалыпты газ алмасуы бұзылады.
Ауа ағынына төзімділіктің жоғарылауы - әсіресе дем шығару кезінде.
Гиповентиляция және гипоксия - әсіресе өкпенің төменгі бөліктерінде.
Гиперкапния - ауыр және ұзақ мерзімді кедергілермен.
Ателектаз - бронхтың бітелуіне байланысты өкпе бөлігінің құлауы.
Бронх обструкциясы себебін, симптомдардың ауырлығын және науқастың жасын, әсіресе

балаларды ескере отырып, жеке көзқарасты қажет етеді. Уақытылы түзетілмесе, мұндай жағдайлар тыныс алудың бұзылуына және басқа да ауыр асқынуларға әкелуі мүмкін.

4. **Иллюстрациялық материал:**презентация.
5. **Әдебиет:** Ішкі ағза ауруларының пропедевтикасы. Оқулық Айтмбет Б.11 - Алматы «Эверо» 2018, -568 б.
6. **Бақылау сұрақтары:**

1. Өкпе тінінің тығыздалуы (инфильтрация) синдромы дегеніміз не?
2. Өкпе тінінің тығыздалуының негізгі себептері қандай?
3. Өкпе тінінің консолидация синдромының белгілері қандай?
4. Осы синдромда өкпені аускультациялағанда не анықталады?
5. Өкпе тінінің консолидация синдромына қандай перкуссиялық өзгерістер тән?
6. Өкпе тінінің тығыздалуына қандай тыныс алу дыбыстары тән?
7. Дауыс жиілігі қандай құбылыс және ол тығыздалу кезінде қалай өзгереді?
8. Бронхиальды обструкцияның негізгі себептері қандай?
9. Бронхиальды обструкция синдромына қандай белгілер тән?

7. **Бақылау**: тест және ситуациялық тапсырмалар.

№4 дәріс

1.Тақырып:Тыныс алу жүйесінің жетекші клиникалық синдромдары: ауаның жоғарылауы, өкпеде сұйықтық пен қуыстың болуы. Жедел және созылмалы тыныс жетіспеушілігі. Диагностикалық мәні.

2. Мақсат:Білім алушыларға ауаның жоғарылауының, өкпеде сұйықтық пен қуыстың болуының, жедел және созылмалы тыныс жетіспеушілігінің негізгі белгілерін анықтауға үйрету. Симптомдардың даму механизмін түсіндіру және науқасты зертханалық және аспаптық тексеруде осы ауруға тән өзгерістерді анықтау. Өкпе тінінің тығыздалуы, бронх өткізгіштігі бұзылған науқастың шағымдары мен анамнезін жинауды, мақсатты тексеру әдісін және зертханалық және аспаптық зерттеу әдістерінде осы ауруға тән белгілер мен өзгерістерді анықтауды үйрету.

3. Дәріс тезистері:

Өкпенің ауалылығының жоғарылауы— артық ауа мөлшерінің фонында өкпе тініндегі тамырлы-интерстициалды құрылымдардың саны азаятын патологиялық жағдай. Рентгенограммада немесе перкуссияда ол келесі түрде көрінеді: Өкпе өрістерінің гипермөлдірлігі. Перкуссияда қорап дыбысы. Аускультацияда әлсіреген везикулярлы немесе ұзақ тыныс шығару. Негізгі себептері:

1. Өкпенің обструктивті аурулары:

ӨСОА (өкпе эмфиземасы) Бронх демікпесі (ауа ұстағышымен жедел сатысында)

2. Жедел гиперинфляция:

Демікпе ұстамасы, жедел обструкция жағдайында. Клапан механизмі бар бронхта бөгде дене болған жағдайда

3. Фокальды гиперемия:

Клапандық (кернеу) пневмоторакс

Буллезді эмфизема

Жаңа туылған нәрестелердегі бронх атрезиясы (туа біткен эмфизема)

Диагностикалық бейнелеу:

Рентгенограммада:

Өкпе өрісінің мөлдірлігінің жоғарылауы

Өкпе құрылымының нашарлауы

Медиастинальды мүшелердің ығысуы (бір жақты процесс кезінде)
Кеуде көлемінің ұлғаюы (көлденең қабырғалар, диафрагма күмбезінің тегістелуі)
КТ бойынша:
Ұзартылған ауа кеңістігі (бұллалар, жою аймақтары)
Жіңішке тамырлы құрылымдар
Ауа ұстайтын аймақтар болуы мүмкін
Тыныс алу жеткіліксіздігі - бұл өкпе қандағы қалыпты газ алмасуды қамтамасыз ете алмайтын патологиялық жағдай, бұл оттегінің жетіспеушілігіне және артық көмірқышқыл газына әкеледі. Бұл жағдай өткір немесе созылмалы болуы мүмкін және тыныс алу жүйесінің әртүрлі ауруларымен және т.б.
Тыныс алу жеткіліксіздігінің себептері:
Өкпе және тыныс алу жолдарының аурулары:
Пневмония, астма, ӨСОА, бронх демікпесі, өкпе фиброзы, өкпе эмболиясы.
Жүрек аурулары:
Жүрек жеткіліксіздігі, туа біткен жүрек ақаулары.
Жүйке жүйесінің аурулары:
Амиотрофиялық бүйірлік склероз, Грейвс миастениясы, жұлынның зақымдалуы.
Ісіктері:
Кеудедегі немесе өкпедегі ісіктер.
Басқа себептер:
Семіздік, кифосколиоз, кеуде қабырғасының зақымдануы, гемоглобинопатия, анемия, гипотиреоз.
Тыныс алу жеткіліксіздігінің белгілері:
Ентігу: ентігу сезімі.
Еріндер мен саусақтардың көгеруі: қандағы оттегінің жетіспеушілігін көрсететін цианоз.
Жүрек соғу жиілігінің жоғарылауы: тахикардия.
Шаршау және әлсіздік: шаршаудың жоғарылауы.
Естен тану және бас айналу: әсіресе ауыр тыныс жетіспеушілігінде.
Ұйқының бұзылуы: ұйқысыздық.
Бас ауруы: ауыр тыныс алу жеткіліксіздігінде.
Тыныс алу жеткіліксіздігінің жіктелуі:
Жедел және созылмалы:
Жедел тыныс жетіспеушілігі кенеттен дамиды және өмірге қауіп төндіреді, ал созылмалы тыныс жетіспеушілігі біртіндеп дамиды.
Ауырлық дәрежесі бойынша:
Жеңіл, орташа, ауыр.
Газ алмасу бұзылыстарының түрі бойынша:
Гипоксемиялық (оттегінің жетіспеушілігі), гиперкапникалық (көмірқышқыл газының артық), аралас.
Пайда болу механизмі бойынша:
Обструктивті (дем шығарудың қиындауы), рестриктивті (өкпенің шектелген кеңеюі), диффузды (альвеолярлық деңгейде газ алмасуының бұзылуы).
Өкпеде сұйықтық пен қуыстардың болуы
I. Өкпедегі сұйықтық: негізгі формалары
Трансудат - серозды сұйықтық (↓ ақуыз)
Себептер:
Жүрек жеткіліксіздігі (сол жақ қарынша)
Нефротикалық синдром

Цирроз
Экссудат - қабыну сұйықтығы (↑ ақуыз)
Себептер:
Пневмония (парапневмониялық плеврит)
Туберкулез
Қатерлі ісіктер
Жүйелік васкулит
Плевра қуысында қан (гемоторакс)
Ірің (плевра эмпиемасы)
Хилоторакс - плеврадағы лимфа (кеуде лимфа жолдарының бұзылуы)
Плевра эффузиясының клиникалық белгілері:
Әдіс Белгілер
Тексеру Кеуде қуысының асимметриясы, тыныс алудың кешігуі
Перкуссия Сұйық аймақ үстінде дыбыстың күңгірттенуі
Аускультация Тыныс алудың әлсіреуі немесе болмауы,бронхофония әлсіреген
рентген Көлденең сұйықтық деңгейі, қиғаш сызықДамуаз
УДЗ/КТ Нақты көлем, сұйықтық құрылымы
Инфильтрациядан айырмашылығы:
Инфильтрат түтіккенді және бронхтың тыныс алуын тудырады.
Сұйықтық түтіккенді және тыныс алуды әлсіретеді.
II. Өкпедегі қуыстар (үңгірлер, буллалар, абсцесстер және т.б.)
1. Қуыс – жалпы анықтамасы:
Коллапс, созылу немесе кедергі салдарынан пайда болатын өкпе тініндегі ауа немесе сұйықтықтың жиналуы.
Жедел тыныс жетіспеушілігі – өкпенің негізгі қызметін – газ алмасуын атқара алмауынан ағзаның оттегінің жеткіліксіздігі және көмірқышқыл газын шығара алмайтын жағдайы. Бұл дер кезінде медициналық көмексіз өлімге әкелетін ауыр жағдай.
Негізгі ерекшеліктері:
Ентігу: қиын, таяз немесе жылдам тыныс алу.
Цианоз: терінің және шырышты қабаттардың көк түсінің өзгеруі.
Тахикардия: жылдам жүрек соғуы.
Естің жоғалуы: сананың бұзылуы немесе кома.
Шаршау мен алаңдаушылықтың жоғарылауы: гипоксемия мазасыздық пен мазасыздықты тудыруы мүмкін.
Шатасу: гипоксемия сананың өзгеруіне әкелуі мүмкін.
Терлеу: терлеудің жоғарылауы мүмкін.
Сырылдар: кеуде аускультациясында ылғалды сырылдар.
Созылмалы тыныс жетіспеушілігі - тыныс алу мүшелерінің адам ағзасын оттегінің қажетті көлемімен қамтамасыз ете алмауымен сипатталатын патологиялық жағдай, бұл артериялық қандағы O2 мөлшерінің азаюына және CO2 көбеюіне әкеледі.
Созылмалы тыныс жетіспеушілігінің себептері
Бұл патологияның пайда болуы науқастың болуымен байланысты:
Шабыт алудың тереңдігін шектейтін аурулар – семіздік, кифосколиоз (омыртқаның мандай және сагитальді жазықтықта қисаюы), фиброторакс (плевра қабаттарының қатты тыртықтары және бірігуі).
Кеуде қуысының көлемін азайту үшін орындалатын және қабырғаларды резекциялаудан тұратын хирургиялық операцияның салдары - торакопластика.
Жүйке-бұлшықет жүйесінің зақымдалуымен байланысты аурулар – амиотрофиялық бүйірлік

склероз, полиомиелит, Дюшен ауруы.
Диафрагма функциясының бұзылуы.
Жұлынның жарақаты.
Туа біткен жүрек ақауы.
Анемия.
Гипотиреоз.
Бронхо-өкпе аурулары – туберкулез, бронх демікпесі, созылмалы бронхит, обструктивті ұйқы апноэ синдромы, бронхиолит, бронхоэктаз, муковисцидоз, пневмосклероз, өкпенің интерстициальды ауруы, эмфизема.
Жедел тыныс жеткіліксіздігінің эпизодынан кейін толық емес қалпына келтіру.
Тыныс алу жеткіліксіздігінің диагностикасы:
Қандағы газды талдау: қандағы оттегі мен көмірқышқыл газының деңгейін анықтайды.
ЭКГ: Жүрек қызметінің өзгерістерін анықтау.
Кеуде қуысының рентгенографиясы: өкпедегі ауытқуларды анықтау үшін.
Импульстік оксиметрия: қанның оттегімен қанығуын анықтайды.
Спирометрия: Өкпенің желдету қызметін бағалау.

4. Иллюстрациялық материал:презентация.

5. Әдебиет: Ішкі аурулар пропедевтикасы: Оқу құралы. – 6-шы басылым, III – том өңделген және толықтырылған (Медициналық жоғары оқу орындарының студенттеріне арналған оқу құралы).– Алматы: Эверо, 2020. – 208 б.

6.Бақылау сұрақтары:
1. Респираторлық дистресс синдромы дегеніміз не?
2.Тыныс алу жеткіліксіздігінің негізгі себептері қандай?
3. Тыныс алу жеткіліксіздігінің белгілері қандай?
4.Аускультация кезінде не естіледі?
5.Тыныс жетіспеушілігі синдромына қандай перкуторлы өзгерістер тән?
6.Тыныс жетіспеушілігіне қандай тыныс алу дыбыстары тән?
7.Дыбыс жиілігі қандай құбылыс және ол тыныс жетіспеушілігінде қалай өзгереді?

7. Бақылау: тест және ситуациялық тапсырмалар.

Білім беру ресурстары	
Электрондық ресурстар, соның ішінде, бірақ олармен шектелмей: дерекқорлар, анимациялар, тренажерлер, кәсіби блогтар, веб-сайттар, басқа электрондық анықтамалық материалдар (мысалы: бейне, аудио, дайджесттер)	**«Ішкі аурулар пропедевтикасы»** Ивашкин, В.ТІшкі аурулар пропедевтикасы [Электрондық ресурс] :оқулық. - Электрон. мәтіндік деректер (142 МБ). - М.: GEOTAR - Медиа, 2017. - электрондық пошта. көтерме диск Ішкі аулар./Бимурзаев Г.Н., Зарипова Г.Қ. , 2020 /https://aknurpress.kz/reader/web/2594 Ішкі аурулар пәнінен клиникалық тапсырмалар жинағы.Ержанова Г.А., Мұханова А.Қ. , 2016/https://aknurpress.kz/reader/web/2370 Шкі аурулар пропедевтикасынан жағдаяттық тапсырмалар Оразова Б.О., Марченко Т.В., 2016/https://aknurpress.kz/reader/web/2348 Ахметов Қайырғали Жәлелұлы. Ишки аурулярлық пропедевтика

	Панин клиникасы. Алматы: «Эверо», 2020. – 262 ставка https://elib.kz/ru/search/read_book/22/ А.Байтұрсынов атындағы ҚМУ, клиникалық рентгенологиялық бағалауы бар ішкі инфекциялық емес аурулар, 2011. – 94 б. http://rmebrk.kz/book/1024356
Электрондық оқулықтар	**«Ішкі аурулар пропедевтикасы»** Ішкі аурулар. Т. 1[Электрондық ресурс]: оқулық / ред. Моисеева В.С. - 3-ші басылым, рев. және қосымша – Электрон. мәтіндік деректер (66,5 МБ). - М.: GEOTAR - БАҚ, 2015. – 960 Ішкі аурулар. Т. 2 [Электрондық ресурс]: оқулық / ред. Моисеева В.С. - 3-ші басылым, рев. және қосымша – Электрон. мәтіндік деректер (45,1 МБ). - М.: GEOTAR - БАҚ, 2015. -895 Ішкі аурулар пропедевтикасы: Оқу құралы. / Т.С. Рябова, Е.С. Рыс, В.Я. Плоткин және т.б. - Санкт-Петербург: SpetsLit, 2015. - 414 б. http://rmebrk.kz/book/1174389 Жалпы тәжірибелік дәрігер жұмысындағы ішкі аурулар: Оқу құралы. / Қ.Ж. Садықова, Ш.У. Скендерова, С.К. Сәттиев. – Түркістан: Тұран, 2017. – 96 б.http://rmebrk.kz/book/1167635 Ішкі аурулар пропедевтикасы: Оқу құралы. – 6-шы басылым, I том қайта өңделген және қосымша – Алматы: Эверо, 2020. – 400 б. https://elib.kz/ru/search/read_book/676/ Ішкі аурулар пропедевтикасы: Оқу құралы. – 6-шы басылым, II – том өңделген және толықтырылған (Медициналық жоғары оқу орындарының студенттеріне арналған оқу құралы). – Алматы: Эверо, 2020. – 212 б.https://elib.kz/ru/search/read_book/682 Ішкі аурулар пропедевтикасы: Оқу құралы. – 6-шы басылым, III – том өңделген және толықтырылған (Медициналық жоғары оқу орындарының студенттеріне арналған оқу құралы). – Алматы: Эверо, 2020. – 208 б. https://elib.kz/ru/search/read_book/684/ Нұрсұлтанова С.Д., Бакирова Р.Е., Мамашалиева С.Б., Беков Е.Қ., Мадиева Л.С. Жүрек тамыр жүйесінің аурлары бар науқастарды тексеру әдісі жаңа техникасы. Оқу-әдістемелік құрал.- Алматы, «Эверо» баспасы. - 2020.https://elib.kz/ru/search/read_book/705/ Ішкі ағза ауруларының пропедевтикасы. Оқулық Айтмбет Б.11 - Алматы «Эверо» 2018, -568 б. https://elib.kz/ru/search/read_book/3086/ Стрюк, Раиса Ивановна.Ішкід аурулары: 3 бөлімде: 1 бөлім оқулық / Р.И.Стрюк, И.В.Маев; [Бірінші. Сеченов атындағы Мәскеу мемлекеттік медицина университеті]. - Алматы: Эверо, 2016. - URL: http:https://elib.kz/ru/search/read_book/2766/. Стрюк, Раиса Ивановна.Ішкіе аурулары: 3 бөлімде: 2 бөлім оқу құралы / Р. И. Стрюк, И. В. Маев - Алматы: Эверо, 2016. -

	URL:https://elib.kz/ru/search/read_book/2767/ Стрюк, Раиса Ивановна.Ішкіе аурулар: 3 бөлімде: 3 бөлім оқулық / Р.И.Стрюк, И.В.Маев. - Алматы: Эверо, 2016. – URL:https://elib.kz/ru/search/read_book/2768/ Пименов, Ю. S. Ішкі аурулар. 1-том: оқу құралы / Ю. С.Пименов, И.В.Роганова, Л.Н.Финко. - Мәскеу: РЕАВИЗ, 2008. - 146 б. / IPR SMART сандық білім беру ресурсы:https://www.iprbookshop.ru/10141.html Роганова, I.V. Ішкі аурулар. 2 том: оқу құралы / И.В.Роганова, В.Ф.Роганов, И.О.Прохоренко. - Мәскеу: РЕАВИЗ, 2008. - 132 б. / IPR SMART сандық білім беру ресурсы:https://www.iprbookshop.ru/10142.html Ішкі аурулардағы клиникалық міндеттер: оқу құралы / Р.И.Сайфутдинов, Л.К.Козлова, О.В.Бугрова [және т.б.]. – Орынбор: Орынбор мемлекеттік медицина академиясы, 2012. – 152 б. -URL:https://www.iprbookshop.ru/21817.html
Әдебиет	**«Ішкі аурулар пропедевтикасы»** **Негізгі:** Василенко, В.Х. ПІшкі аурулардың ропедевтикасы. Т.1.: Оқулық / В.Х. Василенко, В.В. Василенко; . – Алматы: Жаңа кітап, 2021. – 400. б. Василенко, В.Х. ПІшкі аурулардың ропедевтикасы. Т.2.: Оқулық / В.Х. Василенко, В.В. Василенко; . – Алматы: Жаңа кітап, 2021. – 212. б. Василенко, В.Х. ПІшкі аурулардың ропедевтикасы. Т.3.: Оқулық / В.Х. Василенко, В.В. Василенко; . – Алматы: Жаңа кітап, 2021. – 208. б. Мухин, Н.А.**Ишки ауралар**пропедевтика: оқулық. - М.: GEOTAR - БАҚ, 2015 ж Ахметов, Қ.Ж. Ж. Ахметов. – Алматы: Жаңа кітап, 2022. – 266 б. Василенко, В.Х.Ишки аурулярлық пропедевтика. Т. 1. :оқулық / мем. тілге ауд. Қ.Асқамбай. – Алматы: Эверо, 2015. – 336 б. бірге Василенко, В.Х.Ишки аурулярлық пропедевтика. Т. 2: оқулық / мем. тілге ауд. Қ.Асқамбай. – Алматы: Эверо, 2015. – 176 б. бірге Василенко, В.Х.Ишки аурулярлық пропедевтика. Т. 3: оқулық / мем. тілге ауд. Қ.Асқамбай. – Алматы: Эверо, 2015. – 192 б. бірге Айтбембет, Б.Н.**Ишки**ағза ауруларының пропедевтикасы: оқулық Алматы: Эверо, 2014. - 568 бет.- Маколкин, В.И.Ішкі аулар: оқулық. - М.: GEOTAR - Медиа, 2014. - 976 ставка Гребенев, А.Л.Ішкі аурулар пропедевтикасы: оқу құралы / А.Л.Гребенев. - 5-басылым, қайта қаралған және кеңейтілген. – Алматы: Эверо, 2014. – 520 б. **Модуль**«Қан жасау жүйесі»: интеграциялық оқу құралы / С.Қ.Жауғашева [ф. б.]; өңделген С.Б.Жауғашева, С.Д.Нұрсұлтанова. - М.: «Литтерра», 2014. - 288 ставка. б. **Қосымша:**

Омаров, Т.Р.Ішкі аурулар клиникасындағы шұғыл жағдайлар: оқу құралы / Т.Р.Омаров, В.А.Омарова. – Қарағанды: АҚНҰР, 2019. – 518 б.
Аурулардың диагностикасыішкі органдар. Тұжырымдамасы, жіктелуі: оқу құралы / өңдеген В.А.Ахмедов. - М.: GEOTAR - БАҚ, 2016. - 256
Мухин, Н.А.Ішкі аурулар бойынша таңдамалы дәрістер: лекция / Н.А.Мухин. - 2-ші басылым. - М.: ГЕОТАР - Медиа, 2017. - 328 б.
Ишки аурулар бойыншаobjecttendirilgen kuramdastyrylgan klinikalyk emtihan: oku-adistemelik kiril = Objectivestructured clinical ekspertiza in internalsology: оқу әдістемелік құралы / М.Оспанов атындағы БҚММУ; Курас. Қ.Ж. Ахметов [темірбетон]. - М.: «Литтерра», 2016. - 368 б.
Сырқатнама: оқу-әдістемелік құрал / Г.М.Есенжанова [Ж. б.] ; ҚР ДС ЖӘД Лига министрі. - 2-бас толық. zhene өнд. – Қарағанды: «Ақнұр» тұрғын үй кешені, 2015. – 80 с
Ахметов К.Ишки аурулар пропедевтика ғылымының клиникалық дәрістері;оқу құралы.-Эверо, 2014 ж.
Ахметов Қ.Ж.Ішкі аурулар пропедевтикасының клиникалық деректері: оқу құралы / к. Ж. Ахметов. – Алматы: Жаңа кітап, 2022. – 266 б.
Ішкі ауруларды синдромдар бойынша диагностикалау: оқу құралы / Бекмурзаева Е.К. – Алматы: Эпиграф, 2022. – 128 с.
Сейдахметова А.Ішкі ауалық метеорология және тәуелсіздік факторлары: монография / А.А.Сейдахметова. – Шымкент, 2025. – 108 б. - Матин.