

Н.Т. Жайнақбаев

С.Ф. Беркінбаев

**ДӘРІГЕРДІҢ
ДИАГНОСТИКАЛЫҚ
АНЫҚТАМАСЫ**

**жылжымалы медициналық
кешен дәрігеріне арналған**

Алматы 2013ж.

ҚР Денсаулық сақтау министрлігінің
2011 жылдың «11»
наурызының № 128
бұйрығымен
бекітілген

Жылжымалы медициналық кешеннің іс-әрекетін ұйымдастыру нұсқауы

1. Жалпы ережелер

1. Бұл Нұсқау Қазақстан Республикасының тұрғындарына, әсіресе шалғайдағы елді мекен тұрғындарына медициналық көмек көрсететін жылжымалы медициналық кешеннің бірыңғай талаптарын, сонымен қатар кешеннің мамандар құрамына, қызметтік міндеттерін және материалдық - техникалық жабдықталуы талаптарын көрсетеді.

2. Жылжымалы медициналық кешен – арнайы автокөлікте орналастырылған мобильді медицина тобынан (бригадасынан) құрылған амбулаториялық емханалық кешен. Ол төмендегідей жұмыстарды жүргізеді:

1) Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігінің 2009 жылдың 10 қарашасындағы №685 «Тұрғындардың мақсатты топтарын профилактикалық медициналық тексеруден өткізу Ережесін бекіту туралы» (нормативті құқықтық актілерді мемлекеттік тіркеу Реестрінде №5918 номерімен тіркелген) (әрі қарай - №685 бұйрық) бұйрығына сәйкес профилактикалық медициналық тексеру (скрининг) жүргізу;

2) созылмалы ауру түрімен ауыратын науқас адамдарды ауруханаға жатқызу үшін диспансерлік тексеруден өткізу;

3) салалық мамандардың жоспарлы кеңестік - диагностикалық медициналық көмек көрсетуін қамтамасыз етеді;

4) диагностикалық және зертханалық тексеру;

5) төтенше жағдайлар кезінде (табиғи және техногенді сипаттағы апаттар) ауруханаға дейінгі жедел медициналық көмек көрсету;

6) ауыл тұрғындарын дәрі - дәрмектермен қамтамасыз ету және амбулаториялық емдеу деңгейінде бекітілген тізім бойынша науқастарға дәрі-

дәрмектерді ақысыз және жеңілдіктермен беру;

7) салауатты өмір салтын насихаттау және қалыптастыру;

8) аумақтық деңгейдегі ЖМК-нің іс-әрекетін үйлестіретін (іс - әрекетін қамтамасыз ету, жабдықтау, мамандарман қамтамасыз ету және т.б.), денсаулық сақтау ұйымдарын (әрі қарай-үйлестіруші орталық) мемлекеттік денсаулық сақтау басқармасының жергілікті органдары айқындайды.

2. Жылжымалы медициналық кешендердің іс - әрекетін ұйымдастыру талаптары

ЖМК-нің құрылымы (кабинеттер):

1) жалпы қабылдау және қызметтік диагностика кабинеті;

2) гинеколог кабинеті;

3) хирург, офтальмолог және отоларинголог кабинеті;

4) зертханалық диагностика кабинеті;

5) рентген кабинеті;

6) стоматолог кабинеті;

7) дәріханалық бекет

5. Жалпы қабылдау және ауру түрін анықтау (диагностика) кабинеті мыналарға арналған:

1)қан айналымы, эндокринді ауруларды алдын ала анықтау мен олардың асқынуының, жүрек - қан тамырлары ауруларының алдын алу;

2)тыныс алу, ас қорыту, зәр шығару және эндокринді жүйелердің, қан және қан қан өндіретін ағзалар мен басқа да ағзалар мен жүйелердің ауруларын анықтау;

3)ем тағайындау және оны түзету;

4)қажет болған жағдайда салалық мамандар кеңесін өткізу және диагностикалық зерттеу нәтижелерін түсіндіру үшін аудандық, облыстық деңгейдегі медициналық орталықпен өзара байланысты қамтамасыз ету;

5)төтенше жағдайлар кезінде медициналық сұрыптау мен көшіруді ұйымдастыру;

6)салауатты өмір салтын қалыптастыру және насихаттау.

6.Гинеколоф кабинеті мыналарға арналған:

жатыр мойнының, сүт безінің ісікалды және ісік ауруларын алдын ала анықтау скринингін жүргізу;

әйелдердің бала босануға байланысты ауруларын анықтау, кеңестік-диагностикалық медициналық көмек көрсету,ем тағайындау;

қажет болған жағдайда жедел акушерлік гинекологиялық көмек көрсету;

ұрпақ өрбіту сұрақтары бойынша салауатты өмір салтын қалыптастыру және насихаттау.

7. Хирургтің кабинеті (оториноларинголоғ, офтальмолог) мыналарға арналған:

ісіктің орналасқан жерін (куықасты безінің обыры, тік ішек обыры) алдын ала анықтау;

көру, есту ағзалары мен жоғарғы тыныс алу жолдары ауруларының диагностикасы мен профилактикасы;

амбулаториялық хирургиялық операциялар жасау;

төтенше жағдайлар кезінде жедел травматологиялық және хирургиялық көмек көрсету;

салауатты өмір салтын қалыптастыру және насихаттау.

8. Зертханалық диагностика кабинеті мыналарға арналған:

қант диабетін (қандағы глюкоза деңгейін анықтау), қан айналымы ауруларын (қандағы холестерин, триглицерид деңгейін анықтау), колоректальды обыр

(үлкен дәреттегі жасырын қанға тест) ауруларын алдын ала анықтау скринингін жасау;

жұқпалы гепатитті анықтау скринингін жасау (биохимиялық зерттеулер) және ЖМК мамандарының тағайындауымен басқа да клиникалық және биохимиялық зерттеулер жүргізу.

9.Рентген кабинеті мыналарға арналған:

сүт безінің ісікалды және ісік ауруларын алдын ала анықтау скринингін жасау;

туберкулез, өкпе обыры және басқа да созылмалы өкпе ауруларының диагностикасы;

жедел медициналық көмек көрсету жағдайында түрлі жарақаттардың диагностикасын жасау;

10.Стоматологтың кабинеті ақысыз медициналық көмектің кепілді көлемінде балалар мен ересектерге стоматологиялық көмек көрсетуге арналған (сауықтыру, диагностика, емдеу).

11.Дәріханалық дәрі - дәрмектер қолжетімділігін қамтамасыз етуге арналған, ол сонымен қатар кепілді

ақысыз медициналық көмек көлемінде жеңілдікпен амбулаториялық емдеуді дәрі - дәрмектермен қамтамасыз етеді.

12. ЖМК басшысы (ЖМК басшысының қызметтік міндеттерін орындау терапевт дәрігерге немесе жалпы тәжірибедегі дәрігерге жүктелуі мүмкін):

1) Скринингтің барлық қатысушылары – мемлекеттік денсаулық сақтау басқармасының жергілікті ұйымдарының (әрі қарай – Басқарма), Үйлестіруші орталық, ауданның орталық ауруханасы, жергілікті атқарушы билік органдары, бастапқы медициналық-санитарлық көмек көрсету ұйымдары (әрі қарай – БМСК) мен тұрғындардың мақсатты топтарын үйлестіріп, олардың арасындағы өзара жалғастықты қамтамасыз етеді;

2) Үйлестіруші орталық пен аудандық аурухана басшылықтарымен келісе отырып, ЖМК - нің жұмыс жоспарын құрады, оның орындалуына мониторинг жүргізеді;

3) ЖМК ауқымындағы аймақтарда скринингтің орындалуына мониторинг жүргізін, аудандық емхана мен үйлестіруші орталыққа ай сайын есеп беріп отырады;

4)ЖМК - нің мамандармен және материалдық - техникалық жағынан қамтамасыз етілуіне бақылау жүргізіп отырады;

5)ЖМК-нің жұмысын жергілікті орташа және кіші медициналық мамандарды тарта отырып ұйымдастырады;

6)ауылдық жерлер мен шалғайдағы елді мекендерде көшпелі скрининг жасауда кездесетін ұйымдастыру және басқа да проблемаларды шешеді;

7)көрсетілген медициналық қызмет, оның ішінде жасалынған скринингке қатысты медициналық есептік құжаттарды қалыптастырады;

8)төтенше жағдайлар кезінде емдік, зардап шеккендерді іріктеуді ұйымдастырады.

13.ЖМК-нің терапевт дәрігері (жалпы тәжірибе дәрігері):

1)қан айналымы жүйесінің ауруларын (артериалды гипертония және жүректің ишемиялық ауруы), қант диабетін және оның асқыну қаупін алдын ала анықтау скринингін жүргізеді, сонымен қатар тұрғындардың мақсатты тобына скрининг жүргізуде арнайы нормативті актілерге сай жүргізеді;

2)электрокардиография (әрі қарай - ЭКГ) жасайды және оны талдайды;

3)ішперде қуысы ағзаларының (бауыр, өт, ұйқы безі, бүйрек) қалқанша безіне ультрадыбыстық (әрі қарай - УДЗ) зерттеу жүргізеді;

4)ЖМК-нің зертханалық - диагностикалық ресурстарын пайдалана отырып, созылмалы науқастарды диспансеризациялауды реттейтін нормативті актілеріне сай диспансер тобындағы адамдарға кеңестік - диагностикалық көмек көрсетеді;

5)қажет болған жағдайда ем тағайындайды, оны түзетеді, сонымен қатар аудандық, облыстық емханаларда телемедицина мүмкіндіктерін пайдалана отырып, толық тексеруден өтуге және емдеу әдісін анықтауға жібереді;

6)скринингтің орындалуына байланысты проблемаларды анықтайды;

7)анықталған науқастарды емдеу әдістерін анықтауға тікелей қатысады;

8)төтенше жағдайлар кезінде және басқа да жағдайларда жедел медициналық көмек көрсетеді;

9)жепілді ақысыз медициналық көмек көлемінде амбулаториялық деңгейде

ақысыз және жеңілдетілген түрде дәрі-дәрмектерге рецепт жазып береді;

10) көрсетілген медициналық қызметтерге, оның ішінде жүргізілген скринингке сай бекітілген есептік медициналық құжаттарды толтырады.

14. ЖМК - нің акушер - гинеколог дәрігері:

1) ЖМК-нің аумағында жатыр мойнының ісікалды және ісік аурауларын алдын ала анықтау скринингін жүргізеді;

2) тұрғындардың мақсатты тобындағы әйелдерді бастапқы тексеруден өткізу – гинекологиялық тексеруден өткізіп, Папаниколау – Рар - тест бойынша цитологиялық зерттеуге материал жинайды;

3) өздеріне жіберілген әйелдердің бала туу мүмкіндігін тексереді;

4) кіші жамбас (жатыр, қуық) ағзаларының, сүт безінің кольпоскопия және УДЗ көрсеткіштері бойынша маммограмманы оқиды және оларды BI-RADS классификациясы бойынша түсіндіреді;

5) сүт бездеріндегі ісік дерттерін анықтау үшін тексереді;

6) жедел акушерлік - гинекологиялық көмек көрсетеді;

7) аяғы ауыр әйелдердің, босану және

босанғаннан кейінгі диспансердегі топтарына тексерулер жүргізеді;

8) қажет болған жағдайда ем тағайындайды, сонымен қатар аудандық, облыстық емханаларда телемедицина мүмкіндіктерін пайдалана отырып, толық тексеруден өтуге және емдеу әдісін анықтауға жібереді;

9) үйлестіруші орталықтың басшысына және облыстың бас акушер - гинекологына скринингті орындауға байланысты туындаған проблемалар туралы мәлімет беріп отырады;

10) ұрпақ өрбіту мәселесі бойынша ауруларды анықтау тәсілін енгізуге тікелей қатысады;

11) көрсетілген медициналық қызметтерге, оның ішінде жасалынған скринингке байланысты бекітілген есептік медициналық құжаттарды толтырады.

15. ЖМК - нің хирург дәрігері:

1) еркекбезі және тік ішектің онкологиялық ауруларын алдын ала анықтау скринингін үйлестіреді;

2) скрининг жүргізуді реттейтін нормативті құқықты актілеріне сай өзіне жіберілген тұрғындардың мақсатты тобын бастапқы тексеруден өткізеді;

3) тексеруге жіберілген науқастарға

арнайы кеңестік - диагностика қойылып, медициналық көмек көрсетеді;

4)қажет болған жағдайда ем тағайындайды, сонымен қатар аудандық, облыстық емханаларда телемедицина мүмкіндіктерін пайдалана отырып, толық тексеруден өтуге және емдеу әдісін анықтауға жібереді;

5)амбулаториялық хирургиялық операциялар жасайды;

6)хирургиялық дерті бар науқастар емдеу әдісін анықтауға тікелей қатысады;

7)ем тағайындайды және оған түзетулер жасайды;

8)асқынған хирургиялық дерті бар науқастардың ішкі ағзаларына УДЗ жасайды;

9)хирургиялық және травматологиялық жедел көмек көрсетеді;

10)көрсетілген медициналық қызметтерге, оның ішінде жасалынған скринингке байланысты бекітілген есептік медициналық құжаттар толтырады.

16. ЖМК - нің отоларинголог дәрігері:

1)келген науқастарға кеңестік-диагностикалық медициналық көмек көрсетеді;

2)қажет болған жағдайда ЖМК-нің

зертханалық - диагностикалық ресурстарын пайдалана отырып, науқастарды толық тексеруден өткізеді немесе оларды аудандық, облыстық емханаларға телемедицина мүмкіндіктерін пайдаланып, тексеруге жібереді;

3) амбулаториялық отоларингориялық операциялар жасайды;

4) отоларингориялық дерті бар науқастарды емдеу әдісін анықтайды;

5) көрсетілген медициналық қызметтерге, оның ішінде жасалынған скринингке байланысты бекітілген есептік медициналық құжаттарды толтырады.

17. ЖМК - нің офтальмолог дәрігері:

1) ЖМК аумағындағы тұрғындардың мақсатты тобындағы адамдарға глаукома ауруын алдын ала анықтау скринингін жүргізеді;

2) келген науқастарды тексереді және кеңестік - диагностикалық медициналық көмек көрсетеді;

3) ем тағайындайды және оған түзетулер енгізеді;

4) қажет болған жағдайда ЖМК-нің зертханалық-диагностикалық ресурстарын пайдалана отырып, науқастарды толық тексеруден өткізеді немесе оларды аудандық, облыстық емханаларға

телемедицина мүмкіндіктерін пайдаланып, тексеруге жібереді;

5) көру ағзаларында дерті бар науқастарды емдеу әдісін анықтауға тікелей қатысады;

6) көрсетілген медициналық қызметтерге, оның ішінде жасалынған скринингке байланысты бекітілген есептік медициналық құжаттарды толтырады.

18. ЖМК - нің лаборант дәрігері / лаборанты:

1) скрининг кезінде зертханалық тексеруден өтуге шақырылған және одан өткен адамдарды тіркейді;

2) қан айналымы ауруларын (қандағы холестерин, триглецерид деңгейін анықтау), қант диабетін (қандағы глюкоза деңгейін анықтау), колоректальды обыр (үлкен дәреттегі жасырын қанға тест) ауруларын алдын ала анықтау скринингі аумағында зертханалық зерттеулер жүргізеді;

3) жұқпалы гепатитті анықтау скринингін жасау (биохимиялық зерттеулер) және ЖМК мамандарының тағайындауымен басқа да клиникалық және биохимиялық зерттеулер жүргізеді;

4) көрсетілген зертханалық зерт-

теулер бойынша бекітілген есептік медициналық құжаттарды толтырады.

19. ЖМК - нің рентгенологы / рентген-лаборанты:

1) сүт безінің (маммографиялық скринингін), өкпенің ісікалды және ісік ауруларын алдын ала анықтау скринингін жүргізеді;

2) тұрғындардың мақсатты тобындағы әйелдерді бастапқы тексеруден өткізеді екі сүт безіне екі жақты (тіке және жанама) маммографиялық зерттеу жүргізеді;

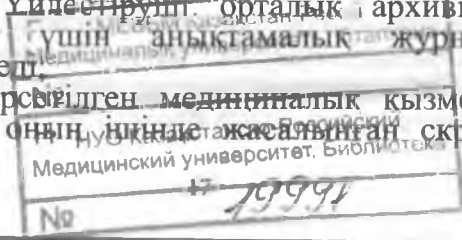
3) уақытша рентгенологиялық архив жасалып, рентнограммалардың сақталуын қамтамасыз етеді;

4) қорсеткіштер мен дәрігер ұсыныстары бойынша қосымша рентгенологиялық зерттеулер жүргізеді;

5) қажет болған жағдайда науқастарды толық тексеруден өткізеді немесе оларды аудандық, облыстық емханаларға телемедицина мүмкіндіктерін пайдаланып, тексеруге жібереді;

6) рентген түсірілімдерін тез табу үшін және Үйдесінуші орталық архивіне жіберу үшін анықтамалық журнал жүргізеді.

7) көрсетілген медициналық қызметтерге, оның ішінде жасалынған скри-



нингке байланысты бекітілген есептік медициналық құжаттарды толтырады.

20. ЖМК - нің стоматолог дәрігері:

1)кепілді ақысыз медициналық көмек көрсету көлемінде ересектер мен балаларға стоматологиялық көмек (сауықтыру, диагностика, емдеу) көрсетеді:

алдына келген науқастарға бастапқы диагностика;

балалар мен жасөспірімдерді гигиенаға үйрету, тәрбиелеу, кариестің және оның асқынуының алдын алу;

тіс - жақ жүйесі аномалиясының алдын алу үшін профилактикалық және түсіндіретін жұмыстар жүргізу.

2)көрсетілген медициналық қызметтерге, оның ішінде жасалынған скринингке байланысты бекітілген есептік медициналық құжаттарды толтырады.

21.ЖМК - нің дәріханасының провизор / фармацевті:

1)кепілді ақысыз медициналық көмек көлемінде аурулардың бекітілген тізімі бойынша ақысыз және жеңілдікпен амбулаториялық емдеуді дәрі - дәрмектермен қамтамасыз етеді;

2) ақысыз және жеңілдікпен берілетін дәрі - дәрмектерге есептік құжаттаманы толтырады;

3) ақысыз, жеңілдікпен берілетін және сатуға жіберілетін дәрі - дәрмектердің есептік құжаттамасын жүргізеді.

22. ЖМК - нің орта медицина қызметкері (ЖМК қызмет көрсететін аймақтағы елді мекеннің МЖКТ ұйымынан тартылған):

1) қызмет көрсететін территория аумағында тіркелген тұрғындардың ішінен скринингтен өтетін адамдардың тізімін жасайды;

2) тіркелген тұрғындардың ішінен скринингтен өтуге тиіс топтың адамдарының мекенжайына хабарламалар жібереді;

3) ЖМК-нің нақты елді мекендегі жұмыс кестесіне сай скринингтен өтуі тиіс адамдар салалық мамандардың тексеру уақыты мен кестесін анықтайды;

4) ЖМК келгенше ауруларды (қан айналымы жүйелері, жатыр мойнының және сүт безінің обыры) алдын ала анықтау скринингінің бастапқы кезеңін жүргізеді және олардың мәліметтерін

скрининг жүргізу туралы денсаулық сақтау саласының өкілетті ұйымы бекіткен нұсқауына сай 025-08/у форма-сына енгізеді;

5)скринингке шақырылған және одан өткен адамдарды және ЖМК - де кеңестік - диагностикалық қызметін алған адамдарды тіркейді;

6)ЖМК мамандарына диагностикалық және зертханалық зерттеулер жүргізуде көмек көрсетеді;

7)өткізілген скрининг нәтижелері бойынша ауру қаупі бар топ тұрғындарына мониторинг жүргізіп, қалыптастырады;

8)салауатты өмір салтын қалыптастыру мамандарымен бірігіп, ауру қаупі бар адамдарды және науқастарды профилактика, салауатты өмір салтын қалыптастыру әдісімен оқытады;

9)қажет болған жағдайда сала бойынша денсаулық мектептеріне жібереді;

10)көрсетілген медициналық қызметтерге, оның ішінде жасалынған скринингке байланысты бекітілген есептік медициналық құжаттарды толтырады.

3.Статистикалық есеп беруді қалыптастыру тәртібі

23.Белгілі елді мекендегі ЖМК-нің жұмысы аяқталғаннан кейін МЖКТ ұйымының орташа медициналық қызметкері көрсетілген медициналық қызметтерге және өткізілген скринингке сай дәрігерлік амбулаторияның жалпы тәжірибе дәрігеріне, ол болмаған жағдайда аудандық емханаға (025-08) есептік формаларын толтырып жібереді.

24.Жалпы тәжірибе дәрігері көрсетілген медициналық қызметтердің нәтижелерінің деректерін аудандық емханаға жібереді, сонымен қатар амбулаториялық науқастың профилактикалық медициналық тексеруінің (025-08) статистикалық картасын толтырып, электронды деректер базасына енгізеді және ол деректер ай сайын аудандық емханада жинақталады.

25.Аудандық емхананың қызметі:

ЖМК көрсеткен медициналық қызмет, оның ішінде өткізілген скрининг нәтижелері туралы деректер жиынтығы; скрининг деректері жинақталған электронды база ай сайын аумақтық медициналық ақпараттық - аналитикалық

орталыққа есептік кезеңнен кейінгі айдың 1-не дейін жіберіледі;

аудандық салауатты өмір салтын қалыптастыру орталығымен, аудандық штаттан тыс салалық мамандармен біріге отырып, өткізілген скринингтердің барлық деректері қамтылған ай сайынғы анализі Басқармаға жіберіледі;

өткізілетін скринингтің сапасы мен ұйымдастырылуын, сонымен қатар басқа да кеңестік - диагностикалық және емдік қызметтерді жақсарту бойынша шешімдер қабылдайды.

26. Аумақтық медицина ақпараттық-талдау орталығы тоқсан сайын скрининг бойынша деректер жиынтығын облыстық салауатты өмір салтын қалыптастыру орталығына және Басқармаға беріп отырады.

27. Салауатты өмір салтын қалыптастыру қызметі (аудандық, облыстық салауатты өмір салты орталықтары) штаттан тыс салалық мамандармен бірігіп, өткізілген барлық скринингтердің мониторингі мен талдауын жасайды және оның деректерін Басқармаға және аудандық емханаға тапсырады.

28. Үйлестіруші орталық толық үйлестіру жұмыстарын жүргізеді, көрсетілген медициналық қызметтер (қызмет көрсетілген науқастардың, кеңес, диагностикалық және зертханалық қызметтер, өткізілген телекеңестер саны) жиынтығын жасайды және ол деректерді Басқармаға тапсырады.

29. ЖМК-нің кабинеттерін материалды - техникалық жабдықтау осы Нұсқаудың 1 Қосымшасына сай жүргізіледі.

30. Жылжымалы медициналық кешеннің штатты нормативтері осы Нұсқаудың 2 Қосымшасына сай анықталады.

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігінің «11» наурыз 2011ж № 128 бұйрығымен бекітілген жылжымалы медициналық кешендердің іс-әрекетін ұйымдастыру туралы Нұсқауға №1 Қосымша

№	Атауы
Жалпы қабылдау және функциональды диагностика кабинеті	
1	Бейнелі принтермен 4 тетікті шағын портативті УДЗ сканері
2	Электрокардиограф
3	Фонедоскоп
4	Тонометр (көздің ішкі қысымын өлшейтін аспап)
5	Бойды өлшейтін аспап
6	Сантиметрлік лента
7	Электронды таразы

8	Жеке компьютер мен принтер
9	Үстел, орындық
10	Медициналық тақтай төсек
11	Медициналық құжаттар сақтайтын стеллаж
Гинеколог кабинеті	
1	Гинекологиялық кресло
2	Бейнетаспалы кольпоскоп
3	Бойды өлшейтін аспап, санитиметрлік лента
4	Электронды таразы
5	Жеке компьютер мен принтер
6	Үстел, орындық
7	Медициналық тақтай төсек
8	Микропрепараттар мұрағаты
Хирург кабинеті (офтальмолог, отоларинголог)	
1	Тура көрсететін офтольмоскоп
2	Контактысыз компьютерленген, телевизиялық монитормен көз тонометрі

3	Хирургиялық жиынтық (кіші)
4	Ректальды айна
5	Ректороманоскоп
6	Таңу үстелі
7	Иммобилизацияға арналған көлік дөңгелектері
8	Отоларинголог дәрігерінің жиынтығы
9	Маңдай рефлекторы
10	Офтальмолог жиынтығы
11	Көру жітілігі мен түс айыру кестесі
12	Жеке компьютер мен принтер
13	Үстел мен орындықтар
14	Медициналық тактай төсек
Зертханалық диагностика кабинеті	
1	Автоматты гематологиялық анализатор
2	Қан көрсеткіштерін тексеретін биохимиялық экспресс-анализатор
3	Дәрет анализаторы
4	Жеке компьютер мен принтер

5	Үстел мен орындықтар
6	Медициналық тактай төсек
Рентген кабинеті	
1	Сандық рентген аппараты (маммограф)
2	Үстел мен орындықтар
3	Жеке компьютер мен принтер
Стоматолог кабинеті	
1	Стоматологиялық кресло
2	Стоматологиялық қондырғы
Дәріханалық бекет	
1	Дәріханалық жабдық
2	Дәрі-дәрмектер сақтайтын мұздатқыш

Жылжымалы медициналық кешендердің іс - әрекетін ұйымдастыру бойынша 2 Нұсқауда қарастырылған жағдайларға қайшы келмеген жағдайда мемлекеттік денсаулық сақтау басқармасының жергілікті органдарының шешімі бойынша бұл тізім кеңейтілуі мүмкін.

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігінің бұйрығымен бекітілген жылжымалы медициналық кешендердің іс-әрекетін ұйымдастыру туралы Нұсқауға №2 Қосымша «11» наурыз 2011ж.

Жылжымалы медициналық кешеннің штаттық нормативтері

№	Қызметтер атауы	Саны
Жылжымалы бригаданың құрамы (бір ЖМК-де кемінде екі адамнан)		
1	ЖМК басшысы	1 орын
2	Терапевт/жалпы тәжірибе дәрігері	1 орын

3	Хирург	1 орын (сұранысқа қарай отоларинголог, офтальмолог дәрігерлермен ауыстырылуы мүмкін)
4	Акушер-гинеколог	1 орын
5	Рентгенолог дәрігер/рентген-лаборант	1 орын
6	Стоматолог дәрігер	1 орын

7	Лаборант дәрігер	1 орын (экспресс диагностика әдістерін меңгерген лаборантпен ауыстырылуы мүмкін)
8	Қызметтік диагностика дәрігері (УДЗ)	1 орын, УДЗ – дін тілін білмеген жағдайда терапевтпен/жалпы тәжірибе дәрігерімен, хирургпен, акушер - гинекологпен ауыстырылуы мүмкін
9	Провизор (фармацевт)	1 орын
10	Жүргізуші	2 орын
11	ЖМК инженері	1 орын

Ескерту:

1) Орташа медициналық қызметкерлер мен санитарлар ЖМК мамандары тексеру жүргізін жатқан елді мекендердің тұрғындары арасынан тартылады.

2) қажет болған жағдайда жылжымалы бригаданың құрамы аудандық аурухана немесе емхананың (мамандар құрамы мен тұрғындардың ауру құрылымына байланысты) басқа мамандарымен ауыстырылуы мүмкін;

3) ЖМК жұмыс тәртібін үйлестіруші орталық мемлекеттік денсаулық сақтаудың жергілікті органдарымен келісе отырып, аумақтың, ауа-райы жағдайларының және басқа да көрсеткіштерін ескере отырып анықтайды.

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің қ ы з м е т і н а т қ а р у ш ы н ы ң №128 бұйрығымен бекітілген 2011 жылдың 11 наурызы

Тұрғындардың мақсатты тобын профилактикалық медициналық тексеруден өткізу ережесі

1. Жалпы ережелер

1. Тұрғындардың мақсатты тобын профилактикалық медицинаның тексеруін өткізудің бұл Ережесі Қазақстан Республикасының 2009 жылдың 18 қыркүйегіндегі «Халықтың денсаулығы және денсаулық сақтау жүйесі туралы» Кодексіне сай жасалған және Қазақстан Республикасы тұрғындарының мақсатты тобын медициналық профилактикалық тексеруден өткізу тәртібі мен мерзімін анықтайды.

2. Тұрғындардың мақсатты топтарын

медициналық профилактикалық тексеруден өткізу тұтас әдіспен өтеді.

3. Тұрғындардың мақсатты тобын медициналық профилактикалық тексерудің негізгі себебі – ауруды ерте бастан анықтау және аурудың дамуының, ауруды туғызатын қауіптің алдын алу, тұрғындар денсаулығын бекіту және қалыптастыру.

4. Тұрғындардың мақсатты тобын кепілді ақысыз медициналық көмек ретінде профилактикалық тексеруден осындай әрекетке рұқсаты бар денсаулық сақтау субъектілері жүргізеді.

5. Мемлекеттік денсаулық сақтау басқармасының облыстық, республикалық мәртебесі бар қалалар мен астаналардың жергілікті органдары тұрғындардың мақсатты тобын профилактикалық тексеруден өткізудің электронды базасының деректерін қалыптастырады.

2. Тұрғындардың мақсатты тобын профилактикалық тексеруден өткізу тәртібі мен мерзімі

6. Тұрғындардың мақсатты тобын үнемі бақылау мен әрі қарай сауықтыру

мақсатында сақтандыру тексеруін төмендегілер жүргізеді:

1) қала тұрғындарына – қалалық емханалар, дәрігерлік амбулаториялар, ведомстволық медико - санитарлық бөлімшелер және түрлі меншік формасындағы емханалар;

2) ауыл – тұрғындарына арналған медициналық бекеттер, фельдшерлік-акушерлік бекеттер, дәрігерлік емханалар, ауылдық және аудандық емханалар.

7. Бастапқы медико - санитарлық көмек көрсететін (әрі қарай – БМСК) ұйымның медициналық қызметкері бекітілген елді мекеннің есебін жүргізеді, сақтандыру тексеруінен өтуге тиіс адамдардың мақсатты тобын қалыптастырады, осы тексеруді өткізуге мүдделі денсаулық сақтау ұйымдарымен қарым-қатынас және өзара жалғастық орнатады.

8. БМСК денсаулық сақтау ұйымының медициналық қызметкері мақсатты топ тұрғындарының сақтандыру тексеруінен өткендеріне емханалық науқастың медициналық картасына немесе баланың даму дәптеріне көрсеткіштерін енгізіп, есептік формаларды толтырады.

9. Тұрғындардың мақсатты топ-

тарындағы балалардың түрлі жас кезеңдерінде сақтандыру тексеруінен (мамандардың тексеруі, зертханалық және жабдықтармен зерттеу) өту мерзімі осы Ереженің №1 Қосымшасына сай жүргізіледі.

10. Үш жасқа дейінгі балаларға БМСК денсаулық сақтау ұйымдарында баршалық стандартталған тексеру (скрининг) жүргізіледі, оның мақсаты – Қазақстан Республикасы денсаулық сақтау министрінің 2003жылдың 29 қаңтарындағы «Ерте жастағы балалардың бойындағы психикалық ауытқуларға скрининг ұйымдастыру» Ережесін (бұл Ереже мемлекеттік нормативті құқықтық актілер Реестрінде №2159 ретімен тіркелген) бекіту туралы» №83 бұйрығы бойынша қауіпті топқа кіретін балаларды анықтау.

11. Үш-төрт айлық сәбилерге жамбас-сан буындарының дисплазиясы және санның туа біткен шығуын ерте анықтау үшін олардың жамбас - сан буындарына ультрадыбысты зерттеу жүргізіледі.

12. Мақсатты балалар тобына сақтандыру тексеруі кезінде орташа медициналық қызметкер міндетті түрде

баланың антропометриялық өлшемдерін (бойы, дене салмағы, бас және кеуде көлемі), жүйке - психикалық және физикалық дамуын бағалайды, көру және есту жітілігін анықтайды.

13. Мектепке дейінгі балалардың профилактикалық тексеруі БМСК денсаулық сақтау ұйымының тіркелген жерінде өткізіліп, нәтижелері есептік формаға енгізіледі.

14. Сәбилер үйіндегі, балалар үйі, мектеп - интернат, арнайы интернат, жасөспірімдер үйлеріндегі балалардың сақтандыру тексеруі осы Ереженің №1 Қосымшасына сай кемінде жылына екі рет өткізіледі.

15. Мектепке дейінгі және мектеп жасындағы балалардың сақтандыру тексеруінің нәтижелері есептік формаға енгізіледі.

16. Мектепке дейінгі және мектеп жасындағы балалардың сақтандыру тексеруінен өтуіне мектепке дейінгі мекеме мен білім беру ұйымының медициналық қызметкері (дәрігер, фельдшер немесе медбике) жауапты.

17. Жасөспірім балалар (он бестен он сегізге дейін) мен жоғары және арнайы-

кәсіптік оқу мекемелерінің студенттері мен оқушыларын сақтандыру тексеруі студенттік емханаларда немесе емхананың жасөспірімдер кабинетінде өткізіліп, нәтижелері есептік формаға енгізіледі.

18.Профилактикалық тексеру қорытындылары бойынша жасөспірімдердің бала дәрігерлері, терапевт, жалпы тәжірибе дәрігері немесе фельдшер балалардың денсаулық жағдайына кешенді баға береді.

19.Медициналық қызметкер әр баланың «денсаулық тобында» көрсетілген, оның физикалық және жүйке - психикалық дамуының бағасы берілген, дене шынықтыру тобы (негізгі немесе арнайы топ) ұсынылған эпикриз және қорытынды қағазын толтырады.

20.Профилактикалық тексеру кезінде балалар төмендегідей «денсаулық топтарына» бөлінеді:

I топ – денсаулығы жақсы балалар;

II топ - денсаулығы жақсы, бірақ кейбір қызметтік және морфологиялық ауытқулары бар, сонымен қатар аурудың жіті, созылмалы түрлеріне қарсылығы әлсіз, ауру қаупі бар балалар;

III топ – ағзаның қызметтік мүмкіндіктері сақталған, компенсация жағдайындағы созылмалы науқас балалар;

IV топ – ағзаның қызметтік мүмкіндіктері әлсіз, субкомпенсация жағдайындағы созылмалы науқас балалар;

V топ – ағзаның қызметтік мүмкіндіктері өте әлсіз, декомпенсация жағдайындағы созылмалы науқас балалар.

21. II, III, IV, V «денсаулық топтарына» қатысты балалар БМСК мамандарының немесе салалық мамандардың үнемі бақылауында және сауықтыруында болады.

22. Бала тұрғындардың мақсатты тобының сақтандыру тексеруі нәтижелерінің жиынтық деректері балаларға медициналық көмек көрсету туралы есеп беру формасына енгізіледі.

23. Ересек тұрғындардың мақсатты тобы сақтандыру тексерулері 18, 25, 30, 35, 40, 45, 50, 55, 60, 65 жастарында, ал әйелдер 52, 54, 56, 58 жастарында өткізіледі және төмендегі ауру түрлерінің сақтандыруына және олардың даму қаупін ерте анықтауға жіберіледі:

1)қан айналымы жүйесінің негізгі аурулары – артериалды гипертония, он сегіз және жиырма бес жастан алпыс бес жасқа дейінгі ерлер мен әйелдердің жүректің ишемиялық ауруы;

2)отыз бес пен алпыс бес жас аралығындағы әйелдердің бес жылда бір рет қайталануы мүмкін жатыр мойнындағы ісікалды, қатерлі ісік аурулары;

3)отыз бес пен алпыс бес жас аралығындағы әйелдердің екі жылда бір рет қайталануы мүмкін жатыр мойнындағы ісікалды, қатерлі ісік аурулары.

24.Ересек тұрғындардың мақсатты тобына жасалатын профилактикалық тексеруге мыналар кіреді: тексеру, анамнестикалық деректер жиынтығы, антропометриялық өлшемдер (бойы, дене салмағы, бел өлшемі), артериалды қан қысымының өлшемі, көру және есту жітілігі, екі жылда бір рет қалқанша безді тексеру және пальпация жасау (эндокринолог), қырық жастан кейін жылына бір рет көз ішінің қан қысымын өлшеу, отыз жастан бастап тік ішекті саусақпен

тексеру (хирург), қырық жастан бастап жылына бір рет еркекбезді саусақпен тексеру (хирург), әйелдерді он сегіз жастан бастап сүртінді алып, тазалық деңгейіне гинекологиялық тексеру жасау (акушер-гинеколог), акушер-гинеколог дәрігері болмаған жағдайда, клетка құрамын зерттеу үшін жатыр мойнының сүртіндісін алу.

25. Ересек тұрғындардың мақсатты тобын профилактикалық тексеру барысында зертханалық және жабдықпен зерттеулер жүргізіледі: қанның жалпы анализі: жылына бір рет эритроциттердің, гемоглобин, лейкоциттердің шөгу жылдамдығын анықтау, жылына бір рет дәреттегі нәруыз құрамын зерттеу, кеуде ағзаларын жылына бір рет флюорографияға түсіру, қырық жастан бастап жылына бір рет қан құрамындағы глюкозаны тексеру, қырық жастан бастап жылына бір рет электрокардиография жасау, қырық жастан бастап жылына бір рет фиброгастроуденоскопия жасау.

26. Қосымша диагностикалық зерттеулер мен салалық мамандар тексеруі көрсеткіштерге байланысты жасалады.

27. Ересек тұрғындардың мақсатты тобына профилактикалық тексеру жүргізудің мерзімділігі осы Ереженің №2 Қосымшасына сай жүргізілуі.

28. Ересек тұрғындардың мақсатты тобына сақтандыру тексерудің нәтижесінде төмендегідей топтар анықталады:

1) Дені сау адамдар – ешқандай шағымы жоқ, анамнезінде және тексеру барысында созылмалы аурулар немесе жекелеген ағзалар мен жүйке жүйелердің қызметінде ешқандай ауытқулар байқалмаған адамдар; олардың ішінде жағдайлары «шекаралық» деп аталып кеткен, бақылауды қажет ететін (қан қысымында және басқа да физиологиялық сипаттамаларында ағзаның қызметіне әсер ете алмайтын аздаған ғана ауытқулар байқалған адамдар), аздаған ғана қаупі бар – I диспансер тобы (әрі қарай - Д-I);

2) Денсаулығы жақсы адамдар – анамнезінде жіті және созылмалы ауру түрлері бар, бірақ соңғы бірнеше жылдар бойында еш мазаламаған адамдар бар – II диспансер тобы (әрі қарай - Д-II);

3) наукастар – емдеуді қажет ететін адамдар – III диспансер тобы (әрі қарай - Д-III);

29. Созылмалы ауруы және оның туу қаупі бар адамдар үнемі бақылауда болып, сауықтырылуы керек.

30. Дені сау (Д-I) және денсаулығы жақсы адамдар (Д-II) тобы бастапқы анықтаудан кейін жылына бір рет тексеріледі.

31. Сақтандыру тексерісі кезінде созылмалы ауруы анықталған немесе жекелеген жіті ауру түрлерімен ауырған адамдар диспансерлік есепке қойылып, олардың денсаулығын қалпына келтіруге бағытталған медициналық, әлеуметтік, шынықтыру - сауықтырудың кешендік шараларын жасауы үнемі бақылауға алынып отырады.

Тұрғындардың мақсатты топтарын медициналық профилактикалық тексеруден өткізу ережесінің №1 қосымшасы

Бала жасындағы тұрғындардың мақсатты топтарын жас кезеңдеріне сай профилактикалық медициналық тексеруден өткізу мерзімділігі

Педиатр (жалпы тәжірибелік дәрігер, жас өспірім дәрігері, терапевт)	Хирург (ортопед)	Оторино-ларинголог	Невролог	Стоматолог	Офтальмолог	Эндокринолог	Гинеколог	Жалпы қан талдауы	Жалпы зәр талдауы	Үлкен дәрезеге ішек құрты тексеру	ЭКГ
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
I жас											
+	+	+	+		+			+	+	+	

2жас											
+				+	+						+
3жас											
+		+		+	+						+
4жас											
	+			+							+
5жас											
		+			+						+
6жас (мектепке барар алды)											
+		+	+	+	+	+			+	+	+
7жас (1 сынып)											
	+				+						+
8жас (2 сынып)											
		+			+						+
9жас (3 сынып)											
+		+	+		+	+					+
10жас (4сынып)											
+				+		+					+
11жас (5сынып)											
+	+	+	+	+	+				+	+	

12жас (6 сынып)											
+	+	+	+	+	+			+	+		
13жас (7 сынып)											
+	+										
14жас (8 сынып)											
+	+	+	+	+	+			+	+	+	
15-17жас (9-11 сыныптар) қыздар											
+					+						
15-17жас (9-11 сыныптар) жасөспірім жігіттер											
+	+	+	+			+		+		+	

Ескерту:

Басқа салалық мамандардың балаларға қосымша тексеруі мен диагностикалық зерттеулері (зертханалық және жабдықпен) көрсеткіштер және бастапқы медико - санитарлық ұйым маманының ұсынысы бойынша жүргізіледі.

Тұрғындардың
мақсатты топтарын
профилактикалық
медициналық тексеру-
ден өткізу Ережесінің
№2 қосымшасы

Ересек тұрғындардың мақсатты
топтарын жас кезеңдеріне сай
профилактикалық медициналық тек-
серуден өткізу мерзімділігі

Терапевт ЖТД	Акушер/гинеколог	Маммолог / онколог	Электрокардиограмма	Қандағы холестерин, триглицерид деңгейі	Қандағы қан деңгейі	Жатыр мойнына Цитологикалық зерт- теулер (Pap-тест көрсеткіштері бойынша кольпоскопия және биопсия) жасау	Маммография
1	2	3	4	5	6	7	8
18 жас, ерлер мен әйелдер							
+			+	+		-	ZI
25 жас, ерлер мен әйелдер							
+			+	+		-	ZI
30 жас, ерлер мен әйелдер							

35 жас, ерлер мен әйелдер								
						+	Z	
40 жас, ерлер мен әйелдер								
		+	+	+		+	Z	
45 жас, ерлер мен әйелдер								
		+	+	+		+	Z	
50 жас, ерлер мен әйелдер								
		+	+	+		+	п	+
52 жас, әйелдер								
				+			+	
54 жас, әйелдер								
				+			+	
55 жас, ерлер мен әйелдер								
	+	+	+	+	+		+	
56 жас, әйелдер								
				+			+	
58 жас, әйелдер								
				+			+	
60 жас, ерлер мен әйелдер								
	+	+	+	+			+	

65 жас, ерлер мен әйелдер

П 1 $r^{\sim i} \text{---} + \text{---} r^{\sim n} 1$

тексеру және зерттеу тек әйелдерге жасалады

-жасы 65-тен асқан адамдарға сақтандыру тексеруі көрсеткіштер бойынша (келісімі және қалауымен) жасалады, бектілген көлемде зертханалық және жабдықпен зерттеу жүргізіледі.

Ескерту:

Басқа салалық мамандардың ересектерге қосымша тексеруі мен диагностикалық зерттеулері (зертханалық және жабдықпен) көрсеткіштер және бастапқы медико - санитарлық ұйым маманының ұсынысы бойынша жүргізіледі.

ЖҰТҚЫНШАҚ АРТЫНДАҒЫ АБСЦЕСС (ірінді ісік)

(жұтқыншақ артындағы кеңістіктің іріндеп, май талшықтары мен лимфа гүйіндерінің қабынуы).

Жұтқыншақ артындағы абсцесс – жұтқыншақ артындағы кеңістіктің іріндеп, май талшықтары мен лимфа гүйіндерінің қабынуы.

Негізгі белгілері:

- аурудың бірден басталуы
- дененің қызуы тез арада 38-40°C жетеді

- жұтынғанда қатты ауырсынады, ал бұл науқастың тамақтан бас тартуына әкеледі

- демікпе, әсіресе ол тік тұрғанда өршиді

- ұйықтап жатқанда дем шығарудың ауырлауы

- әлсіз, маңқа дыбыс

- төменгі жақтың ісінуі мүмкін (көбіне жұтқыншақ арты түгел қабынады)

- бас артқа қарай шалқаяды.

Диагностика жасау амалдары:

- тексеру

- фарингоскопия, жұтқыншақты саусақпен тексеру – жұтқыншақтың артқы қа-

бырғасы қызарған, іркілдек, ірің шар тәріздес, жұмсақ, лықсып тұрады.

- құрылым пункциясы – ірің

- қан анализі – ЭОЖ жеделдетілуі, лейкоцит формуласының солға карай жылжуы.

Емдеу:

- Ірің болған жағдайда хирургиялық жолмен емделеді. Скальпель ұшында 1-1,5 см ғана бос жер қалдырып, қалған жерін лейкопластырьмен орау керек. 2-3 тәуліктен кейін жұтқыншақ қуысын іріңнен түгел тазарту керек.

- Консервативті терапия іріңдемей тұрған бастапқы кезеңде ғана мүмкін – бактерияға қарсы дәрілер, нестероидты асқынуға қарсы дәрілер, қабынуға қарсы (НАҚД), симптоматикалық терапия.

ӨКПЕ АБСЦЕСІ

(өкпе тіндерін өліеттендіруге әкелетін қабыну процесі).

Өкпе абсцесі, іріңді ісігі – өкпе тіндерін өліеттендіруге әкелетін қабыну процесінде, көбіне өкпенің артқы бөліктері қабынады, оның жоғары

бөліктеріне қарағанда, төменгі бөліктері жиі асқынады. Абсцестің жіті және сонылымалы түрлері бар (ауру 1,5-2 айға сонылыуы мүмкін).

Жіті өкпе абсцесінің негізгі белгілері:

- дене қызуы жоғары – 40°C-ға дейін
- қабынған өкпе тұсындағы кеуденің ауыруы

• тыныш отырғанда демігу, физикалық жүктеме түскен кезде ол күшейе түседі, тахипноэ

• тахикардия

• ірің аралас жөтел, шіріген қақырық

• кенеттен көп қақырық бөлінеді, бұл абсцестің бронх тамырына тармақтарына өткендігін білдіреді;

мұндай кезде науқастың жағдайы аз ғана уақытқа жақсарады

• қабынған жердің үстіндегі кеуде қуысына перкуссия жасағанда тұйық дыбыс байқалады, ал тындау (аускультация) кезінде тыныс алу шуы естілмейді немесе кенеттен әлсізденеді, қуыс үстінде амфориялық тыныс, ылғалды сырыл байқалады

• қан анализі – ЭОЖ жеделдетілуі, лейкоцит формуласының солға қарай жылжуы.

Өкпенің созылмалы абсцесінің негізгі белгілері:

• өкпенің қабынған тұсындағы кеуде қуысында түрлі сипаттағы ауырсынулар

• тыныш отырғанда демігу, физикалық жүктеме түскен кезде күшейе түседі,

• тахипноэ

• тахикардия

• іріңді қақырық аралас жөтел, аздаған қақырық

• созылмалы қабыну процесінің қайта - қайта ушығуы (жіті абсцестің белгісі)

• қан құсуы мүмкін

• кеуде қуысына перкуссия жасағанда тимпанитті дыбыс шығады, аускультация кезінде амфорикалық тыныс алу білінеді, түрлі ылғалды сырылдар байқалады

• қан анализі – ЭӨЖ жеделдетілуі, лейкоцит формуласының солға қарай жылжуы.

Өкпенің жіті абсцесі қалыптасу кезеңіндегі рентгеннің көрсетуінде өкпенің белгілі бір жерінің қараюы, қатаюы, қатайған жердің сәл ағаруы байқалуы мүмкін. Өкпе абсцесі бронх тамырына өткеннен кейін сұйық жиналған қуыс байқалады, онда өкпе тіні жиналады.

Компьютерлі томография (КТ) жасату ұсынылады.

Өкпенің созылмалы абсцесінің рентгендік белгісі (тігінен және қырынан түсіріледі): ішкі қабырғасында контурлары нақты, дөңгеленген тығыз қуыс байқалады, аздаған сұйық болуы мүмкін, қуыс инфильтрация аумағымен қоршалған. КТ ұсынылады.

Өкпенің жіті абсцесін емдеу:

• бактерияға қарсы ірі терапия – әсер ету аумағы кең антибиотиктер

• уыттануға қарсы ірі терапия

• трахеобронхоскопия

• абсцестің құрамындағыны соратын трахеобронхоскопия, абсцесті бронхоскоп арқылы антисептик сұйығымен шаю (фурациллин ерітіндісі 1:5000 және т.б).

• ем толығымен инфильтрацияланады және қуыс жойылғанша жүргізіледі.

Өкпенің созылмалы абсцесінің хирургиялық – емі :

• көрсеткіштер – тиімсіз консервативті терапия; өкпеге қан құйылу;

• абсцестің эмпиемаға дамып, өкпеқап қуысына өтуі

• абсцесс қуысына кеуде қабырғасы

аркылы кашырткы салу; өкпекап эм-
пиемасы кезінде өкпекап қуысына
кашыртқы салу

•торакотомия – өкпенің бөлігін алып
тастау.

Емді торакальды бөлімде жүргізу ке-
рек.

Айыққаннан кейін науқас 1-2
жыл бойы міндетті түрде емханалық
бақылауда болуы керек .

КІШІ ЖАМБАСТЫҢ АБСЦЕСІ
(ішперде қуысының төменгі жағының
ірінді - қабыну ауруы).

Кіші жамбастың абсцесі – ішперде
қуысының төменгі жағының ірінді-
қабыну ауруы, ол ірінді қуыс түрінде
қалыптасады; әйелдерді дуглас
кеңістігінде (тік ішек - жатыр кеңістігі)
дамиды, ал ер адамдарда – тік ішек-қуық
кеңістігінде.

Негізгі белгілері:

•ішперде қуысының төменгі жағының
түрлі сипаттағы тұрақты ауырсынулары

•зәр шығарудың жиілігі және ауырсы-
нуы

•жиі күшену, нәжістің сұйылуы

•гектикалық дене қызуы

• ішпердеге пальпация жасағанда, оның қабырғасының төменгі жағының ауырсынуы, ішперденің қабыну белгілері байқалмайды.

Диагностика жасау амалдары:

• тік ішек немесе қынап арқылы саусақпен тексергенде оның күмбезінің түскендігі, қатты ауырсыну, инфильтрат (ортасы аздап жұмсаруы мүмкін) байқалады

• кіші жамбас ағзасына ультрадыбыстық зерттеу (УЗИ)

• КТ ұсынылады

• тік ішектің алдыңғы қабырғасына, қынаптың артқы күмбезіне пункция жасағанда ірің алынуы мүмкін

• қан анализі – ЭОЖ жеделдетілуі, лейкоцит формуласының солға қарай жылжуы.

Емдеу:

• кіші жамбас абсцесін емдеу – хирургиялық

• абсцесті тік ішектің алдыңғы қабырғасы немесе қынаптың артқы күмбезі арқылы ашады

• бактерияға қарсы және улануды қайтару терапиясы

• абсцесс көп болған жағдайда қасаға үстіне операция жасалуы мүмкін.

ІШЕКАРАЛЫҚ АБСЦЕСС

(ішек ілмектері, шажырқай, шарбы, ішперде қабырғасы, диафрагма күмбездері арасындағы қуыста пайда болатын іріңді қабыну ауруы).

Ішекаралық абсцесс ішек ілмектері, шажырқай, шарбы, ішперде қабырғасы, диафрагма күмбездері арасындағы қуыста пайда болатын іріңді қабыну.

Негізгі белгілері:

- ректикалық дене қызуы
 - ішперде қуысындағы ауырсынулар (ауырған жер анық, анық емес болуы мүмкін)
 - ішперденің алдыңғы қабырғасына пальпация жасағанда, ауырсынудың байқалуы, ал абсцесс ішперденің алдыңғы қабырғасы жақын орналасқан жағдайда қатты ауырсынады, мұндайда қабырғаның айрықша ширығуы байқалады
 - үлкен абсцесс болған жағдайда дөңгелек құрылым пайда болғаны байқалады
 - қан анализі – ЭОЖ жеделдетілуі, лейкоцит формуласының солға қарай жылжуы.
- Диагностика жасау амалдары:

• абсцесс көбіне асқазан, ішек, өт ауруларынан кейін жасалатын лапаротомиядан кейін пайда болады

• рентгендік зерттеу – әр жерінде сұйықтың көбеюі (ылғи емес),

• ішекті кесу (көмегі аз)

• УДЗ және КТ жасау қажет.

Ішекаралық абсцесті емдеу:

• лапаротомия, абсцесті ашу, ірінді жою, септикке қарсы өңдеу жасау, қуысты құрғату

• бактерияға қарсы, улануға қарсы терапия.

ЖҰМСАҚ ТІНДЕР АБСЦЕСІ

(теріасты - май талшықтары мен бұлшық ет тіндерінде ірінді қуыс пайда болып, ірінді қабыну ауруы).

Жұмсақ тіндер абсцесі – теріасты-май талшықтары мен бұлшық ет тіндерінде (ірінді қуыс пайда болып) ірінді қабыну ауруы

Негізгі белгілері:

• тектикалық дене қызуы

• пальпация жасағанда абсцесс пайда болған жердің ауырсынуы

• қолға дөңгелек құрылым білінеді, оның ортасы көбіне лықсып тұрады

•гиперемия, абсцестің үстіндегі терінің қызуы көтеріледі (теріге жақын орналасқанда)

•қан анализі – ЭОЖ жеделдетілуі, лейкоцит формуласының солға қарай жылжуы.

Емдеу:

•хирургиялық жолмен – ашу, қуысты құрғату

•бактерияға, улануға қарсы терапия

•іріңді сору үшін қуысқа пункция жасалуы мүмкін, септикке қарсы өңдеу, екіжақты түтікше арқылы құрғатып, бірнеше рет қайталап шаю.

БАДАМШАБЕЗ ТІНДЕРІНІҢ АБСЦЕСІ

(бадамшабездің қабынуы нәтижесінде іріңді қабыну ауруы).

Бұл бадамшабездің қабынуы нәтижесінде, іріңді қуыс пайда болатын, қабыну ауруы.

Негізгі белгілері:

•дене қызуының 38-40°С-ға дейін көтерілуі

•аңқа маңының қатты ауырсынуы

•жұтынғанда қатты ауырсыну, шайнау кезінде бұлшық еттерінің түйілуі

- жақасты лимфатүйіндерінің үлкеюі және ауырсынуы

- қан анализі – ЭОЖ жеделдетілуі, лейкоцит формуласының солға қарай жылжуы.

Диагностика жасау амалдары:

- фарингоскопия – таңдай доғашықтары, жұмсақ таңдай ісінген, қызарған, аңқа тарылған, таңдай тілі ауырмайтын жаққа қарай ауысқан

- пальпация жасағанда, қатты ауырады.

Емдеу:

- пункция

- абсцесті ашу (жұтқыншақ арты абсцесін қараңыз)

- бактерияға, улануға қарсы терапия.

АДЕНОИДТАР

(тамақ, мұрын бездерінің үлкеюі).

Аденоидтар – жұтыну / мұрын-жұтқыншақ бадамшабезінң ұзаққа созылған қабыну процесінің салдарынан болған тіндердің паталогиялық өрбуі. Дөңгелек пішіндес, астыңғы негізі кең, бет қабаты бүдірлі, мұрын-жұтқыншақ күмбезіне орналасқан. Гипертрофия (үлкею) деңгейі: 1 деңгей – бадамшабез кеңсірік желбезегінің жоғары жағының

1/3 бөлігін жабады; 2 деңгейі – бадамшабез кеңсірік желбезегінің жоғары жағының 2/3 бөлігін жабады; 3 деңгейі – бадамшабез кеңсірік желбезегін түгелдей жабады.

Негізгі белгілері:

• тексеру – бет әлпеті – аузы сәл ашық, мұрын қыртыстары жазылған, беті созылыңқы; мұрынмен тыныс алудың бұзылуы, мұрыннан ірінді сілекейдін ағуы

• ауыз қуысын тексеру – жоғарғы күрек тістер түрлі бағытта тәртіпсіз өскен, алға қарай шыққан; таңдай көтерілген

• дауыстың сырылдауы, есту қабілетінің төмендеуі

• ұйқы тынышсыз, үзіле береді, қорылдайды

• мойынның, желкенің лимфатүйіндері үлкейген

• созылмалы уыттанудың түрлі белгілері.

Диагностика белгілері:

• мұрын жұтқыншағын саусақпен тексеру – бадамшабездің үлкейгендігі байқалады

• мұрын жұтқыншағының фиброско-

пиясы – бадамшабездің үлкейгендігі байқалады.

Емдеу:

• 1 деңгейде – консервативті, қорғау, сақтау жолы.

• 2-3 деңгейде – ота жасау (хирургиялық), арнайы аспаппен бадамшабезді жою.

АС АЛЛЕРГИЯСЫ

(тамақ өнімдеріне деген асқан-сезімталдық салдарынан тері мен ішкі ағзаларының зақымдануы).

Ас аллергиясы – қандай да болмасын тамақ өнімдеріне деген асқан сезімталдық, соның салдарынан тері мен ішкі ағзалар зақымданады.

Негізгі белгілері:

• терінің зақымдануы – есекжем ауруы, Квинк ісігі, дерматиттің түрлері

• жүрек-қан жүйесінің зақымдануы – васкулит

• өкпенің зақымдануы – ринит, ларингоспазм, бронхоспазм, өкпенің «ұшқыш» инфильтраты

• асқазан - ішек жолдарының зақымдануы (АІЖ) – лоқсу, құсу, диарея, ішперде қуысының түйілні ауруы

• орталық жүйке жүйесінің зақымдануы – құрысып ауру, гиперкинез, бастың ауруы

• анафилаксия.

Емдеу:

• анықталған және жорамалдаған тағам түрлерін мәзірден алып тастау

• антигистаминді амалдар (дәрілер, дәрі құю)

• аллергия асқынған кезде – бұлшық етке, қан тамырларына преднизолон салынады

• ауруханаға жатқызылады.

АМЕБИАЗ

(тоқ ішектің зақымдануы салдарынан болатын жұқпалы ауру).

Амебиаз – протозойлық антропоноздық жұқпа; тоқ ішектің зақымдалуы (ойық жаралы колит, амебалық дизентерия), бауырда және басқа да ағзаларда абцестің дамуы.

Негізгі белгілері:

• тоқ ішектің зақымдалуы – құрсақтың сол жағында, көбіне сан бөлігінде түйіліп ауырсынулар; сілемей мен қан аралас сұйық нәжіс

• улану белгілері

•алдыңғы ішперде қабырғасына паль-
нация жасағанда тоқ ішектің жиырылып
ауырғаны байқалады

•бауырдағы амебалық процесс – оң
қабырға астының ауруы

•амебалық пневмония – пневмонияның
белгілері, амебалық абсцеске жалғасуы
мүмкін.

Диагностика жасау амалдары:

•анамнез

•рентгендік зерттеу

•фиброколоноскопия

•УДЗ, КТ

•нәжісті, абсцесс құрамын микроско-
пиядан өткізу.

Емдеу:

•ішек амебиазының белгілері анық-
талмаған жеңіл түрінде хиниофон неме-
се метронидазол тағайындалады

•ішек амебиазының орташа күрделі
және күрделі түрінде метронидазол-
мен, хиниофонмен емделу курстары
тағайындалады

•ішектен тыс амебиазда метронидазол
немесе эмитин тағайындалады

•бауыр мен басқа да ағзалардың
абсцесі хирургиялық жолмен емделуі
мүмкін.

Ауруханаға жатып емделу ұсынылады.

АМЕНОРЕЯ

(6 ай және одан да көп уақыт бойы етеккірдің болмауы).

Аменорея – 6 ай және одан да көп уақыт бойы етеккірдің болмауы; аменорея өзінше бөлек ауру емес, анатомиялық, биохимиялық, генетикалық, физиологиялық, психикалық зақымданудың белгілері.

Мынадай түрлері бар:

- нағыз аменорея – аналық без бен эндометриядағы оралымды өзгерістер, етеккір жоғалады.

- жалған аменорея – аналық бездің дұрыс оралымды қызметінде жатыр қуысында немесе қынапта қан жиналады

- физиологиялық аменорея – екіқабат, лактация кезінде етеккірдің тоқтауы, менопаузадан кейін

- патологиялық аменорея.

Негізгі белгілері:

- етеккірдің болмауы.

Емдеу:

- міндетті түрде аурудың туу себебін анықтау керек, емді гинеколог жүргізеді.

БҮЙРЕКТІҢ АМИЛОИДОЗЫ

(бауыр тіндерінде жасушадан тыс амилоидоз жиылуы салдарынан бола-
гын ауру).

Бүйректің амилоидозы – бұл ауру бауыр тіндерінде жасушадан тыс амилоидоз жиылуы салдарынан туады.

Негізгі белгілері (бүйрек амилоидозының торт сатысы анықталған):

•1 саты – латентті – клиникалық белгілері жоқ (жалпы әлсіздік)

•2 саты – протеинуриялық – зәрдің құрамында протеин саны біртіндеп артады, микрогематурия, лейкоцитурия, СОЭ-нің аздап жеделдетілуі

•3 саты – нефротиялық – протеинурия, гипопропротеинемия, гиперхолестеринемия, ісінулер, артериалды гипертензия, ЭОЖ жылдам жеделдетілуі

•4 саты – созылмалы бүйрек жетіспеушілігі – тұрақты ісінулер, артериалды гипертензия, ЭОЖ жеделдетілуі, лейкоцитоз, анемия, гипопропротеинемия (гипоальбунемия), гипонатриемия, гипотромбинемия, зәрдің құрамында нәруыз санының артуы, эритроциттер, лейкоциттер.

Емдеу:

- емдәм тәртібін қатаң сақтану – тұз, нәруызға шектеу қою, ұзақ уақыт бойы шикі бауыр жеу (тәулігіне 100 гр. дейін)

- бастапқы амилоидозда – дәрі-дәрмек терапиясы (преднизолон, мелфалан, колхицин және т.б).

- амилоидоз қайталанғанда – негізгі ауруды емдеу

- гемодиализ, перитонеальды диализ, бүйректі ауыстыру.

Емді арнайы нефрология бөлімшелерінде жасау қажет, ал амбулаториялық жағдайда жасалғанда нефрологтың бақылауымен жүргізілуі керек.

АНАФИЛАКСИЯ

(сезімтал аллергиямен қайта қатысқан ағзаның жүйелі жіті серпілісі).

Анафилаксия – сезімтал (сенсублизацияланған) аллергиямен қайта қатысқан ағзаның жүйелі жіті серпілісі; анафилактикалық соққы.

Анафилаксия, соққы мынадай жағдайларда дамиды:

- түрлі дәрі - дәрмек қабылдағанда
- ара, сона шаққан кезде

• жергілікті анестезия дәрмектерін қабылдағанда

• түрлі тағамдар қабылдағанда (көбіне сүт, кептірілген тағам өнімдері, цитрус жидектері, балық және т.б).

• қан құйғанда

• қанның орнына жүретін түрлі ерітінділерді құю кезінде.

Негізгі белгілері:

• артериалды гипотензия

• жүрек-қан жүйелерінің (ЖҚЖ) жіті жетіспеушілігі

• жіті тыныс алу жетіспеушілігі (көмейдің ісінуі, бронхоспазм, өкпенің ісінуі)

• қозыну, құрысқақ, есінен тану

• құрсақтың жіті ауруының белгілері болуы мүмкін.

Емдеу:

• аллергенмен қатынасты біржола тоқтату керек

• антигистаминді дәрмектерді қабылдау

• гормоналды дәрмектерді қабылдау (преднизолон)

• қарқынды терапия бөлімшесіне жағып емделу (кемінде 2-3 тәулік бақылауда болу)

•ЖҚЖ мен тыныс алу қызметтерінің зақымдалуын тыю

•ауруханадан шыққан соң 1-2 ай бойы бөлімше дәрігерінің бақылауында болу керек.

АНГИНА

(жұтқыншақ сақинасының жұқпалы ауруы).

Ангина – лимфаденоидті жұтқыншақ сақинасының жұқпалы ауруы.

Катаральды ангина – таңдай бадамша бездерінің зақымдануы.

Негізгі белгілері:

•жіті басталуы – тамақтың, әсіресе, жұтынғанда ауруы

•дене қызуы жоғары болуы мүмкін

•жалпы әлсіздік, бастың ауруы, буындардың, бұлшық еттердің ауруы

•жақасты лимфотүйіндері үлкеюі мүмкін.

Фарингоскопия:

•таңдай бадамшабездері аздап үлкейген, ісінген, қызарған, доғашықтары аздап қызарған, аздап ісінген.

Фолликулярлы ангина – бадамша бездердің фолликулярлы аппаратының зақымдалуы.

Негізгі белгілері:

- тамақтың қатты ауруы, жұтыну қатты ауыртады

- дененің қызуы 39-40°C-ға дейін көтеріледі, қалтырайды

- бұлшық ет, буын, бүкіл дененің ауруы

- диспепсия, олигурия

- қан анализі – ЭОЖ жоғары, лейкоцит формуласының солға қарай жылжуы (нейтрофилез).

Фарингоскопия:

- бадамша бездер әжептәуір үлкейген, ісінген, қызарған; кішкентай сарғыш бүдірлер – ірінді фолликулалар – көрінеді; бадамшабездер ірінді қақпен көмкерілген.

Үңгірлі ангина – үңгір маңындағы бадамша бездердің зақымдалуы.

Негізгі белгілері:

- тамақтың қатты ауруы, жұтыну өте ауыр

- дененің қызуы 39-40°C-ға дейін жетеді, қалтырайды

- бұлшық ет, буын, жүректің ауруы, бастың ауруы

- аумақтық лимфатүйіндердің өсуі, пальпация жасағанда олар қатты ауырады

•қан анализі – ЭОЖ жоғары, лейкоцит формуласының солға қарай жылжуы (нейтрофилез).

Фарингоскопия:

•бадамшабездер күрт үлкейген, ісінген, қызарған; үңгірлер кеңейген, олардан бадамшабездерді көмкеріп тұрған фабриозды - ірің қақ бөлінеді.

Емдеу:

•амбулаториялық ем, күрделі түрінде ауруханаға жатқызылады

•емдәм – «жұмсақ» тағам, көп сұйық ішу

•микробқа қарсы терапия

•НҚҚД

•жергілікті ем – жұтқыншақты септикке қарсы ерітінділермен шаю.

АНЕМИЯ

Анемия – қан құрамында эритроциттер, гемоглобиндер санының азаюы (гемоглобин 100 г/л, эритроциттер $4,0 \times 10^9$ /л азайған).

Анемияға диагностика жасау үшін аурухана жағдайларында зерттеулер жүргізуді қажет етеді.

Анемиясы анықталған науқастарды ауруханаға емделуге жіберу керек.

РЕАКТИВТІ АРТРИТТЕР

Реактивті артриттер – зәр шығару-жыныс, ішек және басқа да ағзалардың жұқпалы ауруларының салдарынан болатын буындардың қабыну аурулары. Артриттің урогенитальды және энтероколитті реактивті түрлері жиі кездеседі.

Негізгі белгілері:

•урогенитальды артрит – цистит, вагинит, цервицит, уретрит, баланопостит, простатит ауруларының салдарынан туады

•энтероколитті артрит – тоқ ішектің зақымдалуы салдарынан түйіліп ауруы, диарея

•буындардың зақымдалуы – аяқ-кол буындарының ассиметриялық полиартриті; басқа буындар сирек зақымдалады

•буын маңы тіндерінің зақымдануы – тендовагинит, бурсит

•сілемей және тері қабықтарының зақымдалуы – ойықжара стоматиті, баланит, ректит және т.б.; терінің түлеуі, конъюнктивит, перикардит, аортит, протеинурия, лимфоаденопатия тууы мүмкін.

Емдеу:

- бактерияға қарсы терапия
- НКҚД
- глюкокортикоидтер – буын маңы тіндеріне салынады
- иммуносупрессивті терапия (азатиоприн, метотрексат).

АСКАРИДОЗ (бөсір ауруы)

(дөңгелек құрт (нематода) салдарынан асқазан - ішек жолдарының, кейде – өкпенің зақымдалуы).

Ауруды дөңгелек құрт (нематода) туғызады; бастапқыда аллергиялық белгілері болуы, дене қызуы көтерілуі мүмкін, кейін – асқазан - ішек жолдарының зақымдалуы, кейде – өкпенің зақымдалуы мүмкін

Негізгі белгілері:

• ішек сатысы: белгілері білінбеуі мүмкін; лоқсу, эпигастральды ағзада, бүкіл ішперде қуысында сипаттамасы белгісіз ауырсыну, жалпы әлсіздік, сілекейдің ағуы, бастың ауруы, тамақтан тартыну, диарея болуы мүмкін

• өкпе сатысы: дене қызуының көтерілуі, жөтелдің күшеюі, өкпе рентгені ошақтық инфильтратты көрсетуі мүмкін.

Емдеу:

- куртқа қарсы дәрмектер
- оттегі.

БРОНХ АСТМАСЫ

(тыныс алу ағзаларының созылмалы ауруы).

Бронх астмасы – тыныс алу ағзаларының созылмалы ауруы, ауру созылмалы қабыну процесінің үнемі дамуынан, бронх өткізгіштігінің бұзылуынан (бронхтың түйілуі, бронх тамырларында қою сілекейлі - ірінді қақырықтың жиналуы).

Негізгі белгілері:

• тұншығу ұстамасы – экспираторлы демікпе

• сілекейлі - ірінді қақырық аралас жөтелу, ауыр жөтелінеді

• дем шығарғанда құрғақ шуылды сырылдар

• тахикардия

• денені бірқалыпта ұстау мәжбүрлігі – жартылай отыру, отыру қалпында

• цианоз

• асқан мазасыздық.

Емдеу:

• венаға салынатын бронхолитикалық дәрмектер

•кақырық түсіретін ингаляция арқылы кақырықты түсіруді күшейту қажет

•глюкокортикоидты дәрілер – ингаляция жасау, қан тамырларына дәрілер құю

•оксигенотерапия.

Ауруханаға жатқызу қажет – тыюға келмейтін ұстама.

Амбулаториялық ем терапевт пен алергологтың бақылауымен жүргізілуі қажет.

АСЦИТ

(жүрек функциясы жетікіліксіздігінде, бауыр, бүйрек тамырларының, төменгі толық қантамырларының, ішперде қуысы ағзаларының қатерлі ісік ауруларында ішперде қуысында сұйықтың жиылуы).

Асцит – жүрек жеткіліксіздігі, бауыр циррозында, нефротикалық синдромда, бүйрек тамырларының окклюзиясы, төменгі толық қантамырларының, перитонит, ішперде қуысы ағзаларының қатерлі ісік ауруларында ішперде қуысында сұйықтың жиналуы.

- Негізгі белгілері:
- құрсақ көлемінің үлкеюі
 - ішперденің алдыңғы қабырғасы қантамырларының кеңеюі
 - қол - аяқтардың, сыртқы жыныс ағзаларының ісінуі
 - кіндік жарығы
 - флюктуация
 - ішперде қуысының бүйір бөлігінде өтпейтін дыбыстың болуы
- Емдеу:
- негізгі ауруды жою/емдеу
 - калийді сақтайтын диуретиктер
 - парацентез (қантамырына 5-7 литрге дейін альбумин құю арқылы сұйықты айдау)
 - тұзсыз емдем.

ӨКПЕ АТЕЛЕКТАЗЫ

(өкпенің ауасыз тіні).

Өкпе ателектазы – өкпенің ауасыз тіні. Бронхтың бітелуі (кақырық, бөтен тіні, ісік) немесе өкпе тінінің сырттан басылуы салдарынан (плевра қуысының ісігі, пневмоторакс, плевра эмпиемасы, гемоторакс және т.б.) пайда болады.

Негізгі белгілері:

- ателектаздың біліну деңгейі ауасызданған тін көлеміне, оның даму жылдамдығына байланысты

- көлемі шамамен 10-12% болатын ателектаздар білінбей өтуі мүмкін

- үлкен ателектаздарда – демікпе, цианоз, тахикардия, жөтел, мазасыздық

- үлкен ателектаздарда перкуссия жасағанда қасаңдық байқалады

- аускультация жасағанда – бронх окклюзиясында дем шықпайды, еркін тыныс жолдарында бронхпен тыныс алу

- тахикардия.

Рентгендік зерттеу – диагностика жасаудың негізгі әдісі («Тыныс алу ағзаларының қысқаша рентгендік белгілері» бөлімін қараңыз).

- КТ, фибробронхоскопия (диагностикалық/емдік) ұсынылады.

Емдеу:

- емдеудің негізгі әдісі – фибробронхоскопия – қақырықты, құсықты, бөтен тінді жою; ісік болған жағдайда емдеу әдісі ісікті зақымдалу түріне байланысты анықталады – қатерсіз ісікті эндоскопиялық жолмен жоюға әрекет жасалады, ал қатерлі ісікке өкпе резекциясы тағайындалуы мүмкін

•өкпе тіндерінің сырттан басылу жағдайында аурудың сипатына қарай ем тағайындалады – пневмотораксте плевра қуысына пункция жасалады, плевра қуысы құрғатылады; плеврит, эмпиемада – пункция, құрғату

•симптоматикалық терапия.

АТЕРОСКЛЕРОЗ

(жүйелі ауру, артерияның ішкі қабығының липидті (холестеринді) түйіндермен зақымдалуы).

Атеросклероз – жүйелі ауру, артерияның ішкі қабығының липидті (холестеринді) түйіндермен зақымдалуы; тамыр біртіндеп түйіндермен немесе оның бөліктерімен, тромбпен әбден бітелгенше тарылады; осының салдарынан тін немесе гангрена некрозы дамиды; көбіне ұйқы артериясының бифуркациясы, коронарлық артериясы, қолқа бифуркациясы зақымдалады.

Негізгі белгілері:

•клиникалық белгілері атеросклеротикалық процестің орналасу және таралу орнына байланысты

•ағзаның даму үстіндегі ишемиясының / тамыр жолдарының толық бітелуінің нақты белгілері

• ұйқы артериясының бифуркациясы зақымдалғанда – бастың ауруы, айналуы, инсульт

• коронарлы тамырлардың зақымдалуы – ЖИА - ның белгілері

• бауыр артериясының зақымдалуы – нефропатия, артериалды гипертензия

• ішперде қолқасының, құрсақ бағанасының зақымдалуы – ішперде қуысының түрлі сипаттағы аурулары.

Диагностика жасау әдістері:

• артерия тамырларына УДЗ

• контрастты ангиография

• контрастты емес КТ ұсынылады.

Емдеу:

• емдәм – тағам өнімдерінің энергетикалық құндылығындағы майдың құрамын 25% дейін шектеу

• ағзалар мен тіндердің қан айналымын жақсартатын дәрі - дәрмектер, перифериялық вазодилататорлар, спазмолитиктер, гиполипидемиялық амалдар, тромбоциттерді біріктірмейтін амалдар

• белгілері толық анықталған және асқынған жағдайда ауруханаға жатқызу қажет.

АЯҚ - ҚОЛДАРДЫҢ ПЕРИФЕРИЯЛЫҚ АРТЕРИЯЛАРЫНЫҢ АТЕРОСКЛЕРОЗЫ

Бұл аурудың ұзаққа созылу сипаты бар, магистральды артерия жайлап тарылады. Науқастар дәрігерге, көбіне, артериалды тамырлар әбден зақымдалғанда, өте кеш көрінеді.

Негізгі белгілері:

•1 саты – 1 км-ге дейін асықпай жаяу жүргенде, балтыр бұлшық еттерінің ауруы

•2 саты – шамамен 200-300 м-ге жаяу жүргенде ауырады

•3 саты – қалыпты жағдайда ауру, 20-30 м-ге жаяу жүргенде ауыру

•4 саты – ойықжаралы - некротикалық өзгерістер болғанда

•аяқ - қолдардың ауруы негізгі белгілер болып саналады (балтыр бұлшық еттері)

•тізеасты артериясында, артқы үлкен жіліншік артериясында, өкшенің сыртқы артериясында пульстің әлсіреуі/ жоғалуы.

Науқастың аяқ - қол артериялары мен басқа ағзаларының зақымдалу комбинациясын есте ұстау қажет.

Емдеу:

- «Атеросклероз» бөлімін қараңыз
- хирургиялық ем – қан жүрудің бұзылуын оперативті түзетудің түрлі жолдары бар – артериялық бағананың тарылған аузын тамыр ішіндегі дилатация, эндартерэктомия, белге симпатэктамия жасаудан бастап, жасанды протездермен немесе аутовенді тамырластыру операцияларының түрлері; операциядан кейін қан жүрісін жақсартатын дәрі-дәрмек терапиясынан өту керек.

КАРДИЛЫҚ ТЕСІК АХАЛАЗИЯСЫ
(өңеш қызметінің туа біте пайда болған паталогиялық бұзылуы).

Кардиалық тесік ахалазиясы – өңеш қызметінің туа біте пайда болған паталогиялық бұзылуы, тағамдардың өңештің төменгі сфинктері арқылы өту процесінің бұзылуы.

Негізгі белгілері:

- тамақты жұтудың қиындауы – ас төстің артына жиналып қалғандай сезінеді

- салқын ас ыстық асқа қарағанда тез өтеді

•реургитация – өңеште астың жиналып қалуы кекірікке әкеледі де, ол тыныс жолдарын бітейді

•төстің артының ауруы

•жүдеу.

Диагностика жасау амалдары:

•негізгі амал айырымды заттармен рентгендік зерттеу болып табылады – өңештің кеңеюі, өңештің сақтау бөлігінің тарылуы, өңештің кеңейген бөлігінің бірдей пішіндері

•фиброзофагогастроскопия – өңештің сілемейлі қабығының қызаруы, оның жараға айналуы, ірі қыртыстар.

Емдеу:

•консервативті терапия – нитраттар, антихолинэргиялық дәрмектер, β -адреномиметиктер

•өңештің тарылған бөлігін арнайы зондпен кеңейту

•хирургиялық емдеу – экзомукозды эзофагокардиомиотомияға операция, өңешке ішек пен асқазаннан өңеш түтіктерін қалыптастыратын операция жасау.

БЛЕФАРИТ

(қас қабақтары шеттерінің қабынуы).

Блефарит – қас қабақтары шеттерінің қабынуы (себорея, стафилококк жұқпасы).

Негізгі белгілері:

- себорея блефариті – қабақ шеттерінің қызаруы, қабақтың құрғақ қабыршықтануы, бастың шаш бөліктерінің, қас, мұрын-ерін үшбұрышының қабыршақтануы

- стафилококк блефариті – қышуы, қабақтың ашуы, суретке түсуден қорқу, жас ағуы, қабақтың шеттері қалындап, сарғыш өңезделіп, қызаруы, жараның пайда болуы

- аралас блефарит (себорея және стафилококк).

Емдеу:

- себорея блефаритінде мақта тампонымен қабыршақтарды тазартып, ұйқы алдында қабаққа 0,5% гидрокортизон көз майы жағылады

- стафилококк блефаритінде – тәулігіне 4 рет сульфат цинкінің тамшысы тамызылады.

БЕХТЕРЕВ АУРУЫ

(омыртқа буынының қозғалмайтын созылмалы ауруы).

Омыртқа буынының қозғалмайтын созылмалы ауруы – көршілес тамыр өсімділерінің дегенеративті зақымдалуы, буын қалталарының фиброзы, байламдардың ізбестенуі және сүйектенуі. Ауру, әдетте, сегізкөз-санның буында-суынан басталып, біртіндеп омыртқаға, көбіне, бел және мойын бөліктеріне тарайды. Патологиялық процесс аяқ-қол буындарына, ең алдымен, жамбас-сан және иық-жауырын буындарына таралуы мүмкін.

Негізгі белгілері:

- сегізкөз - санның буындасқан жерінің ауыруы

- омыртқаның бел және мойын бөліктерінің ауыруы

- мойын және бел лордозы

- төс кифозы

- омыртқаның қозғалуы жайлап шектеле түседі

- аурудың негізгі белгілерінің дамуына қарай анықтала түседі.

Рентгенограммада сегізкөз-санның буындасуының сүйектелуі, омыртқа

буындары шеттерінің склерозы, буын қалтасының фиброзы және байламдардың сүйектенуі, омыртқааралық саңылаулар жоғалады

Емдеу:

- ЕДШ (емдік дене шынықтыру)
- НКҚД
- глюкокортикоидтар
- румалон, метотрексат, сульфазалин, лидаза сияқты басқа дәрілер қолдану.

ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬДЫ РЕФЛЮКС АУРУЫ

(асқазан ішіндегілердің өнешке үнемі / жиі тасталуы).

Гастроэзофагеальды рефлюкс – асқазан ішіндегілердің өнешке үнемі / жиі тасталуы.

Негізгі белгілері

- қыжыл өңеште сезіледі
- ауа кекіру
- жеген тамақты кекіру
- эпигастральды жердің және төстің артының ауырсынуы
- денеге салмақ түскенде, ащы тамақ жегеннен кейін белгілер күшейе түседі.

Диагностика амалдары:

- фиброэзофагогастроскопия

диагностиканың негізгі амалы – қызару, оңештің сілемей қабығының ісінуі, кішкентай жаралар, гастрит, кардияның ашылуы / жиырылуы.

Емдеу:

• емдәм – ащы тамақ, арақ ішуге, темекі ішеуге болмайды, шамадан тыс тамақ жеуге, тамақты салқын және ыстық етіп ішуге, ауыр жұмыс істеуге, ұйқыдан 3-4 сағат бұрын тамақ ішуге болмайды

• антацидтер мен алгинаттар

• бактерияға қарсы дәрі-дәрмектер (омез, метронидазол және т.б).

• хирургиялық ем – асқынулар (тарылыс, қан кету), консервативті емнің тиімді болмауы, Ниссен фундопликациясы операциясын жасау.

ГЕСТАЦИЯЛЫҚ ТРОФОБЛАСТИКАЛЫҚ АУРУ

Жүктілікке байланысты жатырдағы ісіктің пролиферациясы негізінде пайда болатын ауру).

Жүктілікке байланысты туынды трофобласттың (жатырдағы ісік) патологиялық пролиферациясы негізінде пайда болады.

Трофобласт түрлері:

•куық кірмесі –трофобласт пролиферациясы, ол жатыр қуысын жартылай және толық толтырады

•трофобласттың катерлі ісігі – құрылымсызданған қуық кірмесі, хорионэпителиома

•бала жолдасы орналасқан жер трофобластының ісігі.

Негізгі белгілері:

•іштің төменгі жағының ауыруы

•жүктілік кезінде немесе босанғаннан кейін түрлі кезеңдері жатырдан қан кетуі, сырттай қан кету немесе ішперде қуысына қан кету

•жатыр көлемінің артуы

•түрлі ағзаларға метастаза беру.

Емдеу:

•химиотерапия (метотрексат, винбластин және т.б).

•хирургиялық ем – гистерэктомия.

ГИРШПРУНГ АУРУЫ

(тоқ ішектің сілекей асты өрімдері мен бұлшық еттерде түйінді жасушалардың туа біте болмауы).

Тоқ ішектің сілекейасты өрімдері мен бұлшық еттерде түйінді жасушалардың

туа біте болмауы, осының салдарынан ішектің осы бөліктерінде перисталика болмайды, осы бөліктерде нәжіс жиналып қалады; тоқ ішектің проксимальды бөлімі кеңейеді.

Негізгі белгілері:

•іштің қатуы, метеоризм, ішперде қуысының ауруы, нәжіс тастарының құрылуы, құсу

•ауру бала кезден байқалады, жаңа туған сәбилерде де болуы мүмкін

•тазарту шаюлары да біртіндеп әсер етпейтін болады

•жүдеу, анемия.

Диагностика жасау амалдары :

•анамнез

•тік ішекті саусақпен зерттегенде оның бос кеңістігі анықталады

•ішперде қуысының кең рентгенографиясы – тоқ ішек ілмектерінің үрленуі, ішек ілмектеріндегі сұйық деңгейінің артуы

•ректороманоскопия – тік ішекте нәжістің болмауы, жиырылмалы тік ішектен тоқ ішектің проксимальды кеңейген бөлігіне күрт ауысу, онда нәжістің және нәжіс тастарының болуы

•ирригография – тоқ ішектің сол

жағының кеңейген, созылғандығы байқалады

• колоноскопия – жоғарыда айтыған өзгерістер.

Емдеу:

• хирургиялық ем – тоқ ішектің паталогиялық өзгерген бөлігінің резекциясы – операцияның түрін хирург - проктолог анықтайды.

ДИВЕРТИКУЛЯРЛЫ

(бүйірқалталы) ІШЕК АУРУЫ

Ауру ішек қабырғасында бүйірқалта пайда болуына байланысты туады. Көбіне тоқ ішектің бүйірқалталары оның сол жағында пайда болады. Жіңішке ішектің бүйірқалталары сирек кездеседі. Жіңішке ішектің бөліктерінен ұлтабар бүйірқалталары дамиды. Дивертикулез – көптеген бүйірқалталар. Дивертикулит – бүйірқалталардың қабынуы. Дивертикулярлы ішек ауруы көбіне 60-80 жастағы адамдарда дамиды.

Негізгі белгілері:

• ішперде қуысындағы түрлі сипатты аурулар

• іштің желденуі

• нәжістің әрқалыптылығы – іштің катуы, диарея, қалыпты нәжіс

- колит
 - дисбактериоз
 - ауру асқынғанда – ішперде қуысының сол бөлігіндегі бұлшық еттің жиырылуы және ауруы
 - дене қызуының көтерілу
 - анорексия, лоқсу, құсу
 - диарея, іштің қатуы
 - бүйірқалтаның ішперде қуысына перфорациясы
 - бүйірқалтадан қан кету
 - ішектің өткізбеушілігі
 - ЭОЖ жеделдетілуі, лейкоцитоз.
- Емдеу:
- ауру асқынбай тұрғанда амбулаториялық ем
 - асқынғанда ауруханаға жатқызылуы керек
 - емдәм – өсімдік талшықтары көп тағам түрлері (жүзім, бұршақты, пияз, күріш, құрма, ананас).
 - спазмолитиктер, қимыл - қозғалысты реттейтін дәрілер
 - ішектің ішкі құрамын реттейтін дәрілер
 - бактерияға қарсы терапия
 - хирургиялық ем (көрсеткіштерді хирург - проктолог анықтайды).

ӨТ-ТАС АУРУЫ

Өт қуысында, өт жолдарында құмның жиналуынан туатын ауру.

Негізгі белгілері:

• ауру белгі бермей немесе сәл ғана белгілерімен өтуі мүмкін – эпигастральды және оң қабырға астында ауырсынуды сезіну, қыжыл, метеоризм, майлы, ащы және шамадан тыс көп тамақ жегенде белгілері білінеді

• классикалық белгілері – эпигастральды, әсіресе, оң қабырға астының түрлі қарқынмен ауырсынуы, лоқсу, құсу, дене қызуының көтерілуі: пальпация жасағанда оң қабырға асты ауырады, бұлшық еттер жиырылған, өт қуысының ұзақ уақыт бойы қарқынды қабыну процесінде алдыңғы ішперде қабырғасы ауырады, ауырулар оң иыққа жайылады

• ЭОЖ жеделдетілуі, лейкоцит формуласының солға қарай жылжуы.

Диагностика жасау амалдары:

• анамнез

• пальпация

• УДЗ – өт қуысындағы құм анықталады.

Емдеу:

• хирургиялық ем – лапаротомия және өт қуысын сылып тастау

• лапароскопикалық холецистэктомия
• ауру қабынбай тұрғанда оперативті ем тиімді нәтиже береді; өт қуысы қабынып тұрған кезде оперативті емдеу операциядан кейін асқинуларға әкелуі мүмкін.

ӨКПЕНІҢ ТАРАЛҒАН ИНТЕРСТИЦИЯ АУРУЫ

Өкпенің таралмалы созылмалы қабынуының бронхиол және альвеол фиброзына ауысуы.

Негізгі белгілері:

• демікпе, тахипноэ

• құрғақ, ылғалды жөтел

• жалпы әлсіздік, тез шаршау

• ЭОЖ жеделдетілуі, лейкоцитоз

• қолдың саусақтары «барабан таяқшалары» сияқты

• аускультация жасағанда құрғақ сырыл анықталады.

Емдеу:

• глюкокортикоидтер – тәулігіне 60 мг 3 айға дейін преднизолон, кейін біртіндеп тәулігіне 20 мг 2 айға дейін азайтылады, ем 20 мг 1 жылға дейін созылады.

• бронходилататорлар

• оксигенотерапия.

ӨКПЕНІН СОЗЫЛМАЛЫ ОБСТРУКТИВТІ АУРУЫ (ӨСОА).

Ауру созылмалы қабыну процесі салдарынан пайда болған кеңірдек тарамының өткізгіштігінің бұзылуы мен өкпенің эмфиземасының бірігуімен сипатталады.

Негізгі белгілері:

- жөтел ылғалды, сілекеймен жөтеледі, қабыну процесі асқынған кезде сілекейлі - ірінді қақырық жиналады

- экспираторлы ентигу, еркін тыныс алғанда құрғақ және ылғал (қабыну процесі асқынғанда) сырылдау, сырыл тыныс алу жиілегенде күшейеді

- лейкоцитоз, қабынғанда ЭОЖ жеделдеуі, эритроцитоз

- спирометрияда – кеңірдек тарамының өткізгіштігі бұзылады

- ЭКГ – оң жақ суреті, аздаған тахикардия; ауыр жағдайларда – өкпе гипертензиясының белгілері.

Емдеу:

- асқынбаған жағдайда – бронхолитиктер, қақырық түсіретін дәрілер, темекі шегу, шаң - топырақты және химиялық шаңды жерлерде жұмыс істеуге болмайды

- қабынғанда бактерияға қарсы терапия тағайындалады.

ЗӘРТАС АУРУЫ

Зәртас ауруы бүйректе және зәр шығару жолдарында тұздың жиналуымен сипатталады.

Негізгі белгілері:

- бел тұсының мерзім сайын жіті ауруы немесе тұрақты қасаң ауруы

- зәр шығару жолдары қабынғанда ірінді зәр шығару

- микро - және макрогематурия

- дизурия (зәр шығарудың бұзылуы) – зәр шығаратын каналдың ауруы

- зәр анализінде – лейкоциттер, жаңа эритроциттер.

Диагностика жасау амалдары:

- контрастты емес және контрастты затпен рентгендік зерттеу

- УДЗ – зерттеудің барынша тиімді әдісі.

Емдеу:

- уролитикалық дәрілер міндетті түрде тұздың химиялық құрамына қарай тағайындалады

- қабыну процесінде бактерияға қарсы терапия

- хирургиялық ем – корсеткіш – екі-жақты нефролитиаз ануриясында (зәрсіздік), жалғыз бүйрек, жіті ірінді

пиелонефрит, ірі гематурия; операция түрлері – қашықтықтан соқпалы-толқынды литотрипсия, трансуретральды эндоскопиялық литотрипсия, пиелолитотомия, нефролитотомия.

АСҚАЗАН МЕН ҰЛТАБАРДЫҢ ОЙЫҚЖАРА АУРУЫ

Асқазан мен ұлтабардың сілекейлі-сілекейасты кемістігінің салдарынан туады, тіндердің жергілікті некрозы дамиды, ағзаның бүкіл қабырғасына паталогиялық процесс таралуы мүмкін және қабырғаның толық кемуі – кіріккен ойықжарасы дамуы мүмкін.

Асқазанның ойықжарасы, негізгі белгілері:

I түрі – асқазанда жаралар дамиды

II түрі – асқазан мен ұлтабардың ойықжаралары бірдей дамиды

III түрі – пилорустық бөліктің ойықжарасы

IV түрі – өңештің - асқазандық жолың маңындағы асқазанның кіші иінінде жаралар дамиды

•эпигастральды жердегі аурулар ең басты белгі болып саналады; кардиалық жердің және асқазанның артқы

қабырғасының ойықжараларында ауру тамақтанғаннан кейін бірден білінеді; кіші иінінде ойықжарасындағы аурулар тамақтан кейін 30-60 минуттан кейін пайда болады

•ауаны кекіру, асқазанан кекіру, лоқсу, қыжыл, іш қату.

Диагностика жасаудың тиімді әдісі

Эзофагогастродуоденоскопия диагностика жасаудың тиімді әдісі болып саналады, патологиялық барлық өзгерістер, олардың орналасқан жері анықталады, биопсия жасалуы мүмкін.

Ұлтабардың ойықжаралары, негізгі белгілері:

•көбіне ойықжара ішектің бастапқы бөлігінде болады, ішектің артқы және алдыңғы бөлігінде болуы мүмкін

•барлық науқастардың эпигастральды жері ауырады, «аш ауру» деп аталатын ауыру тамақтан кейін 1,5-2,5 сағаттан кейін білінеді

•кекіру, қыжылдау, іш қату, құсу.

Эзофагогастродуоденоскопия диагностика жасау тиімді әдіс болып саналады.

Емдеу:

•емдәм, темекіден, арақ - шараптан, ишсыз тамақтан түгелдей бас тарту

•қышқыл - сілті факторын басатын, қышқылды төмендететін (циметидин, ранитидин, фамотидин және т.б). дәрі-дәрмектер

•антихеликобактериялық дәрмектер (омез)

•антацидтер (ренни)

•хирургиялық ем – операцияның түрін хирург анықтайды.

Хирургиялық емнен кейін бөлімше дәрігерінің бақылауында болуы қажет; мерзімдік (көктем, күз) профилактикалық ем жасалады.

СҮЙЕЛДЕР

Сүйелдер – тері қабығына шығатын қатерсіз құрылымдар, шығу себебі – вирустар. Терінің түрлі бөліктеріне шығып, таралады.

Негізгі белгілері:

•қарапайым сүйелдер – диаметрі 0,5 см болатын шектелген жалғыз/көп сүйелдер, тығыз, сұрғыш түсті, гиперкератоз; орналасуы – қол, тізде

•өкше сүйелдері – сұрғыш түсті қабыршақталған капсула, беті тығыз, шекарасы нақты емес, пальпация жасағанда ауырады; табанның үнемі салмақ түсетін бөліктерінде дамиды

•жайпақ сүйелдер – жайпақ, биіктігі 2 мм., беті тегіс, түсі қызғыш немесе сұрғыш-қоңыр, орналасуы – бет, қолдың сыртқы беті

•себорея кератозы – үстіңгі қабатқа шығады, жайпақ, ашық қоңыр/қоңыр түсті; орта/егде жастарда шығады; орналасуы – самай - маңдай бөлігі

Емдеу:

•кератолитиялық майлар (фторурацил, колхалин, интерферон, салицил және т.б).

•сұйық азот, лазермен сәулелендіру қолданылады.

ЖІТІ БРОНХИТ

(бронх бұтақтарының қабынуы).

Жіті бронхит – бронх бұтақтарының қабынуы, ұзақтығы 2 - 4 апта.

Негізгі белгілері:

•жөтел, құрғақ, сілекейлі - ірінді қақырық аралас ылғал

•дене қызуы 38°C-ға дейін

•қалтырау

•төс тұсында белгісіз сипатты ауруы

•жалпы әлсіздік

•өкпенің аускультациясы – құрғақ және ылғал сырлар

•қанның жалпы анализі: ЭОЖ аздап жеделдеуі, лейкоцитоз, лейкоцитарлы формула сол жаққа қарай жылжуы мүмкін.

Емдеу:

- амбулаториялық ем
- бактерияға қарсы терапия
- қақырық түсіретін дәрмектер
- НҚҚД.

БРОНХОЭКТАЗДАР

(созылмалы іріңді қабынудан кейін бронх қабырғасындағы құрылым өзгерістерінің салдарынан бронхтың біржола кеңеюі).

Бронхоэктаздар – созылмалы іріңді қабынудан кейін бронх қабырғасындағы құрылым өзгерістерінің салдарынан бронхтың біржола кеңеюі; туа біткен бронхоэктаздар.

Цилиндр тәрізді және қалтатәрізді бронхоэктаздар.

Альвеолярлы тіндер процесіне ұласпайтын және ұласатын бронхоэктаздар; соңғы жағдайда альвеорлы тін аусыз, онда қабыну процесі анықталған (ателектатикалық бронхоэктаздар).

Негізгі белгілері:

•тұрақты жөтел, көбіне таңертен ұйқыдан тұрғаннан кейін қозады және сілекейлі - іріңді / іріңді қақырық аралас, жағымсыз иісі болуы мүмкін

•жылдам тыныс алғанда төс тұсының белгісіз сипатты ауру (үнемі емес)

•қан құсу

•тырнақтар «сағат шынылары», қолдың саусақтары «барабан таяқшалары» пішіндес

•өкпеге аускультация жасағанда – үнемі түрлі ылғалды сырылдар,

•улану белгілері.

Диагностика жасау амалдары:

•рентгендік зерттеу

•бронхография – бронхтың түрлі кеңею түрлері байқалады, орналасуы үлкен нақтылықпен анықталады

•КТ ұсынылады

•фибробронхоэндоскопия – бронхтың кеңейгені, бронх қабығының сілекейленгендігі байқалады; бронх ішіндегіні сорғызып шығару мен туралап дәрі құюдың емдік мәні бар.

Емдеу:

•консервативті терапия (бактерияға

қарсы, қақырық түсіретін дәрі-дәрмектер, бронхолитиктер) уақытша ғана тиімді

•хирургиялық ем – бронхоэктаздармен зақымдалған өкпе тініне резекция жасау.

БРУЦЕЛЛЕЗ

(тірек - қимыл аппаратын, жүрек-қан жүйесін, жүйке жүйесін зақымдайтын жіті және созылмалы жұқпалы ауру).

Зоонозды жіті және созылмалы жұқпалы ауру, бұл ауру тірек - қимыл аппаратын, жүрек - қан жүйесін, жүйке жүйесін зақымдайды. Жұқпалы аурудың негізгі тасушылары үй жануарлары, олармен қатысу, олардың сүті, еті арқылы жұғуы мүмкін.

Негізгі белгілері:

•жіті түрі – дене қызуы 39-40°C-ға дейін көтерілуі мүмкін

•генерализацияланған лимфоаденопатия

•бауырдың, көкбауырдың үлкеюі

•қанның жалпы анализі – лейкопения

•бастапқы - және екінші-созылмалы бруцеллез – тірек - қимыл, жүйке, жыныс жүйелерінің зақымдалуы – полиартриттер (тізе, шынтақ, иық, жамбас - сан буындары)

•сакроилеиттер – тізені бүккенде сегіз - мықын буындарындағы ауру, аяқтарды алдыңғы ішперде қабырғасына жеткізгенде ауру; белгілерінің диагностикалық мәні бар

•невриттер, радикулиттер

•орхиттер, эпидидимиттер

•жоспарланбаған түсіктер

•ириттер, кератиттер, соқырлықтың дамуы

•созылып өтетін пневмония.

Емдеу:

•бактерияға қарсы дәрмектер

•сезімталдылықты басатын дәрмектер

•глюкокортикоидтер (преднизолон)

БУРСИТ

(үнемі қозғалысқа түсетін жерлердегі буынның синовиады қалтасының жіті \ созылмалы ауруы).

Бурсит – үнемі қозғалысқа түсетін жерлердегі буынның синовиады қалтасының жіті \ созылмалы ауруы; әдетте, бурситтер сіңірдің қабынуымен бірге дамиды.

Негізгі белгілері:

•жіті бурсит – үнемі ауру, буын қимылының шектелуі, терінің қызаруы, пальпация жасағанда ауырсыну

• созылмалы бурсит – буын қимылының шектелуі, пальпация жасағанда ауырсыну, тығыз капсула, бұлшық еттердің істен шығуы мүмкін

• ЭОЖ жеделдетілген, пункция сұйығынан микрофлораны өсіреді

• рентгендік зерттеу – қабырғаларында кальцинаттар анықталады.

Емдеу:

• жіті бурситте – бактерияға қарсы терапия

• құрамындағыны жоятын пункция, пункция көп қайталануы мүмкін, ірінді құрам болмаған жағдайда – қуысқа глюкокортикоидтар құю.

• НҚҚД

• созылмалы бурситте – НҚҚД, емдік гимнастика, физиотерапия

• избестелгенде – кальцинаттарды жою, бурсэктомия.

АЯҚ ВЕНАЛАРЫНЫҢ (қантамырларының) ВАРИКОЗДЫ КЕҢЕЮІ

Негізгі белгілері:

• кейбір веналық түйіндердің немесе веналық бағаманың бөлшекті кеңеюінің пайда болуы

• тері қабаттары өзгермеген
• варикозды кеңею жұмсақ, жеңіл жабысады.

Қалпына келу сатысының негізгі белгілері:

• аяқтың тез шаршауы, ауырлықты сезіну

• балтыр бұлшық еттерінің тартылуы, қарқындылығы әртүрлі жіті аурулар

• быламық тәрізді, сирақ - табан буындарының, сирақтың ісінуі

• күре тамыр күрт кеңейген, варикоз түйіндері үлкейген, жиырылған, вена қабырғалары тығыздалып, күре тамырдың теріге жабысып қалуы мүмкін

• табан, сирақ терілерінің бетін қарадақтар басады

• әбден асқынып кеткен жағдайда трофикалық ойықжара дамуы мүмкін.

Емдеу:

• ауру біліне басталғанда интравенозды склеротерапия жасауға болады

• хирургиялық ем – операцияның түрін хирург - ангиолог анықтайды.

ВАРИКОЦЕЛЕ

Варикоцеле – енбау бауы, көбіне, сол жақ баудың күре тамырдың варикозды кеңеюі.

Варикоцеленің I деңгейі – аталық бездің төменгі полюсі күре тамырдың варикозды кеңеюі; II деңгейі – аталық бездің төменгі полюсінен төмен веналардың варикозды кеңеюі; III деңгей – аталық бездің төменгі полюсінен төмен күре тамырдың варикозды кеңеюі, аталық бездің істен шығуы.

Негізгі белгілері:

•аурудың бастапқы кезеңінде белгілер жоқ, кейінірек – еңқалтаның үлкеюі, ауырлықты сезіну, ауырсыну.

Диагностика жасау амалдары:

- тексеру
- пальпация
- УДЗ

•күре тамырдың енбау бауына карағанда көбірек зақымдалғаны туралы күмән туған жағдайда, ангиография жасау қажет.

Емдеу:

•хирургиялық емнен кейін 1-2 жыл бойы мерзімді тексеріліп тұру керек.

АИВ - жұқпасы – ЖИТС

АИВ - жұқпасы – антропонозды вирусты жұқпасы, ол иммунитет тапшылығының асықпай өсуімен шикталады және осыдан туындайтын басқа жұқпалы процестердің дамып, оның соңы науқастың ажалына әкеледі.

Жұқпаның таратушы – адам. Вирус қаннан, шәуеттен, қынап сөлі, сүті, сілекейінен бөлініп шығады.

Аурудың төрт сатысы бар:

I саты – инкубациялық кезең

II саты – аурудың алғашқы белгілері

III саты – екінші рет ауру

IV саты – соңғы.

Инкубациялық кезең екі аптадан бірнеше жылдарға дейін созылады; белгілері білінбей өтеді.

Бастапқы сатыда төмендегідей белгілер байқалады: дене қызуы 39°C -ға дейін көтеріледі, перифериялық лимфаденопатия, фарингит, дене мен бетте эритематозды ала папулезді (түйіншекті) бөртпе шығады, афтозды стоматит, эзофагит, ағзалардың сілемейлі қабығында жаралар пайда болады, бастың ауруы, миалгия, артралгия, лоқсу, құсу, диарея, гепатоспленомегалия, невриттер, ради-

кулиттер, шала салдану, менингит. Жіті кезеннен кейін (1-ші айға дейін) бірнеше жылға созылатын жасырын кезең басталады. Сосын жайылған лимфоаденопатия дамиды.

Екінші рет ауру сатысында иммунитет тапшылығы өрбиді, түрлі жұқпалы аурулар мен герпес, терінің іріңдеуі, ішкі ағзалардың зақымдануы, диарея, пневмония, өкпе туберкулезі, орталық және перифериялық жүйке жүйесінің зақымдалуы, Капош қатерлі ісігі, лимфома қатерлі ісігі сияқты онкологиялық аурулар дамиды.

Соңғы сатысында аталған белгілердің бәрі асқынып, ажалға әкеледі.

Диагностика арнайы зертханалық зерттеулерді талап етеді.

АИВ-жұқпасына күмән туған жағдайда науқасты жедел түрде жұқпалы аурулар ауруханасына жатқызу қажет.

ДИСКОИДТЫ ҚЫЗЫЛЖЕГІ (терінің созылмалы ауруы).

Терінің созылмалы ауруы, аурудың бұл түрінде теріде қызарған ошақтар пайда болады, ошақтар қабыршақталып, кейбіреулері жансызданады, қабық-

тары қалындайды, терінің үстіңгі кантамырлары кеңейеді.

Негізгі белгілері:

•бет, төс, қолдың терілеріндегі жапырақша тәрізді, қызарған ошақтар

•кейін ол жерлерде ақ немесе қызылала тыртықтар қалады және үстіңгі кантамырлары кеңейеді

•бастың шаш бөлігінде тыртықты алопеция.

Емдеу

•глюкокортикоидтарды жергілікті егу

•күннің өтуін, ыстық / суық әсерінен алшақ болу, травматизация.

ЖҮЙЕЛІ ҚЫЗЫЛЖЕГІ

Тіндер мен ағзалардың қызметі бұзылған жүйелі аутоиммунды қабыну ауруы.

Негізгі белгілері:

•терінің дискоидты зақымдалуы – шеттері қызарған, пішіні тиындай ошақтар, ортасы жансызданған, пигментсізденген

•бет ұштары мен мұрын қабырғаларының қызаруы

•теріге күн сәулесінің әсері

•бетте, мойында, төсте, аяқ - қолда

көпоралымды ошақтар пайда болады, үстіңгі қантамырлары кеңейеді

- алопеция
- есекжем

•сілекейлі қабықтың зақымдануы
хейлит, эрозиялар

•буын, сіңір, байламдарының зақымдануы

•асептикалық некроздар
•бұлшық еттердің зақымдалуы
•өкпенің зақымдалуы, плеврит – демікпе, төс тұсының ауруы, аускультация жасағанда ылғал сырылдар

•жүректің зақымдалуы – миокардит, эндокардит, перикардит

•бүйректің зақымдалуы – нефрит
•лимфоаденопатия, спленомегалия
•орталық жүйке жүйесінің зақымдалуы – бас ауруы, қояншық тәрізді құрысқақтар

•бассүйегі - ми жүйелерінің невропатиясы, невриттер, хорей, көлденең миелит.

Емдеу:

- глюкокортикоидтер
- иммунодепрессанттар
- НКҚД
- белгілерге қарсы терапия.

Бастапқы ем ауруханада жасалуы қажет. Амбулаториялық жағдайдағы кейінгі ем қатаң бақылауда жүргізілуі керек.

БАКТЕРИЯЛЫ ВУЛЬВОВАГИНИТ (сарпай - іншектік).

Бактериядан туатын сарпай мен қынаптың қабынып ауруы.

Негізгі белгілері:

- аздаған су тәрізді шығындылар
- сілекейлі қабығының қызаруы.

Емдеу:

- бактерияға қарсы терапия
- сепсиске қарсы ерітінділермен шаю
- күнделікті дәрет алу.

КАНДИДОЗДЫ ВУЛЬВОВАГИНИТ (саңырау құлақшаның салдарынан болатын сарпай мен қынаптың асқынуы).

Саңырау құлақшаның салдарынан болатын сарпай мен қынаптың асқынуы.

Негізгі белгілері:

- сарпайдың қышуы
- сарпай мен қынаптың үстіңгі беті қызарған

•акшыл түсті, қою, жабысқак, үсті сүзбе тәрізді түйіршіктермен жабылған.

Диагностика жасау амалдары:

•сүртіндінің микроскопиясы.

Емдеу:

•амбулаториялық ем – флуконазол (ішке), миконазол (сарпай суппозитарийі), клотримазол (сарпайға салынатын дәрі).

БУЫННЫҢ ШЫҒУЫ

Сүйектің буын қабатының толық ауруы.

Төмендегідей түрлері:

•жарақатты шығу

•жартылай шығу

•толық шығу

•күрделі шығу.

Сонымен қатар жарақатты шығу, туа біткен шығу, әдеттегі шығу, жабық немесе ашық шығу түрлері де бар.

Жарақатты шығудың негізгі белгілері:

•буынның қатты ауруы

•буын пішінінің өзгеруі

•шыққан жердің бағытталу осі өзгерген (осьтерінің сәйкес келмеуі, осьтің бұрышынан ауысуы)

•буынның белсенді қимылы болмауы

•буынды еріксіз қимылдатқанда оның қатты ауруы

Туа біте шығудың негізгі белгілері:

• субъективті белгілері болмайды (көбіне жамбас - сан буындарының шығуы байқалады)

• ишіндерінің өзгеруі, шыққан буынның толық қимылдамауы.

Гемартроз – шыққан буында қанның жиналуы, мұндайда, көбіне асқынулар болады.

Диагностика жасау амалдары:

• әр буынның өзіне тән өзгерістері

• рентгендік зерттеу – екіжақты рентгенография, буын маңындағы сүйектің өзіндік жылжуы, сүйектің сынуы

• әр жағдайда шыққан буынға жақын жерде пульстің болуы немесе болмауы

• қажет болған жағдайда – гемартрозды анықтау үшін буынға пункция жасау.

Емдеу:

• ауырғанды басатын дәрі салғаннан кейін шыққан жерде ертерек түзету керек

• шығуды түзету мүмкін болмаған жағдайда шина, лангет салып, жарақат бөлімшесіне ақырындап апару керек

• гемартрозда қанды жою үшін буынға пункция жасау.

ЖАМБАС-САН БУЫНЫНЫҢ ТУА БІТКЕН ШЫҒУЫ

Шығудың үш деңгейі бар: I деңгей – шығудың алды (ұршықбасты шұңқырының қисаюуы, кейінірек сан сүйегінің басында сүйектенген ядроның пайда болуы, ядроның басы буында); II деңгейі – шыққаннан кейінгі (сан сүйегінің басы жоғары қарай, ішке қарай қисайған, лимб шегіне, жартылай буында қалады, сүйектің басы ұршықбас шұңқырының ортасына қарай қисайған); III деңгейі – шығу (басы жоғарыға және ішке қарай қисайған, басы ұршықбас шұңқыры буынынан тыс орналасқан).

Негізгі белгілері:

• бөксе және тізе қыртыстарының асиметриясы – тыртыстар сау аяқтардың тыртыстарынан жоғары орналасқан

• шыққан аяқ - қолдың қысқаруы

• шыққан аяқ - қолдың сыртқы ротациясы (бұралуы)

• аяқты тізеден және жамбас - сан буынында бүккенде жамбас - сан буынының сықырлауы және оның ішке қарай қисаюуы

• санды бұрғанда шектеу (70% төмен)

• рентгендік зерттеу (міндетті түрде

екі буынды да бірдей) – белгілі сипаттар қатары нақты диагноз қоюға мүмкіндік береді

• 2-3 жылға дейін консервативті емнің негізгі принципі жамбас-сан және тізе буындарын арнайы бөлеу, емдік қалақтану арқылы бүгуде және оларды осындай жағдайда ұзақ уақыт ұстап тұруда

• хирургиялық ем – оперативті емнің түрлері

• бала ортопед - дәрігердің бақылауында болу керек.

ТІК ІШЕКТІҢ АЙНАЛЫП КЕТУІ

Тік ішектің айналып кетуі – тік ішек қабырғасының орнынан жылжуы және оның артқы өткізгіш тесік арқылы айналып кетуі; бұл ішек қабырғалары мен қысқыштарының құрылымдық және қызметтік өзгерістеріне әкеледі.

Негізгі белгілері:

• тік ішектің айналып кетуі – күшенгенде және үлкен дәретке отырғанда

• перианустық терінің қышуы және баздануы

• қан құйылу

• айналып кетудің III – I деңгейі: тік

ішек күшенгенде және үлкен дәрет алғанда ұлғайды, өзі түзеледі және солай сақталып тұрады; II деңгейі: тік ішекті қолдап түзетеді және солай сақталып тұрады; III деңгейі: айналған тік ішек түзетілмейді.

Диагностика жасау амалдары:

- анамнез
- тексеру
- колоноскопия, микрофлораны шаю.

Емдеу:

•балаларға I және II деңгейінде консервативті ем жасалуы мүмкін – емдәм үлкен дәреттің жөнделуі, дәрі-дәрмектер

•хирургиялық ем – оперативті емнің түрлерін хирург - проктолог анықтайды

СОЗЫЛМАЛЫ ГАСТРИТ

(асқазанның созылмалы қабыну ауруы).

Бұл – асқазанның созылмалы қабыну ауруы, асқазанның сілекейлі қабығының морфологиялық өзгерістерінің дамуы және оның қызметінің бұзылуы.

Негізгі белгілері:

•тамақтан кейін, әсіресе, ащы, тұзды тамақтан кейін эпигистральды жердің түйіліп, сыздап, көтеріліп, үдей түсетін ауруы

•қыжыл, лоқсу, кекіру, запыран аралас күсу

•метеоризм, үлкен дәреттің тұрақты болмауы

•жүдеу.

Диагностика жасау амалдары:

•анамнез

•пальпация

•фиброзофагогастроуденоскопия – асқазанның сілекейлі қабығының жансыздануы, гипертрофиясы, сілекейлі қабығының тыртыстануы, қанталауы, эрозия.

Емдеу:

•емдәм

•метронидазол, омез

•антацидтер (құрамында алюминийі бар дәрмектер)

•жансызданған гастритте – асқазан шырыны, пепсидил және т.б.

ГЕМАТУРИЯ (қан сию)

Гематурия – микро / макрогематурия – зәр шығару жүйесінің түрлі ауруларының белгісі (қабыну аурулары, зәр - тас ауруы, туберкулез, қан тамырларының паталогиясы, онкологиялық аурулар, жарақаттар).

Гематурия тудыратын ауруды анықтау қажет.

ГЕМОРРОЙ (айлан)

Геморрой – тік ішектің және анальды жолдың дистальды бөлігінің қуысты бөлігінің гиперплазиясы, қуысты денелерден веналық қандары ағуының бұзылуы салдарынан дамиды.

Жіті геморройдың негізгі белгілері:

•геморрой түйінінің ісінуі – әлсіз ауру, пальпация жасағанда да әлсіз ауырады

•геморрой түйінінің тромбозы – ауру күшейе түседі, көкшіл түсті түйін үлкейеді, пальпация жасағанда ауру күшейеді, түйін тығыз болады

•геморрой түйінінің гемнекрозы – батып ауырады, түйіннің түсі қоңыр-қара, пальпация жасағанда батып ауырады, түйіннің беті ірінді-некротикалық сілекеймен көмкерілген, түйін жыртылып, қан кетуі мүмкін, венадан шыққан қан көп кетуі мүмкін

Созылмалы геморройдың негізгі белгілері:

•әдетте, ауырмайды; күйдіруі мүмкін, айналшық маңының ылғалданып тұруы

•үлкен дәретке отырғанда аздап қан кетуі мүмкін.

Емдеу:

•емдәм (жеңілдетілген)

•бактерияға қарсы терапия

•антисептикалық ерітінділерден жергілікті ванналар

•геморройға қарсы стрептозорийлер

•созылмалы геморрой жиі асқынғанда, тромбоздарда, қан кеткенде, ішкі геморрой түйіндерінің айналып кетуінде хирургиялық ем жасалады.

Созылмалы геморройда, жиі болатын жіті геморройда басқа аурулардың алдын алу үшін ректороманоскопия, ирригография, колоноскопия жасау қажет.

ВИРУСТЫ СОЗЫЛМАЛЫ ГЕПАТИТ

(вирустармен қоздырылған созылмалы жұқпалы ауру).

Гепатотропты вирустармен қоздырылған созылмалы жұқпалы ауру, оның клиникалық - морфологиялық сипаты бауырдың 6 айға созылған диффузды зақымдауында пайда болады.

Негізгі белгілері:

•кекіру, лоқсу, құсу, диарея – белсенді процесінде дененің қызуы көтеріледі

•бауырдың үлкеюі, пальпация жасағанда батып ауырады, жіті процессінде бауыр тығыз болып тұрады; қабыну деңгейі төмендегенде бауырдың көлемі кішірейеді, тығыздығы сақталады

•асқынған процесс кезінде бауырдың тұсы аурады, саябырлағанда ауру қарқыны бәсеңдейді

•сарғыш тартуы тұрақты емес

•бауырдың циррозында спленомегалия талақтың үлкеюі болады.

Емдеу:

•иммуноферментты дәрілер

•глюкокортикоидтер

•уыттануға қарсы терапия

•емдәм

•симптоматикалық терапия

ГЕСТОЗ

(жүктілік кезіндегі кеш болатын токсикоз).

Гестоз – жүктілік кезіндегі кеш болатын токсикоз.

Гестоздың алды – салмақ қосу, артериалды қан қысымының тербелісі (таңертеңгі және кешкі қан қысымының айырмашылығы, қан қысымының асимметриясы, сол қырымен және оң қырымен жатқандағы қан қысымының айырмашылығы).

Негізгі белгілері (20 - апталық жүктіліктен кейін):

•артериалды қан қысымының тұрақты түрде көтеріңкілігі

•протеинурия

ісінулер (аяқ - қолдан бастап, тері астындағы шелдің жаппай ісінуі).

Ем жүктілікті сақтап, аман - есен босандыру мақсатында жүргізіледі:

•амбулаторлық емді тек гестоз алдындағы жағдайда ғана жасауға болады; емдәм, фитотерапия, тамақтануға қолайлы күн тәртібі

•гестозды ауруханада емдейді; төсек тәртібі; емдәм, дене салмағын, артериалды қан қысымын, зәр құрамындағы нәруыз мөлшерін бақылауды ұстау керек

•тамыр спазмолитиктері

•седативті дәрілер

•жатыр - плацента қан жүруін жақсартатын дәрілер, дезагреганттар

•қабыну аурулары болған жағдайда – бактерияға қарсы терапия

Ерте босануға рұқсат етілетін көрсеткіштер:

•артериалды қан қысымының өсуі

•протеинурияның артуы

•ұрықтың жағдайының бұзылуы

•Кесарев кесуімен аяқталуы мүмкін,

ГИДРОЦЕЛЕ (атабез қабығының шемені).

Гидроцеле – атабез қабығының шемені – атабездің париетальды және висцеральдық жапырақшалары арасында сірнелі сұйықтың бөлінін шығуы және жиналуы

Негізгі белгілері:

• атабездің жіті шемені – еңқалтаның өсуі, атабез бен қосалқысында қатты аурулар, терісі қызарған, пальпация ауыртады, дене қызуы көтерілген

• атабездің созылмалы шемені – еңқалтаның өсуі, тыныш жатқанда ауруы басталып, жүргенде күшейді, пальпация кезінде ауыртады.

Емдеу:

- хирургиялық ем
- сұйықты соратын пункция жасау, 3-4 реттен көп жасауға болмайды.

ЕРКЕКБЕЗДІҢ ҚАТЕРСІЗ ІСІГІНІҢ ГИПЕРПЛАЗИЯСЫ

Ауру еркекбездің приуретральды бөлігінің өсуінің салдарынан болады. асқынған кезде үрпіннің еркекбез жағуы жаншылады.

I саты – поллакиурия, никтурия, зәр шығарғысы келе беруі; II саты – айтылғандарға қоса – қалдық зәрдің болуы, жұқпалы болуы мүмкін; III саты – қалдық зәр қуықты толтырып жібереді, зәр тамшылап шығып тұрады.

Негізгі белгілері:

• жиі зәр шығарғысы келе беруі, зәрдің киналып шығуы, зәрдің жай ағуы, қуық толық босамағандай сезіну, никтурия.

• зәр зәр шығарғаннан кейін қалған қалдық зәрдің өсуі

• зәрдің жіті жүрмеуі – зәр шығару жолдарының жұқпалы ауруы.

Диагностика жасау амалдары:

- анамнез
- еркекбезді саусақпен ректальды зерттеу
- УДЗ, КТ ұсынылады
- эндоскопиялық цистоскопия.

Емдеу:

• аурудың I сатысында адреноблока-торлар

• аурудың II-III сатысында хирургиялық ем; оперативті емнің түрі мен көлемін хирург - уролог жасайды.

Жалпы тәжірибе дәрігері өзінің алдына келген жасы 50 - ден асқан әр ер адамның еркекбезін тексеруі керек.

АРТЕРИАЛДЫ ГИПЕРТЕНЗИЯ
(гипертензияның себебі анықталмаған жағдайда қан қысымының көтеріліп ауруы).

АГ – систоликалық қан қысымы 140 мм рт.ст немесе диастоликалық қан қысымы 90 мм рт.ст асады (науқас тыныш қалыпта отырғанда тәуліктің әр уақытында 3 рет өлшеу нәтижесінде көтерілген қан қысымының фиксациясы); АГ ауруының себебі анықталған жағдайда ол екінші қайталануы, ал анықталмаған жағдайда бірінші болып саналады.

Негізгі белгілері:

- церебральды белгілер: бастың ауруы, айналуы, ишемиялық / геморрагиялық инсульттар, көру жітілігінің төмендеуі, психикалық ауытқулар

- кардиалық белгілер: жүрек тұсының ауруы, жүректің ишемиялық ауруы, миокард инфарктысы

- бүйректік белгілері: полиурия, олигурия, никтурия, микрогематурия

- перифериялық артериялардың зақымдалуы (көбіне, аяқ - қол)

•невриттер, полиневриттер.

Емдеу:

•емдәм (темекі, арақ - шарап, тұздықтар, ащы тағам түрлеріне шектеу қойылады)

•ауыр жұмыс істемеуге, психологиялық күйзелістерді болдырмау

•β-адреноблокаторлар – пропранолол, пиндолол, бетаксол және т.б.

•диуретикалық дәрілер – гидрохлоротиазид, индапамид, фуросимид және т.б. (қан құрамындағы калий міндетті түрде бақылауда болуы керек)

•ангиотензин тежеуіштері – каптоприл, эналаприл және т.б.

•кальций жолдарының блокаторлары нифедипин, верапамил және т.б.

•ангиотензин рецепттерінің блокаторлары

•α- адреноблокаторлары.

Артериалды гипертензиясы анықталған науқас міндетті түрде ауруханаға жатқызылуы мүмкін. Диспансерлік есепке тұрғызылуы керек.

ГИПЕРТИРЕОЗ

(улы, түйінді зобта қан құрамында қалқанша без гормондарының шамадан тыс көп болуы).

Гипертиреоз – диффузды улы, түйінді зобта қан құрамында қалқанша без гормондарының шамадан тыс көп болуы.

Негізгі белгілері:

• қалқанша бездің үлкеюі (толық немесе түйінді түрде)

• дене салмағының төмендеуі, терлеу, тері ыстық, ылғалды болуы;

• көңіл - күйдің ауытқулығы

• пульс жиі, пульс қысымы артады

• тәбет артады, кіші дәрет тұрақты емес, іш түйіліп ауырады

• бұлшық ет әлсіздігі, тез шаршау.

Емдеу:

• дәрі - дәрмек терапиясы – антиреодты дәрмектер

• хирургиялық ем – қалқанша без резекциясы.

ГЛАУКОМА (суқараңғылық)

Глаукома – көз іші қысымы көтерілетін ауру, көз торқабығының дегенарацияланып, толық соқырлыққа әкелуі мүмкін.

Жіті глаукома:

• бастың маңдай тұсының, көз шұңқырының, кеңсіріктің ауруы, көздің шиіншіп ауруы, ол көбіне түнде немесе таңертең ерте кенеттен басталады

• локсу, құсу

• жарық қалың тұман арасынан көрinedi

• көз қарашығы қатты қызарады, пальпация жасағанда тығыз, мөлдір-кибағы бұлыңғыр, қарашығы кеңейгені байқалады.

Қарапайым созылмалы глаукома:

• аурудың алғашқы белгілері: көрудің нашарлауы, көру алаңының шектелуі

• офтальмоскопия жасағанда қараңшықта аздаған ойық анықталады.

Емдеу:

• алғашқы көмек – көз іші қысымын түсіретін көз тамшылары: тимолол, левобуналол, пилокарпин беріледі

• науқасты офтальмология бөлімшесінде тексеріліп, емделуге жіберілуі керек

• науқас офтальмологтың диспансерлік есебінде болуы қажет.

БАСТЫҢ АУРУЫ

Бастың ауруы көп кездеседі.

Бас түрлі себептермен ауырады – бұл бас миындағы ірі процестер, бас пен мойын қантамырларының паталогиясы, ми қабықтарының қабынуы, бассүйегі ішіндегі гипертензия, стрестер, невралгия және т.б.

ЖМК (жергілікті медициналық кешен) жағдайларында бастың ауыру себептерін толық және дәл анықтау мүмкін бола бермейді. Сондықтан да науқасты неврологиялық бөлімшеге арнайы тексеруге жіберу керек.

ІШ ЖАРЫҒЫ

Іш жарығының сыртқы және ішкі түрлері бар.

Сыртқы жарықтар – алдыңғы ішперде қабырғасының ақаулары арқылы іштің ішкі ағзаларының шығуы.

Ішкі жарықтар – диафрагманың табиғи/жарақаттан кейінгі тесіктері арқылы іштің ішкі ағзаларының кеуде қуысына шығуы.

Шап жарықтары – шаптың қисық жарығы, түзу жарығы.

Сан жарығы.

Кіндік жарығы.

Іштің ақ сызығының жарығы.

Операциядан кейінгі жарықтар.

Негізгі белгілері:

- кей жерлерде ішкі ағзалардың терінің астында шығынқыланып тұруы

- шығынқы тұрған жердегі түрлі қарқынды аурулар

- қолмен басқанда шығынқылар көлемі, жарық тесігінің көлемі, жарық құрамындағыны ішперде қуысына салу, салмау мүмкіндігі

- «жөтелдің итеруі» деп аталатын белгі жарықты пальпация жасап саусақпен итпана уақыт қысу

- аускультация жасағанда перистальтикалық шуыл естіледі (жарықтың ішінде ішек болса)

- жарықтар жарық тесігінде қысылуы мүмкін, ал бұл жарықтың түрлі деңгейдегі ауруға әкеледі.

Іш жарығын хирургиялық жолмен емдейді.

ӨМЫРТҚА БӨЛІМІНІҢ БЕЛ ОМЫРТҚААРАЛЫҚ ДИСКІСІНІҢ ЖАРЫҒЫ

Омыртқааралық дискі бөлігінің омыртқа каналына шығыңқыланып жүйке құрылымдарын жаншуы; аурудың остеохондроз / омыртқа жарақаттары салдарынан дамиды. Оның протрузия (шығыңқылығы), пролпас, орталық, латеральды және парамедиальды түрлері бар.

Негізгі белгілері:

- бел тұсының ауруы, құйымшақ жүйкесі бойының қақсап ауруы

- вертебральды синдром, омыртқаның бел бөлігі қимылының шектелуі

- паравертебральды бұлшық еттердің жиырылуы, пальпация жасағанда ауырсынуы

- парамедиальды және орталық жарықта ауырған жаққа қарай қисаю, басылған түбіршектен қарама қарсы жаққа қарай қисаю

- түбіршек синдромы: белдегі ауру бөксеге, құйымшақ жүйкесінің бойына қарай таралады

- «жөтелдің итеруі» синдромы — жөтелгенде, түшкіргенде, ауыр көтер-

генде, омыртқа осінен бұрылғанда күш шығаратын жер қатты аурады.

Емдеу:

- омыртқаны тарту
- анестезия дәрмектерін салып, бөгет жасау
- анальгетиктер, НҚҚД, глюкокортикоидтар
- физиотерапия, акупунктура, ЕДШ
- оперативті ем (ортопедия бөлімшелерінде).

ОМЫРТҚАНЫҢ МОЙЫН ЖӘНЕ ТӨС БӨЛІМІНІҢ ОМЫРТҚААРАЛЫҚ ДИСКІСІНІҢ ЖАРЫҒЫ

Мойын омыртқасы дискілерінің жарығы, әдетте, жарақаттан кейін немесе одан біраз уақыт өткеннен кейін пайда болады.

Негізгі белгілері:

- мойында түрлі сипаттағы аурулар
- паравертебральды бұлшық еттерінің жиырылуы
- жарық бір қырында болғанда ауру жоғары, қолға қарай ауысады, парестезия, бұлшық еттердің жансыздануы

•жұлынды ми басқанда миелопатикалық синдром дамиды.

Омыртқаның төс бөлігінің жарықтары көбіне төменгі төрт төс омыртқасында пайда болады, мұндайда жұлын - миы басылғандағыдай жағдай қайталаанады.

Негізгі белгілері:

•омыртқаның төс және бел бөлігіндегі аурулар

•жарық бір қырында болғанда ауру қабырғааралық жүйкелер арқылы төс клеткасына, одан әрі төс сүйегіне дейін ауысып, ішперденің алдыңғы қабырғасының жоғары бөлігіне өтеді, парестезиялар.

Емдеу:

•консервативті терапия: физиотерапия, ЕДШ, сылау, омыртқаны тарту

•анестезия дәрмектерін салып, жергілікті бөгет жасау;

•анальгетиктер, НКҚД, глюкокортикоидтар

•акупунктура

•мойын корсеті (жұмсақ)

•оперативті ем (ортопедия бөлімшелерінде).

ДЕМПИНГ - СИНДРОМ

(гүрлі операциялардан кейін асқазанның ішіндегі массаның тік ішекке тез түсуі).

Асқазан резекциясына жасалған операция, ваготомиялар, пилоро - пластиктерден кейін асқазанның ішіндегі массаның тік ішекке тез түсуі.

Ерте демпинг - синдром – асқазандағы тамақ массалары тамақтан кейін 30 минут ішінде тік ішекке түседі.

Кеш демпинг - синдром – асқазандағы тамақ массалары тамақтан кейін 1,5-2 сағат ішінде тік ішекке түседі.

Ауырлық деңгейі: жеңіл деңгейі – сүт өнімдері мен тәтті тағамдардан кейін пайда болады; орташа – тамақтан кейін болады, науқас реакция берген деңгейде жатады; ауыр деңгейі – қандай да бір тамақ жегеннен кейін, науқас тамақты жатып жейді, тамақтан кейін 2-3 сағат жатуға мәжбүр.

Негізгі белгілері:

•ішперде қуысында жайсыздық сезінеді, сипаты белгісіз аурулар, перистальтиканың күшеюі, метеоризм

•жалпы әлсіреудің талманың жеңіл түріне дейін, бастың айналуы, аяқ-

қолдың әлсіздігі, жүректің қағуы, артериалық қан қысымының төмендеуі

- жүдеуі

- тәтті тағамнан кейін белгілері жылдам және айқын білінеді.

Емдеу:

- консервативті терапия: емдәм, тәтті тағамды барынша азайту

- жиі тамақ ішу (тәулігіне 5-6 рет)

- тамақтан кейін – 30-60 минут төсекте жату

- орнын басатын терапия: асқазан шырыны, панзинорм форте, панкреатин және т.б.

- оперативті ем демпинг-синдромның ауыр деңгейінде (операцияның түрін хирург - гастроэнтеролог анықтайды, операция өте күрделі).

АТОПИЯЛЫҚ ДЕРМАТИТ (терінің созылмалы қабынып ауруы).

Атопиялық дерматит – терінің созылмалы қабынып ауруы, қышыну, терінің дистрофиялық өзгерістері.

Негізгі белгілері:

- әлсіз басталған қышудың біртіндеп

дүңсіюі, терінің құрғақтығы, бет эритемасы, тері бөліктерінің бояусыздануы (бет, шық)

- алақан сызықтарының айқындалуы
- төменгі қабақ терісінің қыртыстануы
- қызару, ісіну, инфильтрация, папулалар, терінің, көбіне маңдай, бет, мойын терілерінің лихенизациясы
- осындай өзгерістер терінің табиғи қартыстарында да болады.

Емдеу:

• анықталған немесе қалыпты аллергияларды (сүт, жұмыртқа, жаңғақ, цитрус жидектері және т.б). емдәмнен біржола алып тастау

• ванналар, аэрозольдер, сулы быламықтар, себінді ұнтақтар

• септикке қарсы ерітінділер, бактерияға қарсы дәрілер қосылған глюкокортикоидтар, ультракүлгінді сәулелендіру

• антигистаминді дәрілерді қабылдану

• плазмаферез.

ДЕРМАТОМИКОЗДАР

(терінің жаралары).

Терінің патогенді жаралармен көмкерілуі.

Классификациясы: кератомикоздар (теміреткі түрлері), шап дерматофитиясы, микоздар, трихофития, микроспория, фавус, кандидоз, терең микоздар.

Негізгі белгілері:

•терінің бастың шаш бөлігі, сақал, мұрт, тырнақ өсетін жерлері зақымдалады

•диаметрі 5 см дөңгелек, алқызыл түйіндер, бір немесе топтап қайталанатын түрлері

•папулалар мен пустулдар, пиодермия, бөртпелер, тілінулер, эрозиялар, қабықтары сары - қоңыр

•тыртық алопециясы, қабыршақтар.

Емдеу:

•синтетикалық бөртпеге қарсы дәрмектер: ликоназол, клотримазол, нафтизин, нетоконазол және т.б.; жұқпа асқынғанда бактерияға қарсы терапия.

ТАБАН ДЕРМАТОМИКОЗЫ

(табан терісі қабатының, башпай араларының созылмалы ауруы).

Табан терісі қабатының, башпай араларының созылмалы микоздық ауруы; терінің алыс жатқан бөліктеріне де таралуы мүмкін.

Негізгі белгілері:

- дисгидротикалық форма – эритематозды терідегі түйіндік, сақина және жартылай сақина түріндегі сулы бөртпелер, табанның басында және қыр қабақтарында болады; бөртпені ашқанда эрозиялар

- гиперкератотикалық форма – эритематозды - қабыршықтанған ошақтары табанның астыңғы және қаптал беттерінде болады, әртүрлі, ірі зақым ошақтарына ұласуы мүмкін

- базданған форма – эрозиялар, саусақ аралары мен табан башпайларының тырпыстары эпителиясының мацерациясы

- бактерия жұқпасының қосылуы аурудың ағымын ауырлатады.

Емдеу:

- емдеу жолдарын «Дерматомикоздар» бөлімінен қараңыз.

КЕУДЕНІҢ ТУА БІТКЕН ДЕФОРМАЦИЯЛАРЫ

(құйғытәріздес кеуде – төссүйегі мен қабырғаның кеуденің ішіне қарай кірігуі).

Құйғытәріздес кеуде – төссүйегі мен қабырғаның алдыңғы бөлігінің жүректі, тыныс алу ағзаларын итере отырып, кеуденің ішіне қарай кірігуі. Деформацияның симметриялық, ассиметриялық, жайпақ құйғы тәріздес түрлері, үш деңгейі бар.

I деңгей – деформация тереңдігі 2 см;

II деңгей – деформация тереңдігі 4 см дейін;

III деңгей – деформация тереңдігі 4 см ден көп.

Емдеу:

•хирургиялық ем, операция жасалады.

Құстөс кеуде – төссүйегі мен қабырғаны кеуде қабырғасынан алға қарай тарту.

Қосымша мойын қабырғалары – сырттай тексергеннен байқалады: мойынның толықтығы, мойынның қимылының шектелуі мүмкін, белгілері мойын тамырлары мен жүйкелерінің басқанда білінеді. Бұл белгілер анықталған

жағдайда оперативті ем тағайындалады – қосымша қабырғалар алынып тасталады.

ҚАНТ ДИАБЕТІ

(қан құрамында глюкозаның шамадан тыс көп болуы).

Қан құрамында глюкозаның шамадан тыс көп болуы (гипергликемия), инсулиннің әрекетінің бұзылуынан туындайды. Мынадай түрлері бар: I типтегі қант диабеті (аутоиммунды, идиопатикалық), асқазанасты бездерінің β -жасушаларының құрылымсыздануынан туып, нағыз инсулин жетіспеушілігіне әкеледі; II типтегі қант диабеті – салыстырмалы түрдегі инсулин жетіспеушілігі, инсулин секрециясының кемістігі; гестационды қант диабеті (жүктілік кезінде); генетикалық табиғаты бар қант диабеті, жұқпаның, дәрі-дәрмектердің салдарынан болатын түрлері бар.

Қант диабетінің ауырлық деңгейі: жеңіл (белгілері жоқтың қасы және болар болмас); орта және ауыр деңгейі (түрлі ағзалар тамырларының зақымдалуы).

Негізгі белгілері:

- полиурия
- полидипсия
- полифагия
- терінің зақымдалуы (жұқпа, аутоим-

мунды)

- көру жітілігінің төмендеуі
- ЖИА, АГ, нефропатиялар
- некроздар.

Емдеу:

- науқасқа гликемияны бақылауды

үйрету

- емдәм
- инсулинотерапия
- дәрі-дәрмек терапиясы.

Науқас эндокринологтың, бөлімше дәрігерінің бақылауында болады.

СОЗЫЛМАЛЫ ДИАРЕЯ

(екі апта бойына үлкен дәреттің тоқтамауы).

Екі апта бойына үлкен дәреттің тоқтамауы.

Негізгі белгілері:

- үлкен дәреттің сұйылуы және жиілеуі
- іштің сол жағының түйіліп ауруы
- тенезмдер
- метеоризм

•жүдеу (үлкен дәрет тоқтамағанда ба-
сталып, тез дамиды)

- дене қызуы көтеріледі
- қан аралас үлкен дәрет
- үлкен дәреттің құрамында тамақтың қиындықтары болуы мүмкін
- жалны әлсіздік, көңіл - күй ауыт-
қулығы.

Емдеу:

- дәрі - дәрмектер – бактерияға қарсы дәрмектер, ферменттер (хилак форте және т.б.), спазмолитиктер
- емдәм.

ҰЛТАБАР ДИВЕРТИКУЛЫ

(бүйірқалта)

Ұлтабар бүйірқалтасының жалғыз және көптік түрлері бар, жиілігі жа-
тынан – тоқ ішектің бүйірқалталарынан
кейін екінші орында; бүйірқалталардың
2/3 үлкен дуоденальды емізктің тұсына
орналасады.

Негізгі белгілері:

- асқынбаған бүйірқалталарда белгі-
лері білінбейді
- бүйірқалтаның асқынуы – ұлтабар-
дың жоғары көлденең бөлігінде
орналасқан жағдайдағы клиникалық
белгілері ойықжара ауруына ұқсайды
- бүйірқалталардың төменгі жағы

асқынғанда холангит, механикалық сары ауру, панкреатит

- төменгі көлденең бөліктің бүйір-қалталары ұлтабардың механикалық өткізбеушілігін шақыруы мүмкін.

Емдеу:

- консервативті ем – емдәм, спазмолитиктер, микробқа қарсы терапия

- жиі қайталана берген жағдайда хирургиялық ем жасалады.

МЕККЕЛЬ ДИВЕРТИКУЛЫ

Дивертикул мықын ішегінде илеоцекаль бұрышынан 50-100 см шамасында орналасқан.

Асқынғанда – жіті аппендицитке, ішектің өткізбеушілігіне, перфорация, қан құйылуына ұқсайды – оперативті емді талап етеді: дивертикулды алып тастау, ішекті кесіп алып тастау.

ӨҢЕШ ДИВЕРТИКУЛЫ

Дивертикулдар өңештің жоғары бөлігінде орналасқан, Ценкер дивертикулының бір түрі болып саналады. Бұл дивертикулда тамақ қалдықтарының көп жиналатындығы соншалық, олар өңешті механикалық басып тастайды. Мұндай

жағдайларда жедел түрде оперативті ем дивертикул алынып тасталуы керек.

Дивертикулдар өңештің орта үштігінде орналасуы мүмкін. Дивертикулдардың оперативті емі үлкен дивертикулдарда және жиі қайталанғанда жасалады.

Диагностика жасау жолдары:

• рентгендік зерттеу, фиброэзофаго-скопия.

ДИСМЕНОРЕЯ

(етеккір келерінің алдында және келген кезінде ішперде қуысының төменгі жағының түйіліп ауруы).

Дисменорея – етеккір келерінің алдында және келген кезінде ішперде қуысының төменгі жағының түйіліп ауруы.

Бірінші дисменорея – жыныс ағзаның патологиялық өзгерістер жоқ.

Екінші дисменорея – жыныс ағзаның түрлі патологиялық өзгерістердің болуы; қабыну аурулары, туабіткен аурулар, эндометриоз, ісіктер.

Емдеу:

- белгілерін емдеу
- қабыну ауруларындағы бактерияға қарсы терапия
- хирургиялық ем (эндометриозда, ісіктерде).

УЛЫ ДИФФУЗДЫ ЗОБ
(аутоиммунды ауру, қалқанша бездің тарала көбеюі).

Улы диффузды зоб – аутоиммунды ауру, қалқанша бездің тарала көбеюмен және гипертиреозбен сипатталады.

Негізгі белгілері:

«Гипертиреоз» бөлімін қараңыз.

Емдеу:

«Гипертиреоз» бөлімін қараңыз.

УЛЫ ТҮЙІНДІ ЗОБ

Улы түйінді зоб – клиникалық белгілері қалқанша без аденомасының шамадан тыс қызметінің салдарынан болатын гипертиреозбен анықталады.

Емдеу:

•хирургиялық – оперативті түрін қалқанша без түйіндерін алып тастау.

ЭНДЕМИЯЛЫҚ ЗОБ

(суда, тамақ өнімдерінде йодтың жетіспеушілігінен кейбір географиялық аудандар тұрғындарын зақымдайтын ауру).

Эндемиялық зоб – суда, тамақ өнімдерінде йодтың жетіспеушілігінен кейбір географиялық аудандар тұрғын-

дарын зақымдайтын ауру. Эндемиялық зоб – диффузды және түйінді түрлері.

Негізгі белгілері:

•гипотиреозбен / тиреотоксикозбен анықталады.

Емдеу:

•консервативті ем (йод дәрмектері және тиреоидты гормондар), йодпен баытылған емдәм

•үлкен диффузды немесе түйінді зоб- ти хирургиялық ем жасалады.

АНУСТЫҚ ҚЫШЫНУ

(айналшықтың және оның терісінің үнемі қышынуы).

Анустық қышыну – перианальдың және оның терісінің үнемі қышынуы.

Бірінші (идиопатиялық, нейрогенді, криптогенді) және екінші қышыну (геморройда, айналшық сызаттанғанда, проктосигмоидиттерде, диареяда, ішек-күрг инвазиясында).

Негізгі белгілері:

•қышыну

•тері құрғақ / ылғал

•терінің қышыну жолақтары

Емдеу:

•емдәм (ащы және тәтті тағамдарды шып тастау)

•айналшықты ұқыптап тазалау
(әсіресе, үлкен дәреттен кейін)

•жергілікті анестезия дәрмектері
(кремдер, гель)

•жергілікті бактерияға қарсы
дәрмектер (майлар)

•анықталған ауруларды емдеу.

Ем амбулаториялық жағдайда жасала-
ды.

ЖЫНЫСТЫҚ МҮШЕЛЕРДІҢ ҚЫШЫНУЫ

Жыныстық мүшелердің қышынуы – сыртқы жыныстық ағзалардың қышынуы, ол ағзалардың қабыну ауруларынан, бөртпе зақымдалуынан, механикалық қоздырғыштардың (іш киімдердің сапасы, химиялық құрамы, дәрілер, дерматиттер және т.б). салдарынан болады

Негізгі белгілері:

•қышыну

•тері қызарған, ісінген

•қышыну жолақтары

•бактериялы жұқпа және бөртпелі зақымдану.

Емдеу:

•емдәм (ащы және тұщы тағамдар алынып тасталады)

- ұқыпты тазалану
- жергілікті анестезия дәрмектері кремдер, гель)
- жергілікті бактерияға қарсы дәрмектер (майлар)
- анықталған ауруларды емдеу.

ОЙЫҚЖАРА КОЛИТИ

(тоқ ішектің созылмалы қабыну ауруы).

Тоқ ішектің созылмалы қабыну ауруы, сілекейлі қабықтың ойықжаранекротикалық зақымдалуы. Колиттің жіті, созылмалы, қайталана беретін және үзіліссіз түрлері бар. Ауырлық жағынан: жеңіл, орта, күрделі.

Жеңіл деңгейі – тәулігіне 4 - 5 рет, быламық тәрізді үлкен дәрет болу. Орташа деңгейі – үлкен дәрет бұрынғысынан жиілейді, быламық тәрізді, сұйық, аздап қан аралас. Ауыр деңгейі – дәрет тәулігіне 15 рет, сұйық, қан көбірек араласқан түрі болуы.

Негізгі белгілері:

- быламық тәрізді / сұйық, қан, ірің, сілекей аралас үлкен дәретің жиі болуы
- тенезмдер
- ішперде қуысындағы, әсіресе, оның

сол жағының түйіндеп ауруы, дәретке отырғаннан кейін ауру сәл саябырлайды.

Диагностика жасау амалдары:

- рентгендік зерттеу
- ирригография (гаустралары дәл емес, білінбеуі де мүмкін, ішектің тарылуы, қабырғаларының ойықжара сұлбаларының анық болмауы, сілекейлі тыртыстар өзгерген)
- колоноскопия (қабыну процесі асқынбай тұрғанда жасалады) – қызару, сілекейлі қабықтың ісінуі, петиция, ойықжаралар, тиген жердің қанағыштығы.

Емдеуі:

- қатаң емдәм (ащы және тәтті тағамдар, шикі көкөністер мен жемістер, арақ - шарап, кофе, сүт пайдаланудан алынып тасталады)
- салицилсульфамидты дәрілер
- антибиотиктер
- спазмолитиктер
- глюкокортикоидтар
- хирургиялық ем асқынған кезде жасалынады (қан кету, перфорациялар, ауыр улы мегаколон, ауру 10 - 12 жылға созылады); оперативті емнің түрін, көлемін хирург - проктолог жүргізеді.

КРИПТОРХИЗМ

(енқалтада бір / екі аталық бездің болмауы).

Крипторхизм – енқалтада бір / екі аталық бездің болмауы. Туа біткен ауру.

Негізгі белгілері:

- шаптың ауруы
- жыныстық толысу кезеңінде іштің ауыруы мүмкін
- тексергенде және пальпация жасағанда – енқалтада аталық бездің болмауы
- тұрған кезде адамның алдыңғы шиперде қабырғасы түйіліп ауырғанда аталық без шап каналына дейін түсуі мүмкін.

Емдеу:

- хирургиялық ем (аталық безді енқалтаға кіргізу).

ЖАТЫРДАН ДИСФУНКЦИОНАЛЬДЫ ҚАН КЕТУ

Жасөспірім кезде, климактерикалық кезеңде эндокринді регуляцияның бұзылуы салдарынан қан кету.

Негізгі белгілері:

- жатырдан ретсіз қан кету, ауыртпай ұздап немесе көп көлемде кетеді, анемия
- әдетте, етеккір кешігіп келгеннен кейін болады.

Емдеу:

- жатырдың бұлшық еттерін шынықтыратын дәрмектер (эргометрин, эрготамин, окситоцин, дипопрост және т.б).

- эстрогенді дәрмектер

- хирургиялық ем – қанды дәрілер тоқтата алмаған жағдайда

- дәрімен тоқтамаған жағдайда жатыр қуысындағы қануы қырып түсіру.

СОЗЫЛМАЛЫ ЛАРИНГИТ

(көмейдің қабынуы).

Көмейдің сілекейлі қабығының сілекейасты қабатының және ішк бұлшық еттерінің созылмалы қабынуы.

Талаураған, жансызданған, гиперпластикалық ларингит (өнімді қабыну процесі) түрлері бар.

Негізгі белгілері:

- созылмалы талаураған ларингит:

- дауыстың шықпай қалуы, дауыстың қырылдауы, шаршап үзіліп шығуы,

- ларингоскопия жасағанда: қызару сілемейлі қабықтың ісінуі.

Емдеу:

- дауысқа салмақ түсірмеу, антибиотиктер мен гидрокортизон ерітіндісін құю; майлы ерітіндімен ингаляция жасау.

Жансызданған ларингиттің негізгі белгілері:

- сырылдау, тембрдің төмендеуі, шаршауы

- ларингоскопия жасағанда: сілекейлі қабық тегіс, жіңішкерген, жылтыр, дауыс түйіндері жіңішке, бір - бірімен толық бірікпейді, сілекейлі қабықтың қабынуы мүмкін.

Емдеу:

- гемекіден бас тарту

- майлы ерітінділермен ингаляция жасау

- иод қосылған физиологиялық ерітіндімен көмейді шаю (200 мл ерітіндіге 10% йодтан 5 тамшы)

- дауысқа жүк түсірмеу.

Гиперпластикалық ларингиттің негізгі белгілері (ларингоскопия):

- сілекейлі қабықтың шектеліп таралуы

- сілекейлі қабықтың түйінделу кеңістігінің үлкеюі

- қарқынды дем шығарғанда, жөтелгенде, дауысты көтергенде морганиев қарыншасының сілемейлі қабығы көмей қуысына түсіп кетеді, дауыс түйіндері толық бірікпейді

•жанасу ойықжарасы – дауыс түйіндерінің зақымдалуы, олардың толық бірікпеуі.

Емдеу:

•көмейге майлы ерітінділер, колларгол, протаргол құяды, физиотерапия.

ЛАРИНГОТРАХЕИТ

(көмей мен кеңірдектің қабынуы)

Ауру жоғары тыныс алу жолдар вируспен зақымдалуы салдарынан туады.

Негізгі белгілері:

•дененің қызуы қалыпты / субфебрильді
•катты, ащы жөтел, аурудың алғашқы кезінде жөтел құрғақ, бактериялы жұқпа қосылғанда – ылғалды

•инспираторлы демікпе

•қанның жалпы анализі: лейкопения бактериялы жұқпа қосылғанда – лейкоцитоз.

Емдеу:

•сұйықты көп ішу
•ауыр жұмысты азайту, дауысқа түсетін салмақ азайтылуы керек

•жалпы күн тәртібін жеңілдету

•вирусқа қарсы дәрмектер

•бактериялы жұқпаға қарсы терапия

•көмей жиырылғанда – спазмолитиктер.

ФЕРМЕРДІҢ ӨКПЕСІ

Фермердің өкпесі – экзогенді аллергиялық альвеолит, ауыл шаруашылығы қызметкерлерінде болады (шөп, астық, жеммен қатынасқа байланысты).

Негізгі белгілері:

- жиі қайталанатын жөтел
- демікпе (үнемі, жыл сайын арта түседі)
- қалтырау
- жалпы әлсіздік, тез шаршау
- қанның жалпы анализінде өзгеріс жоқ, бірақ эритроциттер мен гемоглобиндер санының артуы мүмкін.

Емдеу:

- аллергиямен қатынасты тоқтату керек
- глюкокортикоидтер.

ОПИСТОРХОЗ

(бауыр, өт қуығы, асқазанасты бездерінің зақымдалуы).

Описторхоз – гельминтоз, бауыр, өт қуығы, асқазанасты безі зақымдалады (мысық, тиін).

Негізгі белгілері:

- аурудың басында дененің қызуы жоғары болады
- есекжем, лимфоаденопатия

•бас, бұлшық ет, буындардың аурулары

•әрі қарай эпигастральды және он жақ қабырғаастының ауруы, холенистит, панкреатит, сары аурудың белгілері.

Диагностика жасау амалдары:

•дуоденальды, үлкен дәреттің құрамында паразиттердің жұмыртқалары табылады

•қанның жалпы анализі: эозинофилия. лимфоцитоз.

Емдеу:

•этиотропты дәрі - дәрмектер – хлорсил, празиквантель.

СҮЙЕКТЕРДІҢ ҚАТЕРСІЗ ІСІКТЕРІ

•хондрома (шеміршек ісігі)

•хондробластома (ұзын түтікше сүйектерінің эпифизінің қатерсіз ісігі)

•хондромиксоидты фиброма

•остеохондрома (сүйек пен шеміршек ісігі)

•остеобластокластома (сүйек ісігінің бір түрі)

•остеонд-остеома

•остеома (сүйек тінінің қатерсіз ісігі)

•гемангиома (қатерсіз ісік түрі).

Негізгі белгілері:

- науқасты дәрігерге каралуға міндеттейтін негізгі белгі – ісіну, түрлі сүйектердің ісіктәрізді құрылымы; патологиялық өзгерістер болған жердің ауыруы (болмауы да мүмкін).

Диагностика жасау амалдары:

- рентгендік зерттеу, КТ, УДЗ.

Емдеу:

- хирургиялық – таза тіндердегі ісіктерді сылып алып тастау
- омыртқаның гемангиомдарына - сәулелі терапия жүргізу.

СҮЙЕКТІҢ ҚАТЕРЛІ ІСІКТЕРІ

- хондросаркома
- периостальды фибросаркома
- остеогенды саркома
- сүйектің қатерлі лимфомасы
- Юинг саркомасы.

Негізгі белгілері:

- ісіну, түрлі сүйектердің ісік түріндегі құрылымдары; патологиялық сынықтар

- қанның жалпы анализі: ЭОЖ жеделдетілуі.

Диагностика жасау амалдары:

- рентгендік зерттеу, КТ, УДЗ
- биопсия.

Емдеу:

- хирургиялық – сүйек резекциясы, аяқты кесу, лимфоаденэктомия
- сәулелі терапия
- химиотерапия
- аралас терапия.

ҚАН ӨНДІРЕТІН ЖӘНЕ ЛИМФАЛЫҚ ТІНДЕРДІҢ ІСІКТЕРІ

Қан өндіретін және лимфалық тіндер ісіктерінің диагностикасын тек онкологиялық мекемелерде, ауруханада тексеру арқылы ғана жасауға болады.

Осы бөлімде қан өндіретін және лимфалық тіндер ісіктерінің белгілері байқалады, ЖМК жағдайларында науқастан төмендегідей белгілерді көруге болады:

•дене қызуы 40°С-ға дейін көтеріледі (кейбір жағдайларда дене қызуы көтерілмеуі де мүмкін)

•перифериялық лимфотүйіндердің, бүйрек, көкбауырдың үлкеюі қызыл иек гиперплазиясы

•дененің түрлі бөліктерінде терінің инфильтрациясы

•геморрой синдромы

•сүйектер мен буындардың ауруы

•қан анализінде: лейкопения (1×10^9 /л) лейкоцитоз ($200-300 \times 10^9$ /л дейін), тромбоцитопения

•кеуде ішінің лимфатүйіндерінің кеңеюі (ЖМК-де қаралған барлық науқастардың тыныс алу ағзаларына рентгендік зерттеу жасалынады).

Жоғарыда аталған белгілер анықталған жағдайда жеделдетіп онкологиялық мекемеге дәрігерлік кеңеске жіберілуі керек.

БАУЫРДЫҢ АЛҒАШҚЫ ҚАТЕРСІЗ ІСІКТЕРІ

•бауырдың гемангиомасы – жалғыз, көптеген, көлемдері әртүрлі қантамыр ісіктері; әдетте, белгілері байқалмайды; көлемі үлкен болған жағдайда көршілес ағзаларды басып қалуы мүмкін

•гепатоцеллюлярлы аденома – көлемдері әртүрлі бауыр жасушаларының ісігі; әдетте, белгілері байқалмайды, өзінен өзі жарылып, ішперде қуысына қан кетуі мүмкін

•бауырдың жергілікті түйінді гиперплазиясы – бауырдың барлық тіндерінің ісігі, көбіне белгілері байқалмайды

•балалардың бауырының гемангиоэн-

дотелиомасы – қантамыр тіндерінің ісігі, көбіне белгілері байқалмайды, малигнизация.

Диагностика жасау амалдары:

Емдеу:

•хирургиялық, ұзақ уақыт бақылауда болуы керек – мерзім сайын УДЗ, ісік өскенде оперативті ем жасалады.

БАУЫРДЫҢ АЛҒАШҚЫ ҚАТЕРЛІ ІСІКТЕРІ

•гепатоцеллюлярлі карцинома – бауыр жасушаларынан түйін түрінде инвазиялық өсетін обыр, көбіне өкпеге метастаза береді

•гепатобластома – бауыр жасушаларының, көбіне ұрық түріндегі гепатоциттердің ісігі, бауырдың балаларда кездесетін ісігі

•холангиокарцинома – өт жолдары эпителиясының ісігі

•бауыр ангиосаркомасы – қантамыр жасушаларының ісігі, көкбауыр мен өкпеге метастаза береді.

Негізгі белгілері:

•оң жақ қабырғаастының, ішперде қуысының жоғары оң жақ бөлігінің қақсап, сыздап, толассыз ауыруы

• қанның жалпы анализі – ЭОЖ жеделдетілуі.

Диагностика жасау амалдары:

• УЗИ, КТ, МРТ, диагностикалық лапароскопия.

Емдеу:

• хирургиялық – резекция атипичная, доли, лимфоаденэктомия

• химиотерапия (жалпы, іріктемелі)

• аралас – хирургиялық және химиотерапия.

КӨКІРЕК ОРТАНЫҢ ҚАТЕРСІЗ ІСІКТЕРІ

• дермоидты кисталар

• тимомдар

• фибромалар, липомалар, хондром-
дар, миксомдар

• нейрогенді ісіктер

• қантамыр ісіктері

• бронхогенді, энтерогенді ісіктер

• жүрекқаптық кисталар.

Негізгі белгілері:

• белгілері болмайды (ісіктер про-
филактикалық рентгендік зерттеуде
байқалады)

• төссүйегі сыртындағы сипаты
беймәлім ауру

•трахея, бронхтарды басқанда құрғақ/ылғал жөтел

•өңеш басылғанда жұтынудың қиындауы

•жұлын миы немесе жұлын миы түбіршектерін басатын нейрогенді ісіктер, соған сай неврологиялық белгілері бар, жұлдызшалы түйіндері басылғанда – Горнер синдромы (птоз, энофтальм, анизокория)

•жүрек ауырғанда жүрек ырғағы бұзылуы мүмкін

•жоғары толық қан тамыр басылғанда оның синдромы болуы мүмкін.

Диагностика жасау амалдары:

•рентгендік зерттеу – көкірекорта пішінінің өзгеруі

•КТ, МРТ.

Емдеу:

•хирургиялық – торакотомия, ісікті алып тастайтын торакоскопия.

КӨКІРЕКОРТАНЫҢ ҚАТЕРЛІ ІСІКТЕРІ

Лимфомалар – лимфалық тіндердің ісіктері, лимфатүйіндерге метастаза ерте білінеді, инвазивті өсімдінің зақымдалуы.

Негізгі белгілері:

- төссүйегі сыртының толассыз ауруы
- құрғақ / ылғал жөтел
- дененің қызуы жоғары
- тез жүдеу, жұтынудың бұзылуы.

Диагностика жасау амалдары:

- рентгендік зерттеу
- КТ, МРТ

• жаңақұрылым биопсиясы (медиастиноскопия, торакоскопия, екінші қабырға ирасының алдыңғы торакотомиясы).

Емдеу:

• аралас – химиотерапия және сәулелі терапия

• хирургиялық ем жасалмайды.

Герминомалар – ұрық тіндерінен шығатын ісіктер: семинома, ұрықты-жасушалы саркома, тератокарцинома, хорионкарцинома.

Негізгі белгілері:

• төссүйегі сыртының толассыз ауруы

- құрғақ / ылғал жөтел
- жұтыну бұзылуы мүмкін.

Диагностика жасау амалдары:

- рентгендік зерттеу
- КТ, МРТ

• жаңақұрылым биопсиясы.

Емдеу:

- хирургиялық
- химиотерапия
- сәулелі терапия
- аралас терапия.

ҚАЛҚАНША БЕЗ ІСІКТЕРІ

Қалқанша без обыры барлық без ісіктерінің 90% құрайды.

Негізгі белгілері:

•безде түйінді құрылымның болуы, тығыз түйін, трахеяда, айналасындағы бұлшық еттерге өсуі мүмкін, мойын, жақасты лимфатүйіндерінің үлкеюі

•жөтел, трахея жарып шыққанда болатын демікпе

•өнеш жарып шыққанда жұтынудың қиындауы.

Диагностика жасау амалдары :

•пальпация

•УДЗ, КТ, МРТ

•ларингоскопия, фиброэндоэзофагоскопия

•биопсия.

Емдеу:

•хирургиялық (қалқанша безді кесу), гормонотерапия қоса жүргізіледі

•радиоактивті түрде йодпен емдеу.

АНАБЕЗДІҢ ІСІКТЕРІ ЖӘНЕ ІСІКТӘРІЗДІ ЖАҢАӨСПЕРЛЕРІ

Ісіктәрізді жаңаөсперлер:

- фолликулярлы кисталар, сары дене кисталары, параовариальды кисталар, эндометриомдар.

Негізгі белгілері:

- ауру белгісіз өтуі мүмкін
- ішперде қуысының төменгі жағының, келдің беймәлім ауруы
- етеккір оралымының бұзылуы
- несеп шығудың бұзылуы.

Диагностика жасау амалдары:

- анамнез
- қынапты зерттеу
- УДЗ, КТ
- лапароскопия, биопсия.

Емдеу:

- консервативті терапия, гормонотерапия
- хирургиялық ем консервативті терапия тиімді болмаған жағдайда, қаңқақұрылымның бұратылып, қан төңкеткенде жасалады.

Қатерлі жаңаөсперлер:

- эпителиялы ісіктер
- аралас ісіктер

- фибрин жіпшесі арқауының ісіктері
- герминогенді ісіктер.

Негізгі белгілері:

•ішперде қуысының төменгі жағының, белдің беймәлім ауруы, аурудың етеккір оралымына қатысы жоқ

- етеккір оралымының бұзылуы
- несеп шығудың бұзылуы мүмкін, үлкен дәретке отыру актісінің бұзылуы
- жалпы әлсіздік, тез шаршау.

Диагностика жасау амалдары :

- анамнез
- қынапты зерттеу
- УДЗ, КТ
- лапароскопия, биопсия.

Емдеу:

- хирургиялық.

ЖАТЫР МЕН ҚЫНАПТЫҢ ТҮСІП КЕТУІ ЖӘНЕ АЙНАЛЫП КЕТУІ

Төмендегідей деңгейлерге бөлінеді:

I деңгейі – жыныс саңылауының ашылуы, қынап қабырғасының аздап түсуі.

II деңгейі – қынап қабырғасының, қуықтың және тік ішектің алдыңғы қабырғасының түсуі.

III деңгейі – жатырдың мойны қынаптың аузына дейін түскен.

IV деңгейі – жатырдың мойны қынаптың аузынан томен түскен.

V деңгейі – жатырдың мойны қынаптың қабырғасын айналдыра толық түскен.

• консервативті емді тек түсудің I деңгейінде ғана жасауға болады

• хирургиялық емнің қайта құрастыру сипаты бар; V деңгейде жатырды қынабымен кесіп тастайды.

ОСТЕОАРТРОЗ

(буынның барлық элементтерінің қиыну - дегенеративті зақымдалуы).

Буынның барлық элементтерінің қиыну - дегенеративті зақымдалуы. Бұл ауру, ең алдымен, буынның өзіне түскен механикалық салмақ пен оған қарсылық көрсету мүмкіндігі арасындағы сәйкессіздіктің салдарынан туады.

Негізгі белгілері:

• сәл ғана салмақ түскеннің өзінде, жүргенде буынның ішінің қақсап, сыздап ауруы; тыныш жатқанда ауырмайды

• тыныш жатқанда ауру буынның және

буын маңы тіндерінің қабыну процесін анықтайды

- буындар қимылының шектелуі

- буынды жайлап барынша бүгіп, жазғанда, олардың «сықырлауы»

Көбіне, тізе, білек, омыртқаның бел және мойын бөлімдерінің, жамбассан және балтыр - табан буындары, яғни үлкен механикалық күш түсетін буындар зақымдалады.

Диагностика жасау амалдары:

- рентгендік зерттеу диагностика жасаудың негізгі амалы болып табылады.

Емдеу:

- буындарға түсетін механикалық, физикалық салмақты азайту, корсеттер, шиналар, тізеқаптар

- НҚҚД

- глюкокортикоидтар

- ара, жылан улары қосылған дәрмектер

- биогенді дәрмектер (румалон)

- буындардың жіті қабынуында микробқа қарсы терапия

- физиотерапия

- хирургиялық ем – буындарды эндопротездеу жасалуы мүмкін.

ОСТЕОМИЕЛИТ

(сүйек пен сүйектің үстіне таралатын сүйек кемігінің жіті / созылмалы қабынуы).

Сүйек пен сүйектің үстіне таралатын сүйек кемігінің жіті / созылмалы қабынуы.

Классификациясы:

• гематогенді жіті / созылмалы

• жарақаттан кейін (жарақат, оқ жаракаты)

• одонтогенді (тістің, парадонттың қабыну ошағынан).

Негізгі белгілері:

• балалардың гематогенді остеомолиті дене қызуы жоғары ($39-40^{\circ}\text{C}$), шкымдалған буындардың қимылдырының шектелуі. Ісінген, қызарған, шкымдалған жердің қатты ауруы

• үлкен науқастардың гематогенді жұқпасы — жарақат, сүйектің сынуы, анамнезде бактериялық жұқпа, жергілікті қызару, ісіну, дененің қызуы, шкымдалған ошақтың үстінің ауырсынуы; зақымдалудың сипаты көбіне жіті болып келеді

• созылмалы остеомиелит – зақымдалған ошақтың үстіндегі жарақат, жара, ойықжара, тесік жазылмайды, аздап іріндеген / ірінді - қанды бөлінулер.

Емдеу:

• жіті остеомиелитте ауруханаға жатқызылады

• аяқ - қолды мықтап бекіту

• бактерияға қарсы ірі терапия

• иммунитетті бір қалыпта ұстайтын дәрмектер

• хирургиялық ем – остеотрепанация, ми каналдарын шаятын секвестрэктомия

• зақымдалу ошағының маңындағы флегмонаны ашу

• созылмалы остеомиелитте ірінді сұйықтың ағып кетуін қамтамасыз ету

• физиотерапия.

Диагностика жасау амалдары:

• негізгі әдісі – рентгендік зерттеу

• міндетті түрде микрофлора мен оның бактерияға қарсы дәрмектерге сезімталдығын тексеру үшін зақымдалған жерге егу.

ОСТЕОПОРОЗ

(сүйек тіні көлемінің жайылып жоғалу, сүйектің тығыздылығын жою синдромы).

Сүйек тіні көлемінің жайылып жоғалу, сүйектің тығыздылығын жою синдромы.

Остеопороздың төмендегідей түрлері бар:

I түрі – етеккір үзілісінен кейін – әйелдерде болады, эстроген сәлдерінің ықпалына байланысты

II түрі – инволюциялық – 75 жастан асқан ерлер мен әйелдерде болады

I және II түрлерінің араласуы

•идиопатиялық – 75 жасқа дейінгі ерлер мен әйелдерде

•кәмелетке жетпеген – балаларда

•екінші қайтара – глюкокортикоидты дәрімектерді көп қабылдағаннан болады.

Негізгі белгілері:

•сүйектің сипаттары беймәлім, өтпелі, тұрақты ауру болады, ұйықтағанда ауырмайды

•зақымдалған сүйек, әсіресе, омыртқаның зақымдалған бұлшық еттерінің гипертонусы

•рентгендік көрсеткіштер – сүйектің тығыздығының кемуі, трабекулярлықты, сынықтарды анықтау.

Емдеу:

•эстрогендер, кальций дәрімектері.

ОМЫРТҚАНЫҢ ОСТЕОХОН-ДРОЗЫ

(омыртқааралық диск шеміршегінің, аралық денелер мен омыртқа буындарының және қоршаған тіндердің дегенеративті зақымдалуы).

Көбіне омыртқаның төменгі белдік және төменгі мойын бөлімдері зақымдалады.

Бел зақымдалуының негізгі белгілері:

- бел маңының қатты ауруы

- омыртқа қозғалғанда ауру одан сайын күшейеді

- паравертебральды бұлшық еттер жиырылып, бел маңына пальпация жасағанда ауыртады

- ауру бөксе жаққа қарай, сосын аяқтарға қарай ауысуы мүмкін, құйымшақ жүйкесінің бойына, сан мен балтыр жүйкелерінің бойына пальпация жасағанда ауыртады

- бел түбіршіктері басылады

- неврологиялық белгілері бар омыртқааралық дискілердің жарығы немесе протрузия.

Мойынның зақымдалуының белгілері:

- мойын маңының қатты ауруы
- омыртқа қозғалғанда ауру одан сайын күшейеді

- мойын бұлшық еттері жиырылған

- ауру басқа, иықүстіне, қолдарға қарай ауысуы мүмкін, қолдарда парестезиялар болады

- неврологиялық белгілері бар омыртқааралық дискілердің (жұлын каналының сырты немесе іші) жарығы немесе протрузия.

Диагностика жасау амалдары:

- рентгендік зерттеу

- КТ – патологиялық процестің нақты орналасқан жері анықталады.

Емдеу:

- мойын тракциясы

- эпидуральды бөгеулер

- НҚҚД

- массаж, мануальды терапия, акупунктура

- оперативті ем – жұлынды, жұлынның қылық қүйрығының жіті белгілері.

СЫРТҚЫ ОТИТ

(ортаңғы құлақтың қабынуы).

Сыртқы отит – сыртқы есту жолының қабынуы.

Жіті шектеулі сыртқы отит – есту жолының сыздауығы.

Созылмалы сыртқы отит – есту жолының 6 аптаға созылатын ауруы.

Қатерлі сыртқы отит – ірінді-некротикалық қабынудың тіндердің тереңіне дейін таралуы, шеміршек және сүйек тіндерінің секвестрлендірілуі.

Негізгі белгілері:

•құлақтың ауруының көзге, тіске, мойынға өтуі және оның шайнағанда, қатты сөйлегенде, құлақ бүртігіне басқанда күшейеді, есту қабілеті төмендейді

•аймақтық лимфаденит

•есту жолынан шығатын жағымсыз иісті ірінді шығындылары

•отоскопияда – сыздауық, терінің қызаруы, инфильтрациясы және ісінуі, дыбысжарғағы қызаруы

•созылмалы отит отоскопиясында – терісі қатайған, дыбысжарғағы бұлыңғыр, қалындаған

•қатерлі отит отоскописында – тері өліеттенген, өліеттенген масса.

Емдеу:

- бактерияға қарсы терапия
- жергілікті емдеу – сыртқы жолдарын септикке қарсы дәрілермен жуу
- сыртқы есту жолдарына қашыртқы салу
- УЖЖ, УКС
- отитті саңырауқұлақша этиологиясымен емдеу – саңырауқұлақшаға қарсы түрлі дәрілер пайдаланылады
- өліеттенген отитте – жатып емделу.

ІРІНДІ СОЗЫЛМАЛЫ ОРТА ОТИТ (орта құлақ қуысының мерзімді асқынып тұратын созылмалы ірінді қабынуы).

Орта құлақ қуысының мерзімді асқынып тұратын созылмалы ірінді қабынуы.

Негізгі белгілері:

- құлақтың ауруы
- құлақ өту жолынан ірін ағу
- дыбыс жарғақтың тесілуі
- естудің төмендеуі, күшеюі мүмкін
- тек сілекейлі қабықтың зақымдалуы
- сілекейлі қабықтың және сүйек құрылымының зақымдалуы.

Емдеу:

- емделуі қиын

- жатып емделу керек
- бактерияға қарсы терапия
- орта құлақ пен сыртқы есту жолы септикке қарсы түрлі дәрмектерді пайдалана отырып, ұқыпты тазалау
- құрғату
- физиотерапия
- хирургиялық ем – операцияның түрі мен көлемін лор - хирург анықтайды.

СОЗЫЛМАЛЫ ПАНКРЕАТИТ (ұйқыбездің қабынуы).

Созылмалы панкреатит – сақина тәрізді ұйқыбезінің сыртқы және ішкі секрециясының бұзылып, қабыну-склеротикалық зақымдалуы.

Түрлері: созылмалы фиброзды панкреатит, созылмалы обструктивті панкреатит, созылмалы кальций тұздары шоғырланған панкреатит, сақина тәрізді ұйқыбездің кисталары мен жалған кисталары.

Негізгі белгілері:

•эпигастральды жердегі, оң жақ қабырға, іштің бүкіл өне бойындағы, белді айналдыра ауру; аурулар, әдетте, созылмалы панкреатит асқынған кезінде пайда болады

•юксу, құсу, үлкен дәреттің тұрақсыз-

шығы

•жүдеу

•қант диабетінің белгілері

•түрленгіш сары ауру

•жалпы қан анализі – лейкоцитра-
ция формуланың сол жаққа жылжып,
лейкоцитоздың асқынға кезеңінде, ЭОЖ
кеделдетілуі

•қан амилазының белсенділігі артады.

Диагностика жасау амалдары:

•анамнез және шағымдар

•пальпация жасағанда сақинатәрізді
үйқыбез басының тығыздалып, үлкейген-
ші анықталады

•УДЗ, КТ

•қанның биохимиялық анализдері.

Емдеу:

•асқынғанда – тамақ ішпеу, газдал-
маған минералды су, спазмолитиктер,
гистаминге қарсы дәрмектер, протеаз
гежеуіштері

•панкреатиттік ферменттер

•санаторийлық - курорттық ем

•хирургиялық ем – операцияның түрі
мен көлемін хирург анықтайды.

СОЗЫЛМАЛЫ ПАРАПРОКТИТ

(тік ішек қабырғасының және қалыптасқан жыланкөз жолы бар майлы жасушаның қабынуы).

Тік ішек қабырғасының және қалыптасқан жыланкөз жолы бар параректальды майлы жасушаның қабынуы, жыланкөз жолы тік ішекке немесе артқы өтетін жердің маңындағы теріге апарады.

Негізгі белгілері:

- құрамы үнемі сілекейлі - ірінді, жыланкөз жолынан немесе артқы өтетін жердің терісінен бөлініп шығады

- терінің баздануы, артқы өтетін жер терісінің қышынуы

- тік ішек қабырғасының тыртықты өзгерістері, артқы өтетін жердің қысқыштық қызметінің бұзылуы.

Емдеу:

- хирургиялық ем – оперативті емнің негізгі принципі: жыланкөз жолын кесіп алып тастау (операцияның түрі мен көлемін хирург - проктолог анықтайды).

ИЫҚ - ЖАУЫРЫНДЫҚ ПЕРИАРТРОЗ

(буынның ауруы және қимылының шектеуі).

Буынның және парабуынды тіннің дегенеративті - қабынуы және зақымдалуы, буынның ауруы және қимылының шектеуі.

Негізгі белгілері:

•буынның ауруы, оның түнге қарай күшеюі

•буынның қимылы шектелген

•пальпация жасағанда ауыртады

•аурудың ұзақ уақыт бойғы анамнезінде буын маңындағы тіндер жансыздануы мүмкін.

Емдеу:

•НҚҚД, глюкокортикоидтар

•ЕДШ, физиотерапия

•емдеу кезінде буындар қимылы шектетіледі.

ПИЕЛОНЕФРИТ

(бүйректің ерекше жұқпалы ауруы).

Бүйрек тостақшалы жүйесі мен интерстициальды тіннің патологиялық зақымдалуына әкелетін бүйректің ерекше жұқпалы ауруы. Түрлері: жіті, созылмалы (асқынып тұратын) ауру.

Негізгі белгілері:

•жіті пиелонефрит: дененің қызуы – 38-40°C, қалтырау, тершендік

•белдің тұсының, ішперде қуысының қақсап, сыздап ауруы, Пастернацкий симптомы позитивті

•дизурия, полиурия, олигурия

•артериалды гипертензия болуы мүмкін

•созылмалы пиелонефрит: протеинурия, лейкоцитурия, микрогематурия, белдің тұсының аздап өтпелі ауруы, Пастернацкий симптомы сәл позитивті

•зәрді зертханалық зерттеудің нәтижелері: зәр таза емес, лейкоцитурия, протеинурия, микрогематурия

•канның жалпы анализі: лейкоцитралы формауланың сол жаққа жылжып, лейкоцитоздың асқынған кезеңінде, ЭОЖ жеделдетілуі.

Диагностика жасау амалдары:

•анамнез

•дәретті, қанды зерттеу

•УДЗ.

Емдеу:

•бактерияға қарсы терапия

•несеп шығуы азайғанда–диуретиктер

•шыжың болған жағдайда ерітінділер құю

•гипертензияға қарсы дәрмектер

•иммуннитетті бірқалыпта ұстайтын терапия

•емдәм

•хирургиялық ем: операцияның түрі мен көлемін хирург - уролог анықтайды.

ПЛЕВРИТТЕР

(өкпеқап қуысының сұйықты \ сұйықсыз қабынып ауруы).

Бұл қабыну ауруы бактериялы жұқпаның салдарынан пайда болады.

Реактивті плевриттер басқа аурулардың (туберкулез, ісіктер, жарақаттар) асқынуы түрінде дамиды.

Құрғақ және экссудативті: сірнелі, геморрой түріндегі, іріңді, сасық плеврит түрлері бар.

Негізгі белгілері:

•құрғақ плевритте тыныс алғанда кеуденің ауруы, экссудативті плевритте ауырғаны азаяды.

•құрғақ жөтел, әсіресе, құрғақ плевритте

•демiкпе

•плевралық жалқық түскенде дауыс дірілінің әлсіреуі

- плевралық жалқық түскенде перку-торлы дыбыстың қысқаруы

- құрғақ плевритте қырған сияқты шу

- тыныс алу әлсіздігі, плевралық жалқық түскенде тіпті жоғалып та кетуі мүмкін

- қабырғааралығына пальпация ауыр-тады

- науқас плевра зақымдалған қырымен жатады.

Диагностика жасау амалдары:

- рентгендік зерттеу

- УДЗ, КТ

- бактерияға қарсы дәрмектерге микро-флора мен оның сезімталдығын тексеру үшін плевра қуысына егу

- плевра құрамына цитологиялық зерт-теу жасау.

Емдеу:

- негізгі ауруды анықтау

- бактерияға қарсы терапия

- симптоматикалық терапия

- құрамындағы сұйықтықты сорып алу үшін плевра қуысына пункция жасау

- плевра қуысына Бюлау әдісі бойын-ша қашыртқы салу

- торакоскопия (диагностикалық, емдік).

МАЙТАБАН

Табан пішінің бұзылуы – ұзындық басы мен көлденең басының биіктігінің аласаруы: туа біткен, жүре пайда болған түрлері бар.

Негізгі белгілері:

- табан және балтырдың сүйектері мен бұлшық еттерінің жүргенде ауруы; ауру көбіне сан мен жамбас-сан буындарында пайда болады.

Емдеу:

- майтабанның жеңіл түрінде – ЕДШ, аяқ-киімге арнайы супинаторлар салу, арнайы ортопедиялық аяқ - киім

- күрделі түрінде – қайта құрайтын күрделі пластикалық операция.

ПНЕВМОТОРАКС

(плевра қуысына ауа жиналуы).

Түрлері: жарақаттық, өздігінен пайда болған, жасанды.

Жабық, ашық, жиырылмалы пневмоторакс.

Негізгі белгілері:

- тыныс алғанда кеуденің ауыруы

- жөтел

- теріасты эмфиземасы

- перкуссия жасағанда тимпанитті

(дабылға ұқсас) дыбыс

•аускультацияда тыныс алу әлсіздігі немесе болмауы

•ентігу, тері кабаттарының солғындығы, көкшіл тартуы

•гемодинамиканың бұзылуы: пульстің жиілеуі, артериалды қан қысымының төмендеуі

•көкірекорта ағзаларының орнынан ауысуы (әсіресе, оңжақты пневмотораксте солға қарай).

Емдеу:

•жатып емделу (хирургиялық бөлімшеде)

•құрамындағы сұйықтықты сорып алу үшін плевра қуысына пункция жасау

•плевра қуысына Бюлау әдісі бойынша қашыртқы салу

•хирургиялық ем: операцияның түрі мен көлемін хирург анықтайды.

АНАБЕЗ ПОЛИКИСТОЗЫ

(анабездердің кішкентай кисталармен зақымдалуы).

Анабездердің кішкентай кисталармен зақымдалуы. Созылмалы олигоовуляция / ановуляция, көбіне, бедеулік, түсік тастаулар.

Негізгі белгілері:

- етеккір оралымының бұзылуы
- сирек жүктілік, түсік тастаулар
- анабездердің үлкеюі
- жүндену
- май басу.

Диагностика жасау амалдары:

- УДЗ.

Емдеу:

- гормональды терапия
- гинекологтың бақылауында болуы

қажет.

ЖАТЫР МОИНЫНЫҢ ПОЛИПІ (түймешігі).

Жатыр мойнынан айналып түскен ірі өспесі.

Негізгі белгілері:

•қынаптан етеккірлер аралығында аздап қан кету.

Емдеу:

- полипті жою (амбулаториялық жағдайда)
- полиптің өспесі - міндетті түрде зерттелуі керек.

ПОЛЛИНОЗ

(тыныс алу жолдарын, тері, сілекейлі қабықтарды зақымдайтын мерзімдік сипаты бар атопиялық ауру).

Этиологиялық факторлары: өсімдік шандары, ауаның ластануы, тағам түрлері.

Негізгі белгілері:

•көбіне көз бен жоғарғы тыныс жолдарының (жас ағу, мұрын бітелуі, түшкіру, мұрын - жұтқыншақтың қышынуы, жөтел) сілемейлі қабықтары зақымдалады

•дерматиттер

•бронхоспазм

•жүйке жүйесінің зақымдалуы (бастың ауруы, Меньер синдромы, тез шаршау)

•дене қызуының көтерілуі.

Емдеу:

•аллергиялық факторға жоламау

•гистаминге қарсы дәрі - дәрмектер

•арнайы иммунотерапия (міндетті түрде аллергияны анықталуы керек, аурудың қозынуынан тыс жасала береді)

•глюкокортикоидты дәрмектер.

ПЛАЦЕНТАНЫҢ (ұрық) АЛДА ЖАТУЫ

Плацентаның алда жатуы — плацентаның жатырдың төменгі полюсінде бекітілуі немесе ішкі аңқаны жартылай, толық жабуы.

Түрлері:

• плацентаның толық алда жатуы — ішкі аңқаны толық жабу

• плацентаның қырынан алда жатуы — плацента ішкі аңқаның $2/3$ бөлігін жабады

• плацентаның шетінен алда жатуы — плацента ішкі аңқаның $1/3$ бөлігін жабады

• плацентаның төмен алда жатуы — плацента жатырдың төменгі сегментінде жатады, оның төменгі шеті ішкі аңқаға 2-3 см. жетпейді.

Негізгі белгілері:

• кенеттен қынаптан қан кету, көбіне жүктіліктің 3 триместрінде болады, бұл жатыр қабырғаларының тартылуы салдарынан плацентаның жарылуына байланысты

• жатырға жасалған УДЗ 95% дәлдікпен плацентаның алда жатқандығын көрсетеді

•қынап зерттеуінен бас тартқан жөн, себебі ол да қан кетуді күшейтуі мүмкін. Жедел түрде гинекология бөлімшесіне жатқызу қажет. Операцияның түрі мен көлемін хирург - гинеколог анықтайды.

ПРОСТАТИТ

(еркекбездің қабынуы).

Простатит – еркекбездің қабынуы.

Негізгі белгілері:

•жіті простатит: дене қызуы $38 - 40^{\circ}\text{C}$ -ға дейін көтеріледі, қалтырау

•бұтараның қатты ауруы

•зәрдің жиі және ауырып шығуы

•зәрдің қиналып шығу, шықпай қалуы

•еркекбез үлкейген

•созылмалы простатит: білінбей өтуі мүмкін

•бұтарасының, еңқалтаның, жыныс мүшесінің аздап ауыруы

•жиі зәр шығару, никтурия.

Диагностика жасау жолдары:

•саусақпен зерттеу (жіті простатитте без үлкейген, қатты ауырады; созылмалы түрінде – консистенциясын тексеру, ауыртады)

•УДЗ, КТ – без үлкейген, құрылымы анықталады.

Емдеу:

•жіті простатитте ауруханаға жатқызу керек: бактерияға қарсы терапия, абсцесте – хирургиялық ем.

•созылмалы простатитте – бактерияға қарсы терапия (әр 3 ай сайын), физиотерапия.

ПСОРИАЗ

(созылмалы, қайталанып тұратын тері ауруы).

Псориаз – созылмалы, қайталанып тұратын дерматоз. Теріні мономорфты бөртпе қаптайды – диаметрі 8-12 мм - 30 мм болатын, қызғыш - қызыл түсті, беті күлгін - ақшыл түсті кішкентай қабыршақтармен көмкерілген папулалар; папулалардың бірігу тенденциясы бар; папулалардың түсі кейде солғынданып, кейде күшейеді. Псориаз, көбіне білек және тізе сияқты бүгілмелі қабаттарды зақымдайды, терінің үлкен бөліктерін жайлауы мүмкін.

Негізгі белгілері:

•түрлері: қарапайым, экссудативті, артропатиялық, пустулезді, эритродермия

•псориаздың негізгі элементі – қызғыш

- қызыл түсті, беттері қабықталған, бір-біріне жеңіл бірігетін бөртпелер, қабыршақты қырганда, кей жерлері қанайды.

•бөртпелер экссудатпен, сұр түсті іріңді қабықтармен жабылуы мүмкін.

•қол мен табанның майда буындарымен қатар ірі буындар да зақымдалуы мүмкін

•улану белгілері болуы мүмкін.

Емдеу:

•глюкокортикоидты дәрілер

•фотосезімталдықты басатын дәрілер: бероксан, аммифурин, псорален, псоберан, фогем

•кальций дәрілері

•цитостатиктер: метотрексат, циклоспорин.

ҚЫНАП ОБЫРЫ

Қынап обыры – қынаптың сілекейлі қабығының эпителиялық жасушаларының қатерлі ісігі.

Негізгі белгілері:

•қан аралас шығындылар

•жайсыздық сезіну

•үнемі ауырады

•кейінірек көршілес тіндердің

патологиялық процеске араласуымен белгілері анықталады

• тексергенде – сілекейлі қабықта жайылып келе жатқан тіннің болуы, түрлі көлемдегі ісіктәрізді жаңа өспе

• КТ процестің таралуын анықтайды

• биопсия жасау қажет.

Емдеу:

• онкологиялық зақымға күмән болғанда, ісіктәрізді жаңа өспенің бар екендігін анықтау үшін жедел онкологиялық мекемеге тексерілуге және емделуге жіберу қажет.

САРПАЙ ОНЫРЫ

Сарпай оныры – әйелдердің сыртқы жыныс ағзаларының эпителиялық қатерлі ісігі.

Негізгі белгілері:

• **раке in situ** қышыну, сипаты беймәлім ауру

• сыртқы тексергенде көлемі әртүрлі ісіктәрізді жаңа өспелер.

Емдеу:

• ісіктәрізді жаңа өспе анықталған жағдайда жедел түрде онкологиялық мекемеге жіберілуі керек.

КӨМЕЙ ОБЫРЫ

Көмей обыры – көмеидің сілекейлі қабығының эпителиялық жасушаларының қатерлі ісігі.

Негізгі белгілері:

- дауыстың сырылдауы
- жөтел, қан түкіру
- көмейде бөтен денені сезіну
- еңтігу

• жұтынудың бұзылуы, мойын пішінінің өзгеруі, пальпация ауыртады, аурудың соңғы сатысында – жақасты және мойын лимфатүйіндерінің үлкеюі :

• ларингоскопия және биопсия жасау қажет.

Емдеу

• ісіктәрізді жаңа өспе анықталған жағдайда науқасты жедел онкологиялық мекемеге жіберу қажет.

АСҚАЗАН ОБЫРЫ

Асқазан обыры – асқазанның сілекейлі қабығының эпителиялық жасушаларының қатерлі ісігі.

Негізгі белгілері:

- жалпы әлсіздік, тез шаршау
- тәбеттің жоқтығы, етті тағамға тәбеті тартпау

- жүдеу
 - локсу
 - эпигастральды жердің үнемі қақсап, сыздап ауруы
 - кұсу, қан араласуы мүмкін
 - анамнезінде атрофиялық гастриттің, асқазан ойықжарасының бар / жоқтығына айрықша көңіл аудару қажет.
- ФГДС, биопсия, метастазаны анықтау үшін КТ ұсынылады.

Емдеу:

- ісіктәрізді жаңа өспе анықталған жағдайда жедел түрде онкологиялық мекемеге жіберілуі керек

ТЕРІНІҢ ОНЫРЫ

Терінің оныры – тері қабатының сілекейлі қабығының эпителиялық жасушаларының қатерлі ісігі.

Негізгі белгілері:

- теріде шектелген кішігірім, беті тегіс, қызғыш, қызыл, қарақоңыр түйіннің пайда болуы, пальпация жасағанда тығыз екендігі анықталады
- жаңа өспе өсу барысында ойықжараға айналып, қабыршақталады
- ісіктің жан-жағы ақшыл түсті болады
- метастаза сирек береді

Емдеу:

• ісіктәрізді жаңа құрылым анықталған жағдайда науқасты жедел онкологиялық мекемеге жіберу қажет.

ӨКПЕНІҢ ОЫРЫ

Өкпенің оыры – трахео - бронхтық бұтақтарының сілекейлі қабығының эпителиялық жасушаларының қатерлі ісігі.

Түрлері:

жайпақжасушалы формалар, аденокарциномдар, оырдың аз жіктелген түрлері.

Негізгі белгілері:

- тұрақты жөтел
- дене қызуының көтерілуі
- демікпе
- кеудеденің сипаты беймәлім ауруы
- қан түкіру
- плевралық жалқық
- ауру білінбей өтеді және өкпе ісігі профилактикалық рентгендік зерттеуде анықталады
- көбіне, метастаза бауырға, сүйекке берілуі мүмкін.

Диагноз қою үшін рентгендік зерттеу, КТ, фибробронхоэндоскопия, ісіктің биопсиясы.

Емдеу:

• ісіктәрізді жаңа өспе анықталған жағдайда наукасты жедел онкологиялық мекемеге жіберу қажет.

СҮТ БЕЗІ ОБЫРЫ

Обырдың клиникалық формасы.

Түйінді форма – пальпация жасағанда тығыз, дөңгелек, бүдірлі, аз қимылдайтын жаңа өспе білінеді, тері ісікпен жабысып қалады, түйін емізіктің тұсына орналасуы оның деформациясына, ауысуына әкеледі.

Ісінген - инфильтраттанған формада – ісік тез өседі, бездің барлық тіндеріне, қоршаған майлы тінге, кеуденің бұлшық еттеріне тарайды, тері ісікпен ерте жабысады, емізік пен оның айналасының формасы бұзылады және ісікпен жабысады. Ісікке пальпация жасағанда шекаралары нақты емес, қамыртәріздес консистенция, одан тығызырақ бөліктер анықталады, перифериялық лимфатүйіндерге ерте берген метастаза анықталады.

Маститтәрізді форма – ісіктің зақымдалуы маститке ұқсайды.

Толғактәрізді форма – ісік өзгерістері толғақ қысқан кездегі кеуде безінің терісіндегі өгерістерге ұқсайды.

Оккультті форма – қолтықасты түйіндерінің лимфадениті ісіктің негізгі белгісі болып табылады. Лимфадениттің 2-3 аптаға созылуы кеуде безін қатерлі ісікті анықтау үшін арнайы зерттеуді (УЗИ, маммография, КТ, МРТ) талап етеді.

Педжет ауруы – сүт безінің емізігі мен ареолы жабысқан түтіктің ісігі: терісі қызарған, түлейді, емізіктен шығынды ағады; пальпация жасағанда жаңа өспе кеш байқалады.

Емдеу:

•ісіктәрізді жаңа өспе анықталған жағдайда науқасты жедел онкологиялық мекемеге жіберу қажет.

ҚУЫҚТЫҢ ОБЫРЫ

Қуық обыры – қуықтың сілекейлі қабығының эпителиялық жасушаларының қатерлі ісігі.

Негізгі белгілері:

- қан аралас зәр – обырдың алғашқы белгісі
- зәр шығарудың бұзылуы
- ірің аралас зәр (жұқпа қосылғанда)
- еш жері ауырмайды
- кеш сатысында – сүйекке, өкпеге метастаза беруі.

Диагностика жасау амалдары:

•ісіктәрізді өспеге биопсиямен бірге уретроцистоскопия жасау ең ақпаратты әдіс болып табылады.

•зәрді цитологиялық зерттеу

•УДЗ, КТ, МРТ

•эксреторлы урография.

Емдеу:

•ісіктәрізді жаңа өспе анықталған жағдайда науқасты жедел онкологиялық мекемеге жіберу қажет.

ТӨМЕНГІ ЕРІН ОБЫРЫ

Төменгі ерін обыры – еріннің қызыл жиегі эпителиясының және қызыл жиектің бет терісіне шығатын қатерлі ісік.

Негізгі белгілері:

•төменгі ерінде көлемі 8-10 мм, еріннің үстінде шығып тұратын тығыз түйін болады

•түйіннің үсті қызыл - сұр түсті

•түйіннің үсті жараланып, беті қатты қабыршақталған

•жақасты лимфатүіндер үлкеюі мүмкін.

Диагностика жасау амалдары:

•биопсия

- пальпацияда жақасты лимфатүйіндер үлкейгендігі білінеді.

Емдеу:

- ісіктәрізді жаңа өспе анықталған жағдайда науқасты жедел онкологиялық мекемеге жіберу қажет.

ТОҚ ІШЕК ПЕН ТІК ІШЕКТІҢ ӨБЫРЫ

Тоқ ішектің обыры – тоқ ішектің сілекейлі қабығының эпителиялық жасушаларының қатерлі ісігі.

Негізгі белгілері:

- тоқ ішектің оң жақ бөлігінің обыры: сипаты беймәлім тұрақты/тұрақсыз аурулар

- аздап қан жоғалтудың салдарынан жайлап дамып отырған анемия

- пальпация жасағанда ісіктәрізді құрылым байқалады

- тоқ ішек пен тік ішектің сол жақ бөліктерінің обыры – түрлі деңгейдегі іш қатулар болуы мүмкін

- ішперде қуысының сол жақ бөлігінің ауруы

- ішектің өткізбеушілігін дамыту

- қан аралас үлкен дәрет

- бауыр, сүйек, өкпеге метастаза береді.

Диагностика жасау амалдары:

- ирригоскопия

- ісік биопсиясымен бірге ректорома-носкопия жасау

- ісік биопсиясымен бірге фиброэндоскопия жасау.

Емдеу:

- ісіктәрізді жаңа оспе анықталған жағдайда науқасты жедел онкологиялық мекемеге жіберу қажет.

ӨҢЕШ ОБЫРЫ

Өңеш обыры – өңештің сілекейлі қабығының эпителиялық жасушаларының қатерлі ісігі.

Негізгі белгілері:

- жұтынудың бұзылуы – қатты, сосын жартылай қатты тағамды жұтудың қиындауы: оларды жұту кенеттен жеңілдеп кетуі мүмкін, бұл ісіктің ыдырағанын көрсетеді

- жұтынғанда төссүйек артының ауруы

- төссүйек артының ауруы өңеш тіндерінің ісікпен зақымдалғандығын көрсетеді

- тез жүдеу

- жалпы әлсіздік.

Диагностика жасау амалдары:

- өңешті контрастпен (сұйық, жартылай сұйық) рентгендік зерттеу
- биопсиямен бірге фиброэндофагскопия

•кеудеге КТ жасау.

Емдеу:

•ісіктәрізді жаңа өспе анықталған жағдайда науқасты жедел онкологиялық мекемеге жіберу қажет.

ЕРКЕКБЕЗ ОБЫРЫ

Негізгі белгілері:

- дизурия (зәр шығарудың бұзылуы)
- зәрдің шықпай қалуы және тоқтамай қалуы
- гематурия (қан аралас зәр)
- поллакиурия (жиі шығу)
- никтурия (түнде көп шығу)
- кіші жамбас маңының аздап ауыруы
- сүйекке метастаза бергенде зақымдалған жердің ауруы мүмкін.

Диагностика жасау амалдары:

- безді тік ішек арқылы саусақпен зерттеу керек
- УДЗ
- УДЗ, КТ бакылауымен биопсия жасау

- қан тексеру - ерекше антиген
- кіші жамбас, ішперде қуысының ағзаларын УДЗ, КТ, МРТ.

Емдеу:

- ісіктәрізді жаңа өспе анықталған жағдайда науқасты жедел онкологиялық мекемеге жіберу қажет.

ЖАТЫР МОЙНЫНЫҢ ОНЫРЫ

Жатыр мойнының оныры – жатыр мойнының сілекейлі қабығының эпителиялық жасушаларының қатерлі ісігі.

Негізгі белгілері:

- қынаптан өзінен өзі қан кету
- жыныстық қатынастан кейін қынаптан қан кету
- инвазивті өсуінде жатырдың көлемі өседі.

Диагностика жасау амалдары:

- кольпоскопия, биопсия; УДЗ, рентгендік зерттеу, метастазаны анықтау үшін КТ, МРТ жасалады.

Емдеу:

- ісіктәрізді жаңа өспе анықталған жағдайда науқасты жедел онкологиялық мекемеге жіберу қажет.

ВЕНАЛАРДЫҢ ВАРИКОЗДЫ КЕҢЕЮІ

Веналардың варикозды кеңеюі — веналар қабырғаларының патологиялық өзгерістері мен олардың жиырылуының жетіспеуінен кеңейіп, ұзаруы. Көбіне үлкен теріасты веналары жүйесінің үстінгі веналары зақымдалады.

Негізгі белгілері:

- компенсация сатысы — балтыр веналары аздап жараланған, варикоздың кеңеюі де шамалы

- субкомпенсация сатысы — веналардың варикозды кеңеюі, қанның домбығуы, табан мен балтырдың аздап ісінуі, терінің дақтануы, балтырдың бұлшық еттері ауырады, балтырдың бұлшық еттерінің өтпелі дірілдеп жиырылуы, теріасты майлы өзегінің катаюы, тобықтың маңының жаралануы

- декомпенсация сатысы — табан, балтырдың үнемі аздап ісініп жүруі, веналардың күрт кеңеюі, көлемдері үлкенірек варикозды түйіндердің құрылуы, экзема, тілме, жазылмайтын ойық - жаралар, тромбофлебит, жаралардың қанауы, аяқтардың қатты ауруы.

Диагностика жасау амалдары:

- тексеру

- УДЗ – диагностика жасаудың ең тиімді әдісі – үстіңгі және терең веналардағы қанагымы, вена қақпақшасының күйі анықталады.

Емдеу:

- хирургиялық

- консервативті терапия хирургиялық ем жасауға болмайтын немесе науқас операцияға келіспеген жағдайда жасалады

- склерозирлі терапия веналардың шектеулі варикозды кеңеюінде ғана мүмкін

- хирургиялық ем толық зерттеу мүмкін болатын және операцияның түрі квалификациялық деңгейде анықталатын ангиохирургиялық бөлімшеде жасалуы қажет.

РАХИТ (мешел)

Баланың өсіп келе жатқан агзасының кальний жетіспеушілігінен және/немесе оны сіңіре алмауынан туатын балалар ауруы.

Негізгі белгілері:

- аурудың бастапқы кезеңі: ауру

баланың 2-3 айлығында басталып, 3 айға дейін созылады; желке сүйегінің шеттерінің жұмсаруы, желкенің жалпайуы, үлкен еңбектің шеттерінің жұмсаруы, қабырғаға шеміршектің өтетін жеріндегі қабырғалар жалпаяды, білезік сүйектерінің кішігірім остеопорозы

•аурудың асқынған кезеңі: бастапқы кезеңнің белгілері, желке сүйектің шеттерінің жұмсаруы, «етікшінің кеудесі» - төссүйегі мен қабырғаның төменгі үштен бөлігінде пайда болған өспе, «тауық кеудесі» – төссүйегінің қабырғалары дөңестеніп, балтыр сүйектерінің варусты және вальгусты деформациясы, жамбастың тарылуы, маңдай және еңбек сүйектерінің өсуі, қабырғаның шеміршектің оған өтетін жерінде өсуі, білезік пен саусақ сүйектерінің жалпаюы, тістің дұрыс шықпауы

•аурудың реконвалесценция кезеңі – сүйек жүйесі толық қалпына келмейді, өзгерістер байқалып тұрады.

Емдеу:

- табиғи тамақтандыруды тоқтатпайды
- қосымша тамақтандыруды ерте

бастайды (балық майы, уылдырық, жұмыртқаның сарысы, бауыр, ет, сары май)

•эргокальциферол, кальций, калий, магний дәрмектері

•витаминдер, микроэлементтер

•УКС

•таза ауада, қала сыртында ұзақ се-
руендету.

ЖҮКТІЛЕРДІҢ ҚҰСУЫ

Жүктілердің тамаққа қарай алмай, құсуы, негізінен, жүктіліктің бірінші жартысында байқалады

Негізгі белгілері (аурудың ауырлығы):

•жеңіл деңгейі – құсу күніне 3-4 рет бо-
лады, жалпы жағдайы қанағаттанарлық

•орташа деңгейі – құсу күніне 8-10 рет,
кеберсу, аздап жүдейді, тері құрғайды,
диурез (зәрдің шығуы) төмен, пульс
минутына 100 - 120 соққы, дене қызуы
субфебрильді

•ауыр деңгейі – құсу өте жиілейді,
тіпті тоқтамауы да мүмкін, тері құрғақ,
тонусы түскен, тез жүдейді, тері мен
сілекейлі қабық сарғыштанады, диурез
(зәрдің шығуы) жоқтың қасы, тыныс
алғанда ацетонның иісі келеді, есінен та-
нып комаға түсу, өлімге әкелуі мүмкін.

Емдеу:

•емдәм (ащы, тәтті, майлы тағамдар алынып тасталады)

•кеберсуді, қышқылдықты түзету, электролиттердің жойылуы

•гистаминге қарсы дәрілер

•фенотиазин туындылары (жұбатқы дәрілер)

•хирургиялық ем – жүктілікті үзу (көрсеткіштеріне қарай).

СОЗЫЛМАЛЫ ТОНЗИЛЛИТ

(бадамшабез бен оны қоршаған тіндердің жергілікті жұқпалы - аллергиялық ауруы).

Созылмалы тонзиллит – бадамшабез бен оны қоршаған тіндердің жергілікті жұқпалы - аллергиялық ауруы.

Клиникалық тексерілген (тек бадамшабездің зақымдануы) және қайта тексерілген (жергілікті және шалғай жатқан тіндердің) түрлері бар.

Негізгі белгілері:

•таңдай доғашықтарының қызаруы, валиктәрізді болып толығуы

•іркілдек немесе тыртықты өзгерген бадамшабездер мен доғашықтардың түйілуі

•бадамшабез қуысында іріңді
ғығындар пайда болады

•аймақтық лимфаденит.

Емдеу:

•консервативті: бактерияға қарсы те-
рапия – антибиотиктер, сульфаниламид-
тер

•жергілікті емдеу – лакун септикке
қарсы ерітінділермен шаю, жуу

•аса сезімталдыққа қарсы дәрі-
дәрмектер

•иммунокорекция

•консервативті терапия тиімді
болмаған жағдайда хирургиялық ем
тағайындалады.

ТРИХОМОНИАЗ

(зәр шығару - жыныс жүйесін зақым-
дайтын жұқпалы ауруы).

Ол жыныстық қатынас арқылы
беріледі.

Классификациясы: жіті / жітіге жақын
(2 айға дейін созылады), созылмалы (2
айдан аса); трихомон таситын (қабыну
себептері жоқ).

Негізгі белгілері:

•әйелдер: жіті / жітіге жақын вагинит,
уретрит, цистит, жыныс жолдарынан

сары - жасыл шығындылар, көпіршікті, жағымсыз иіс, қышыну, күйдіру, дизурия; қынапқа зерттеу қызару, қан кету, эрозиялар

•ер адамдар: уретрит, простатиттің белгілері.

Емдеу:

•жыныс ағзаларын тазалау

•метронидазол, орнидазол, тинидазол

•клотримазол

•қынапты физиологиялық ерітіндімен шаю.

АЯҚТЫҢ ТЕРЕҢ ВЕНАЛАРЫНЫҢ ТРОМБОЗЫ (терең веналардың қабынып ауыруы).

Терең веналардың қабынып ауыруы, тромбтың пайда болуы. Көбіне, аяқтардың веналары зақымдалуынан.

Негізгі белгілері:

•аяқты қақсатқан ауырлықты сезіну, табан, балтыр, санның ісінуі

•дене қызуының көтерілуі

•тері жылтыр

•аяқтары салқын

•аяқ - қолға пальпация жасағанда, ауырады

•пальпация жасағанда табан, балтыр, санның үстіңгі қабаттары ауырады

•УДЗ орналасқан жерін, тромбтың көлемін анықтайды.

•Емдеу:

•жатып емделу

•аяқ-қолға эластикалық бинтпен компрессия жасау

•бактерияға қарсы терапия

•қанның ұюына қарсы терапия (қанның ұйыту жүйесіне бақылау жасау)

•антиагрегантті дәрмектер.

ҮСТІҢГІ ТРОМБОФЛЕБИТ (веналардың үстіңгі қабатының қабынуы).

Веналардың үстіңгі қабатының қабынуы, тромб құралып, вена қабырғасының қабынуы. Көбіне аяқтың веналары зақымдалады.

Негізгі белгілері:

•зақымдалған жерлердің ауруы

•дене қызуы көтеріледі

•зақымдалған венаның бойына пальпация жасағанда, инфильтрат, ауру байқалады.

•зақымдалған жердің терісі қызарады.

Емдеу:

•жергілікті: гепаринді мазь, гинкор-гель, троксевазин

•НҚҚД

•веналардың варикозды кеңеюінде оперативті ем тағайындалады.

ТУБЕРКУЛЕЗ

Туберкулез – туберкулездің микобактерияларын туындататын жұқпалы ауру.

Түрлері:

балалар мен жасөспірімдердің туберкулезді жұқтыруы.

Өкпе туберкулезі:

•бастапқы туберкулез кешені
•кеудеішінің лимфатүйіндік туберкулезі

•диссеминацияланған туберкулез
•милиарлы туберкулез
•ошақты туберкулез
•инфилтративті туберкулез
•казеозды пневмония
•туберкулома
•қуысты туберкулез
•фиброзды - кавернозды туберкулез
•цирротикалық туберкулез
•туберкулезді плеврит (оның ішінде эмпиема)

•бронх, трахея, жоғарғы тыныс жолдарының туберкулезі

•тыныс ағзаларының туберкулезі, өкпенің шаң - тозаңға байланысты кәсіби ауруы (кониотуберкулез)

Басқа ағзалардың туберкулезі:

•ми қабықтарының және ОЖЖ туберкулезі

•асқазан, ішперде және шажырқай лимфатүйіндерінің туберкулезі

•сүйек пен буын туберкулезі

•зәр шығару, жыныс ағзаларының туберкулезі

•тері ағзалары мен теріасты талшықтарының туберкулезі

•перифериялық лимфатүйіндердің туберкулезі

•көз туберкулезі

•басқа ағзаларының туберкулезі

Классификациясына ескерту. Классификация диагнозда көрсетілген процестің ұзақтығы (өкпеде бөліктері мен сегменттер бойынша, басқа ағзаларда – зақымның орналасуы бойынша), процестің фазалары (инфильтрациялар, ыдырауы, таралуы немесе сорылуы, тығыздалуы, тыртықталуы, ізбестену), сонымен қатар M.tuberculosis – БК(+) или БК(-) болуы және болмауы бойынша жасалады.

Туберкулездің диагностикасы уыт-

тану синдромында болатын жалпы белгілерден, нақты ағзаның зақымдалу белгісінен; туберкулез диагностикасының нәтижелерінен, бактериоскопия және физиологиялық сұйықтар мен тіндердің бактериологиялық зерттеу нәтижелерінен; рентгендік зерттеу нәтижелерінен құралады.

ЖМК жағдайында туберкулез ауруына күдік туған немесе диагнозы анықталған жағдайда науқасты міндетті түрде туберкулезге қарсы мекемеге тексерілуі және емделуі үшін жедел түрде жатқызылуы керек.

БЕЗЕУЛЕР

Безеулер – майлы бездер мен жүнді қалтаның ірінді - қабынған созылмалы тері ауруы. Ауру жасөспірімдер мен жастардың жыныстық толысу кезеңінде басталып 20-25 жасында аяқталады. Морфологиялық субстратпен қатар жүйке - психикалық жағдайы да ауыр болады.

Негізгі белгілері :

•безеулер теріден шығыңқырап тұратын дөңгелек, қызыл түсті, тығыз, үнемі қабынып тұратын бөртпелер

түрінде болады, кейде оларға ірінді сұйық жиналуы мүмкін

•кей безеулер бір - біріне бірігіп, тері мен теріасты талшығының біршама бөлігінің қабынуына әкеледі.

Емдеу:

•емдеу ұзаққа созылады (айлар мен жылдар); табысты емнен кейін қайталаулар жиі болады

•дәрі - дәрмек терапиясы: бактерияға қарсы дәрмектер: гидрохлорид, тетрациклин және эритромицин (мазьдар), азитромицин, котримоксазол және оның аналогтары, клиндамицин (крем, гель), фузидиев қышқылы (жергілікті), пероксид бензоилы, метронидазол (жергілікті), сульфадекортэм, левамизол, диане-35, димексид, безеулерді емдейтін басқа да косметикалық мазьдар, кремдер мен гелдер.

СОЗЫЛМАЛЫ ФАРИНГИТ
(жұтқыншақтың сілекейлі қабығының қабынуы).

Созылмалы фарингит – жұтқыншақтың сілекейлі қабығының қабынуы .

Түрлері: катаральды, . гипертрофикалық, атрофиялық фарингит.

Негізгі белгілері:

- жұтқыншақтың құрғауы, жыбырлауы, «тырнауы», жөтел

- қою тұтқыр сөл, оның жөтелгенде түкірік ретінде түсуі

- тамақ жегенде жұтқыншақтағы жайсыздық

•фарингоскопия сілекейлі қабықтың қызарғандығын, аздап ісінгендігін (катаральды фарингит) көрсетеді; сілекейлі қабық тығыз, іркілдеген, жұтқыншақтың артқы қабырғасы сілекейленген (гипертрофликтік фарингит); жұқарған, құрғақ, жылтыраған сілекейлі қабықтың бетінде сілекей, қабыршық (атрофиялық фарингит).

Емдеу:

- сілтілі, майлы ерітінділермен ингаляция жасау

- шаю

- физиотерапия.

ЖАТЫРДЫҢ ФИБРОМИОМАСЫ
(тегісбұлшықетті талшықтар мен біріктіруші тіндердің қатерсіз ісігі).

Жатырдың фибромиомасы – тегісбұлшықетті талшықтар мен біріктіруші тіндердің қатерсіз ісігі, шекаралары

нақты, жалғыз, көп, көлемдері әртүрлі, гормонға тәуелді.

Түрлері: интромуральды фиброма – бұлшық ет ішіне орналасқан; субмукозды фиброма – бұл да бұлшық ет ішіне, бірақ эндометриға жақын орналасқан; субсерозды фиброма – бұл да бұлшық ет ішіне, бірақ жатырдың күкіртті қабығына жақын орналасқан.

Негізгі белгілері:

- патологиялық етеккірлік қан кету (гиперменорея)

- жамбастың ауруы фибриома тармақтары ширатылып, өліеттенгенде болуы мүмкін

- үлкен фибромиомаларда асқазан, зәр қуығы, зәрағар басылуы мүмкін, соған сай ауру белгілері анықталады (іш қату, зәр шығарудың бұзылуы, зәр шығарудың тоқтап қалуы және т.б).

Диагностика жасау амалдары:

- алдыңғы ішперде қабыргасына пальпация

- УДЗ

- КТ, МРТ.

Емдеу:

- консервативті ем: гонадотропиндердің сөлденуін басатын дәрі - дәрмектер

тағайындалады (қарсы көрсеткіштер: анамнездегі остеопороз)

•хирургиялық ем: науқастың денсаулығы мен өміріне қауіпті мөлшерде қан кеткенде; үлкен, асқынған фибриомаларда жасалады, операцияның түрі мен көлемін хирург - гинеколог анықтайды.

СОЗЫЛМАЛЫ ХОЛЕЦИСТИТ

(өт қуығында тастардың салдарынан болатын созылмалы, жиі қайталанатын, қабыну).

Созылмалы холецистит – өт қуығының оның қуысында пайда болған тастардың салдарынан болатын созылмалы, жиі қайталанатын, қабыну ауруы.

Негізгі белгілері:

•аурудың анамнезі, дұрыс тамақтанбау (арақ-шарап, ащы тағамдарды, шамадан тыс көп қолдану)

•эпигпстральды жердің және оң қабырғаастының аздап қақсап, батып ауруы, үнемі емес.

Емдеу:

•емдәм

•байқалмай асқынғанда: бактерияға қарсы терапия, жалпы миотропты әсер ететін спазмолитиктер

•хирургиялық ем – өт жолы асқын-

бай тұрғанда алып тастау керек (лапароскопиялық холецистэктомия, лапаротомия және холецистэктомия).

БАУЫРДЫҢ ЦИРРОЗЫ

Бауырдың циррозы – бауырдың диффузды фиброзы.

Негізгі белгілері:

•оң қабырғастының үнемі, қақсап, әлсіз қарқынмен ауруы

•анемия

•пальпация жасағанда бауырдың аздап үлкейгендігі, бауырдың тіні тығыз, ұшталған

•тері сарғыштанған, аса сарғыш тартқан, аққабықтанған

•терінің үстіңгі қантамырлары кеңейеді (беті, қабырғаасты)

•портальдыгипертензия: көкбауырдың үлкеюі, өңештің қантамырларының варикозды кеңеюі, өңештен қан кету (өлімге әкелуі мүмкін)

•асцит.

Зертханалық зерттеулер:

•анемия, тромбоцитопения, лейкопения (гиперспленизмде)

•билирубиннің, γ -глобулинның көтерілуі концентрациясы, гипоальбуминемия.

Емдеу:

- симптоматикалык
- емдэм (міндетті түрде арақ - шарап, ащы тағам алынып тасталуы керек)
- консервативті емнің еш тиімділігі жок
- хирургиялық ем – бауыр белгілері теңгерілгенге дейін трансплантацияланады.

ЦИСТИТ

(куықтың сілекейлі қабығының қабынуы).

Цистит – куықтың сілекейлі қабығының қабынуы.

Негізгі белгілері:

- дизурия (жіі, қатты түрде зәр шығарғысы келу, зәр шығарғанда ашытып ауруы)

- никтурия

- зәрдің жалпы анализі: бактериурия, лейкоцитурия, эритроцитурия (міндетті емес), нәруыз, эпителиальды жасушалар.

Емдеу:

- бактерияға қарсы терапия: антибиотиктер, фторхинолондар, нитрофуран туындылары

- түйіліп ауырғанда миотропты әсер ететін спазмолитиктер

- емдэм.

ӨКПЕНІҢ ЭХИНОКОККОЗЫ

(өкпенің эхинокок кисталарын дамытатын ішеккұрт инвазиясы).

Өкпенің эхинококкозы – өкпенің эхинокок кисталарын дамытатын ішеккұрт инвазиясы.

Негізгі белгілері:

- кішкентай кисталардың (диаметрі 5-6 см). белгілері болмайды

- көлемдері үлкен және көптеген кисталарда кеуденің қақсап ауруы, демікпе болуы мүмкін

- фиброзды капсуладан хитин қабығы бөлініп шыққан кезде қан түкіру (өкпенің өзгерген тіндері) болады

- эхинокок кисталарының іріндеуі өкпе абсцесінің белгілерін береді

- эхинокок кисталары бронх тамырына шыққанда ащы дәмі бар, сұйық бөлінген қатты жөтел пайда болады, ауыр аллергиялық реакция болуы мүмкін.

Диагностика жасау амалдары:

- өкпені рентгендік зерттеу.

Емдеу:

- хирургиялық: торакотомия, кистаның құрамын, хитин қабығын жою, өкпе тініне капитонаж жасау.

БАУЫРДЫҢ ЭХИНОКОККОЗЫ (бауырдың эхинокок кисталарының дамуының ішеккұрт инвазиясы).

Бауырдың эхинококкозы – бауырдың эхинокок кисталарының дамуының ішеккұрт инвазиясы.

•көбіне білінбей өтеді (кисталар кішкентай, өт шығаратын жолдар басылмайды)

•оң жақ қабырғаасты қақсап ауырады

•үлкен кисталарда бауыр үлкейеді, ауырсынады

•тері сарғыштанып, аққабықтануы мүмкін

•киста ішперде қуысына шыққанда іш қатты ауырады, аллергиялық реакция болуы мүмкін

•киста тоқ ішекке, өт жолдарына шығады.

Диагностика жасау амалдары :

•бауырға, ішперде қуысына УДЗ, КТ, МРТ жасау.

Емдеу:

•хирургиялық – лапаротомия, кистаны алып тастау, ішперде қабырғасы арқылы фиброз капсуласына қашыртқы салу.

ТЕРІСКЕН

Теріскен – кірпіктің жүнді фолликуласының (сыртқы теріскен), мейбоми безінің (ішкі теріскен) жіті / созылмалы қабынуы.

Негізгі белгілері:

- қабақ шеттерінің қызаруы
- қабақ шеттерінің қышынуы
- қабақ шеттерінің іріндеуі
- аққабақ, сілекейлі қабықтың тітіркенуі
- ауруы.

Емдеу:

- көз тамшылары (сульфацетамид, гентамицин, ципрофлоксацин және т.б).
- көз мазьдары (эритромицин, тетрациклин)
- хирургиялық ем – бір безде орналасуы және фиброз ошағының құралуы.

ТӨТЕНШЕ ЖАҒДАЙЛАР КЕЗІНДЕГІ ЖҰМЫС МАТЕРИАЛДАРЫ
(табиғи, техногенді, эпидемиологиялық апаттар).

Төтенше жағдайлар кезінде жылжымалы медициналық кешенде төмендегідей емдік-профилактикалық шаралар жасалады:

- сырттан ұзақ уақыт қан кеткен-

де кантамырды жұмсақ тіндерімен бірге тігу және кантоқтатқымен бұрау, тацғышпен, тығыз тампондармен тацу; кан-тоқтатқымен бұрауды бақылау қажет

•трахеостомия, тілді тігу, жақ сынықтарының иммобилизациясы арқылы тұншығудың бетін алу, жоғарғы тыныс жолдарының толық өткізгіштігін қамтамасыз ету

•ашық пневмотороксте окклюзивті таңғыштар таңу (эвакуация кезінде пневмоторокстің дамуына бақылау қажет), плевра қуысына немесе пневмоторокс торакоцентозда пунция жасау

•жүрек және тыныс алу әрекеттері тоқтап қалған кезде «ауыздан ауызға» әдісімен жүрекке жабық массаж және өкпеге жасанды желдету жасау

•аяқ сүйектерінің жарақаттары мен сынықтарында және оған соққы қосылған жағдайда, новокаинмен бөгеу қою және транспортпен көшіру, ауыруды басатын және соққыға қарсы дәрмектер мен ерітінділер салу

•ауыр соққы алған, көп қан кеткен жағдайда қан және каналмастырғыш заттар құю

•зәр шықпай қалған жағдайда қуыққа катетер қою немесе капиллярға пункция жасау

•кесіндіде ілініп тұрған аяқ-қолды тілу («транспортты ампутация»)

•жаралылар мен күйгендерге антибиотиктер мен сіреспе анатоксиндер салу

•бастапқы медициналық және дәрігерге дейінгі көмек кемістіктерін жою (таңғыштарды жөндеу, аяқтары жараланғандардың транспортпен дұрыстап көшірілуін қадағалау)

•ауруды басатын дәрмектер, соққыға қарсы ерітінділер салу және зақымдары орташа жаралыларға новокаиннан бөгеу қою

•ашық жарақаттар мен күйіктерде антибиотиктер мен сіреспе анатоксиндерін құю

•жаралар радиоактивті заттармен лаптағанда таңғыштарды ауыстыру, күйіктерге контурлы таңғыштар қою

•ауру белгілеріне қарай түрлі дәрмектер тағайындау.

Бірінші дәрігерлік көмек сатысында соққыға қарсы іс - шаралар жүргізудегі мақсат – жаралыларды емдік профилактикалық ұйымдарға көшіру мүмкіндігін қамтамасыз ету. Науқасты соққыдан толық шығару алғашқы дәрігерлік көмектің міндетіне жатпайды. Шиналарды алып, орнына жаңасын

таңғышты басқаша жөндеу мүмкін болмағанда және транспортты көшірудің кемшіліктері соққыны дамыту қаупін тудырған жағдайда ғана салынады.

Жүрек - өкпе жан сақтауының алгоритмі:

А. Тыныс жолдарының өткізгіштігін қамтамасыз ету

• ауыз қуысын бөтен денелерден тазалау

• басты шалқайту

• ауызды ашу

• төменгі жақты алға шығару

Тыныс жолдарын ауа түтіктері арқылы қалпына келтіру (ТД - 1.02 түтіктері немесе S - түріндегі түтіктер).

Есте сақтаңыз! Тыныс жолдарының толық өткізгіштігін қамтамасыз етпейінше, жансақтаудың келесі сатысына өтуге болмайды.

В. Жасанды тыныс алу:

• «ауыздан ауызға» – минутына 15 рет

• «ауыздан мұрынға» – минутына 15 рет

• өкпені аппаратпен жасанды желдету.

Есте сақтаңыз! Науқастың аузына ауа үрлеп қана қоймай, оның өкпеге жетуін қадағалау қажет.

С. Қанайналымды жасанды түрде ұстап тұру:

•жүрекке жабық массаж жасау техникасы – минутына 60 рет қағу.

Есте сақтаңыз! Жүрекке массаж ырғақты, жұмсақ әдіспен жасалуы керек.

Жансақтауды мынадай ізділікпен жасайды:

-науқастың тыныс жолдарын босату

-өкпеге 2 рет үрлеу жасау

- жүрекке массаж, сосын жасанды тыныс беру керек.

Жансақтауды екінші мынадай ізділікпен жасайды:

-науқастың тыныс жолдарын босату

-өкпеге 2 рет үрлеу жасау

-жүрекке массаж бен жасанды тыныс беруді қатар жасау керек

«Бір қырынан бекітіп жатқызу» техникасы:

1— оң аяғын бүгу

2— оң қолын дененің астына жіберу

3— науқасты оң қырына қарату

4— сол қолын бетінің астына жіберу.

5- Ұзақ уақыт басылу синдромында:

•зақымдалушының басылып қалған жерінің жоғары жағына бұрау қойып, басылған жерін босату керек, зақымдалушыны түгел шығарып алысымен бірден кантамырдан 5% глюкоза

ерітіндісін немесе 0,9% хлорид натрий кұю керек, ауыруды басатын дәрмек салып, транспортпен көшіру керек.

Жылжымалы медициналық кешенге түскеннен кейін науқастың қуығына катетер салынып, зәрдің түсі мен мөлшерін анықтайды, зәр шығаруы бақылауға алынады. Қантамырдан 1000-1500 мл қанауыстырғыштар, мүмкіндік болса – 400 мл 4% г натрий гидрокарбонаты, 10 мл 10% кальций хлоридін кұяды.

Зақымдалушының аяғы ұзақ уақыт басылып қалған жағдайда, бұрау қойып, аяқтың мүмкіншілігін тексереді.

Гангренаның нақты белгілері, сонымен қатар сезімталдығы толығымен жоқ ишемиялық қатпабуын болған жағдайда бұраудың салынғанына 2,5-3 сағат өтсе де, оны алмайды.

Басқа жаралыларда инфузионды терапияда жүрек - қан және антигистаминді дәрі - дәрмектер салады, бұрауды алады, новокаинмен бөгеу қояды, транспортпен көшіреді, зақымдалған жерлер салқындатылады. Егер жаралының жағдайы көтерсе, сілтілі - тұзды сұйық беріледі (шай қасық ас содасы мен шай қасық ас тұзын бір литр суға араластырады). Бірінші кезекпен көшіріледі.

ГЕМОТОРАКС

(түрлі жарақаттардың салдарынан плевра қуысында қан жиналу).

Гемоторакс – түрлі жарақаттардың салдарынан плевра қуысында қан (сұйық, ұйыған) жиналуы.

Негізгі белгілері:

•кіші гемоторакс – плевра қуысының синусында қан жиналуы, зақымдалу белгілері білінбейді

•орта гемоторакс – жауырынының орта деңгейіне дейін қан жиналады, жалпы әлсіздік, демікпе, цианоз, кеуденің ауруы, АҚ 90-100 мм рт.ст. дейін түседі, пульс – минутына 110-120 қағу

•үлкен гемоторакс – жауырынның ортасынан жоғары деңгейіндегі плевра қуысында қан жиналуы

•қанның жалпы анализінде эритроциттер мен гемоглобиннің саны түрлі деңгейде төмендегендігі байқалады.

Диагностика жасау амалдары:

•кеуде ағзаларына кеңейтілген рентгендік зерттеу жасалады: өкпе коллапсы, сұйықтың көлденең деңгейі, көкірекортаның сау жаққа қарай жылжуы (флотция); плевра қуысына пункция жасалады: қанға жасалады; қан тоқтамаған

жағдайда, пункциямен алынған қан ұйытылады.

Емдеу:

- плевра қуысына пункция

- плевра қуысына қашыртқы салу

- қан тоқтамағанда торакотомия жасау; жедел торакотомия жасау: жиналған қанды жойғаннан кейін де қанның шығуы

- веналарға катетер қою және қанды қалпына келтіру

- қан тоқтататын терапия

- плевра қуысына кеткен қанның реинфузиясы.

КҮЙІКТЕР

Күйік – ыстықтың, химиялық электрлік немесе сәулелі энергия әсерінен болған терінің зақымдалуы.

Классификация:

Күйік классификациясы XXVI Бүкілодақтық хирургтер съезінде қабылданған төрт деңгей бойынша:

I деңгей – үстіңгі эпидермальды күйік (терінің қызаруы және ісінуі, артериалды гиперемия және қабыну экссудациясы)

II деңгей – терінің жоғары қабатының

күйігі (іші мөлдір сарғыш сұйықпен толған бөртпе, эпидермистің түскен қабатының астында базальды қабаты қалады)

III А деңгейі – терілік күйік – терінің зақымдалуы, бірақ түгел тереңдігіне дейін емес; көбіне зақымдалу емізік ұшындағы эпидермис қабатымен шектелмейді және терінің терең қабаттары сақталады

III Б деңгейі – күйіктің терінің бүкіл қалыңдығына таралуы, өліеттенуі, ал кейде теріасты талшығына дейін таралуы

IV деңгейі – тек терінің ғана емес, бұлшық ет, сүйек, сіңір, буындардың өлуі.

Емдеу ерекшеліктеріне байланысты күйіктер екі топқа бөлінеді. Бірінші тобына жеңіл күйіктер (I, II и III А деңгейлері), екінші топқа III Б және IV деңгейлер жатады

КҮЙІК АУРУЫ

Күйіктер барлық тіршілік жүйелерін қамтитын патологиялық өзгерістер кешенінен тұрады.

Күйік жарасы және соған байланысты

висцеральды өзгерістер бір бірімен тығыз байланыста және өзара әрекетте болатын зақымдалулар күйік ауруы болып саналады. Ол жеңіл күйіктерде дененің 25-30% көлемінде немесе 10% тереңдігінде дамиды. Сәбилер мен қартаң адамдарда күйік ауруы одан да аз көлемде дамиды. Оның ауырлығы, асқыну жиілігі және қорытындысы негізінен күйіктің терең зақымдалу көлеміне байланысты. Жараның өту сипаты маңызды роль атқарады. Күйік жарасының ылғалды некрозында, өлі және тірі тіндердің аржігі бөлінбеген және олардың біршама бөлігі некробиозда болған жағдайда улы заттардың резорбция беру қаупі өте жоғары. Құрғақ некрозда аурудың ауыр өтуі тері қабатының 15% жері терең күйік алған зақымдаушыларға тән.

I деңгей күйігі және дененің 30% қабатын алатын II немесе IIIA деңгейлері күйіктің тотальды жағдайы болып саналады. III Б және IV деңгей бет, жыныстық мүшелер мен бұтарасының күйіктері, егер күйік 10% артса және аяқ-қолдардың 15% қамтыса, өмірге қауіпті болып саналады.

КҮЙІК СОҚҚЫСЫ

Күйік соққысы жарақаттан кейін 1-3 тәуліктен 10-15 күнге дейін созылады. Одан әрі септикотоксемия кезеңі басталады, оның басталуы жансызданған тіндердің ажыратылу уақытымен сәйкес келеді және онымен патогениялық байланыста. Бұл кезеңнің ұзақтығы әрқалай және күйік жараларының созылу уақытымен анықталады. Олар жазылғаннан немесе операциядан кейін күйік ауруының төртінші кезеңі –тері қабаты қалпына келтірілетін реконвалесценция кезеңі басталады, бұл кезеңде күйік ауруларының дамуына тән бұзылулар қайталанатын.

Соққының үш деңгейі бар: жеңіл, ауыр және аса ауыр.

Төмендегі кестеде берілген мәліметтер күйік соққысының деңгейін шамамен анықтауға мүмкіндік береді.

Күйік соққысын емдеу көп жағынан жарақат соққысына ұқсас, аздаған ғана айырмашылықтары бар. Күйік кезінде қан плазмасының тіндерге қарқынды трансудациясы жүреді, ол ісінуге

әкеледі. Үлкен күйіктің алғашқы бірер сағатында-ақ қан плазмасының мөлшері 25-33% азайып, қан ұйыйды. ОЦК пен гемолиздің азаюынан тін гипоксиясы өседі. Сондықтан да қарқынды оксигенотерапия жасау және көп қан мен қанауыстырғыштар құю керек. Алғашқы 2-3 сағатта 0,8-1,2 л қан немесе плазма, 1,5-2 л хлорид натрийінің изотонии калык ерітіндісін және 5% глюкоза еріндісінін 1 л, 1 л реополиглюкин құю керек. Ауруды басудың маңызы зор (наркотикалық, антигистаминдік дәрмектер салу, новокаинмен бөгеу). Соққыға қарсы терапияда науқас толық тыныштықта болуы қажет, кейбір жағдайларда мазасын алмау үшін күйік жараларын өңдеуді де ысыра тұрған дұрыс.

Күйік соққысына қарсы терапия тиімді жүргізілген жағдайда күйік ауруы біртіндеп токсемин сатысына ауысады.

КҮЙІК СОҚҚЫСЫНЫҢ НЕГІЗГІ БЕЛГІЛЕРІ

Тері қабаттарының жағдайы	Түсі қалыпты немесе солғын	Солғын, құрғақ	Солғын, кейде сұр түсті, құрғақ, салқын
Пульс, мин/қағу	100	100-120	120 аса
Систоликалық АҚ, мм рт.ст.	Қалыпты тұрақты	95-90 төмендей береді	Ұзақ уақыт бойы төмен 90-85
ЦВД, мм. ст.	Қалыпты немесе 50-40 түседі	40-20 дейін түскен	20 төмен
Зәр шығару-дың бұзылуы	Мерзімдік олигурия, тәуліктік көлемі қалыпты	Олигурия, тәуліктік көлемі 600 мл азайған	Анурия (толық немесе аралас), тәуліктік диурез 300-400 мл немесе аз
Қалдық азот, ммоль/л	кейде 30-35 көтеріледі	Алғашқы тәуліктері 40-45 көтеріледі	45 асады

Гемоглобинурия	жоқ	Кейде қысқа уақытқа, алғашқы тәуліктері	Алғашқы сағаттардан ұзақ; зәрдәі түсі кара және күйіктің иісі бар
Локсу	сирек	Жиі, жасырын қанға реакциясы оң	қайталау, кейде көнбейді, «кофенің қоюы» түсті
Асқазан шала салданады	жоқ	жоқ	Күйіктің бірінші сағаттарында
Ацидоз	жоқ немес теңгерілген	Декомпенсацияланған метаболикалық (рН 7,35-7,25)	Декомпенсацияланған метаболикалық (рН 7,25)
Дене қызуы	Субфебрильді	Қалыпты немесе субфебрильді	қалыпты, көбіне төмен

КҮЙІКТЕ АЛҒАШҚЫ КӨМЕК

Күйгендерге ауруханаға дейінгі көмек көрсету жауапты да ауыр тапсырма болып табылады. Қиындықтар бір мезгілде зақымдалғандардың санының көптігіне байланысты туындайды. Өртеніп жатқан пәтерден, көліктен шығару, электр энергиясын өшіру әрбір жәрдем көрсетушіден білім және тәжірибелік дағдылармен қатар батылдық пен шешімділікті талап етеді. Жаппай зақымдануда жәрдем ұйымдастырудың маңызы зор. Жедел көмек көрсетілмей, көніріп алып кетуге зақымданушы шыдай алмауы мүмкін. Ең алдымен, көмек кімдерге көрсетілуі керек, кімді күттіре тұруға болатындығын анықтау және көмек сипаты, оның көлемі, көшіру кезегі, көшіруді медициналық қамтамасыз ету, зақымданушыны қандай ауруханаға жіберу керектігін анықтау қажет. Күйік алушының өміріне қауін төндіретін патологиялық жағдайына қарай, көмек жедел де өнімді, бірізділікпен жасалуы керек. Біріншіден, зақымданушының мінез - құлығымен жатқан жағдайы

ескеріледі. Үстіңгі күйіктерде ауруы зақымданушының жанына батады, олар ыңыранып, қиналып жатады. Ірі күйіктерде, шөлдеп, қалтырайды. Егер ақыл - есі кіресілі - шығасылы болса, газбен улануы, арақ-шараптан және басқа да аралас заттардан улануы мүмкін. Қажетті жансақтау жәрдемін көрсету үшін естің бұзылу себебін жылдам анықтау керек.

Тыныс ағзаларының жағдайын да бағалаған маңызды. Жалынның шарпуынан күйгенде жоғарғы тыныс жолдарының сілекейлі қабықтары да күйеді. Ауыр зақымданғанда тыныс ырғағы бұзылады, кейде көмей стенозының белгілері бар жіті тыныс жетіспеушілігі дамиды. Жарақат алынған жерде соққыға қарсы терапияны жасау үшін күйік жарасының көлемі мен ауырлығын анықтау қажет.

Термикалық күйіктерде ең алдымен жоғары температураны зақымдайтын агенттің әрекетін тоқтатып, зақымданушыны қауіпті аймақтан тез алып шығу керек. Киімді шешу мүмкін болмаған жағдайда жалынды көрпемен

тығыздап басып өшіру керек немесе зақымданушыны күйген жағын жерге басып жатқызу керек. Жалынды су шашып сөндіру қажет, немесе жақын жерде су қоймасы болса, зақымданушыны түгелдей немесе жартылай соған түсіру керек. Жалындаған киіммен, қолдарымен жалыннан қорғана қашуға мүлде болмайды. Көмек көрсетушінің де, зақымданушының да барынша сабырлылығы, шешіммен және ұтымды әрекет етуі зардаптың алдын алуға және оның ауырлығын азайтуға ықпал етеді.

Жалынды басып, зақымданушыны қауіпті аумақтан шығарғаннан кейін жедел жәрдем көрсетуге кірісу керек. Тіндердің гипертермия кезеңін қысқарту үшін күйген жерді суық су, салқын затты басу арқылы салқындатып алу қажет. Киімін шешіп, басына мұз немесе салқын компресс қою керек. Күйік жарасына зарарсызданған құрғақ таңғыш қояды. Зарарсызданған таңғыш болмаған жағдайда басқа таза матаны қолдануға болады. Тіпті болмаған жағдайда күйген жерді бірнеше сағат таңғышсыз

қалдыруға болады. Қол күйгенде ең алдымен саусақтағы сақинаны алу керек, алынбай қалса, кейін ісіну нәтижесінде саусақтар ишемиясына әкелуі мүмкін. Күйген жердегі киімді шешпейді, тігіс бойымен жайлап кесін алып тастайды. Күн суықта киімді толық шешіп тастауға болмайды, себебі зақымданушы тоңып қалады. Барлық басқа жағдайларда ауырды басатын дәрмектер салынады.

Күйген улы заттармен уланған және тыныс ағзалары зақымдалған жағдайда ең алдымен, науқасқа таза ауа жеткізу жағын ойластыру қажет. Тыныс жолдарының өткізгіштігін қалпына келтіру керек, ол үшін ауыз бен жұтқыншағындағы сілекей мен локсу массасын шығарып, тілдің тартылуына жол бермей, ауызды ашып, ауа түтігін енгізу керек.

Клиникалық бақылаулардың көрсетуінше, жарақаттан кейінгі алғашқы сағатта жұтқыншақ қатты ісінеді, мұндайда трахеостомия жасалуы қажет. Сондықтан да трахеостомияны күйік болған жерде және көшіру уақытында жасамаған жөн.

КҮЙІК ЖАРАЛАРЫН ЕМДЕУ

Күйік жараларын емдеуді хирургиялық өңдеуден бастайды, ірі күйікте оны наркоз беріп жасайды. Өңдеу мен әрі қарай емдеу күйік жараларының тереңдігі мен таралуымен тығыз байланысты. Олар аса ірі болатындықтан жұқпаның қайталануына сақ болу қажет. I деңгейдегі күйікте күйіктің үстіңгі қабатындағы күйік бетіне 70% этиль спиртімен дезинфекция жасайды, сонымен қатар дәкеден жасалып, спиртке малынған шариктермен өңдейді. Көбіне балық майы немесе синтомицин эмульсиясы пайдаланылады. Беттің күйігін ашық әдіспен емдейді, оларға әдетте зарарсызданған май жағады. I деңгей күйігі бір апта ішінде жазылып, тыртық қалдырмайды.

II және III А деңгейіндегі күйіктерді бастапқы хирургиялық өңдеуде олардың айналасы мен күйік жаралары спиртпен дезинфекцияланады, күйік беттерін фурациллин мен баска антисептиктің 1:5000 ерітіндісімен шайылады.

Терең күйікте (III Б деңгей) алғашқы жәрдем көрсетіліп, эвакуацияланады.

ХИМИЯЛЫҚ КҮЙІКТЕР

Химиялық күйіктер зақымдалу тереңдігіне қарай төрт деңгейге бөлінеді.

I деңгей қалыпты қабыну процесімен сипатталады, тері қызарып, ісінеді

II деңгейде эпидермис өледі, ал кейде терінің жоғарғы қабаттары да өледі

III деңгей – терінің барлық қабаттары, көбіне теріасты майлы қабат та өледі

IV деңгейде тері мен тереңде жатқан тіндердің өлімімен сипатталады.

Химиялық күйіктерде зақымдалған агенттің табиғаты ескеріліп, мынадай түрлерге бөлінеді:

- коагуляцияланған некрозды тудыратын заттармен күйу

- колликвацияланған некроз тудыратын заттармен күйу

- термохимиялық күйіктер, мұндайда зақымдалуды агрессивті заттар тудырады.

Әдетте, химиялық күйікпен тері зақымданады. Сілекейлі қабықтың күйігі (ішперде, асқазан) тұрмыстық жағдайларда байқамай немесе әдейілеп уксус қышқылын, сілтісін ішуден болады. Химиялық күйік кезінде алғашқы

көмек қаншалықты ертерек көрсетілсе, ол соншалықты тиімді болады. Оның мақсаты – теріге тиген агрессивті заттың әрекетін тоқтату. Бұл үшін алғашқы 10-15 секундте зақымдалған жерді ағып тұрған сумен әбден шаю керек.

Мұндай өңдеу 10-15 минут жасалады. Көмек кешіктіріліп көрсетілген жағдайда шаю уақыты 30-40 минутқа созылады. Осылайша әбден жуғаннан кейін зақымдалған жерді нейтрализациялайтын ерітіндімен өңдейді:

- қышқылдармен күйгенде: гидрокарбонат натрийдің 2% ерітіндісімен, тиосульфат натрийдің 5% ерітіндісімен;

- сілтілермен күйгенде: уксус, бор немесе лимон қышқылының 1-2% ерітіндісімен;

- фосформен күйгенде (жуып жатып, қалдықтарын пинцетпен алып тастайды): мыс купоросының, перманганат калийінің 5% ерітіндісімен, соданың 2% ерітіндісімен;

- иприттің тамшысын мақтамен сүртін алады; хлорамин спиртмен (10% хлорамин ерітіндісін 70% этанол ерітіндісімен), 0,1-0,2% перманганат калий ерітіндісімен.

ҮСІК ШАЛУ

Үсік шалу – тіндердің суық агентпен зақымдалуы (атмосфералық ауа, мұз, қар).

Классификация:

I деңгей – тері қабаты солғын

II деңгей – теріде күкіртті экссудаты бар бөртпе байқалады

III деңгей – теріде геморрогиялық экссудаты бар бөртпе, тері мен теріасты талшықтарының өліеттенуі, кара қабыршақтар байқалады

IV деңгей – тері, бұлшық ет, сүйек, ылғалды гангрена, флегмонаның өліеттенуі, остеомиелиттер байқалады.

Емдеу:

•зақымдалушыны жылы жерге орналастырады (16-18°C)

•терінің зақымдалған жерлерін киімнен босатады

•I деңгейде үсік шалғанда теріні қолмен ысқылайды, теріге зарарсызданған дәрілік май жағылған таңғыш байланады

•3-4 деңгейдегі үсікте – таңғыштар, новокаинмен бөгеледі (аяқтар зақымдалғанда)

•дәрі - дәрмек терапиясы: бактерияға

қарсы дәрмектер, жалпы миотропка әсер ететін спазмолитиктерді артерияға құю

•хирургиялық ем – бөртпелерді ашу, некрэктомия, ірінді жараларды емдеу, ампутация.

УЛАНУ

Улану – ағзаның өмірлік маңызды қызметтерін бұзатын химиялық заттарды қабылдау нәтижесінде болатын патологиялық жағдай.

Түрлі химиялық кәсіпорындардың авариясы, химиялық заттар таситын көлік авариялары, уланған тағамдар, кәсіпорындарда қауіпсіздік шаралары сақталмағанда, террористік, әскери әрекеттері нәтижесінде төтенше жағдайлар туып адамдардың бұқаралық улануына әкеледі.

Улы заттардың әсеріне байланысты төмендегідей бұқаралық улану түрлері бар:

- тері қабаттарының зақымдалуы
- тыныс ағзаларының зақымдалуы
- ас қорыту ағзаларының зақымдалуы
- жүйке жүйесінің зақымдалуы.

Зақымдалу ошағында уланудың зақымданудың қай түріне жататындығын анықтаудан бастау қажет.

Тері қабатының зақымдалуының негізгі белгілері: терінің қызаруы, гипертермиясы, цианозы, экссудатпен толған бөртпелер, эпидермистің түсуі.

Тыныс ағзаларының зақымдалуының негізгі белгілері: тыныс алу жетіспеушілігі, терінің цианозы, жиі\сирек тыныс алу, жөтел, тыныс жолдарының аспирациялық обтурациясы, өкпенің ісінуі.

Асқазан ағзаларының зақымдалуының негізгі белгілері: лоқсу, құсу (бұл белгі басқа да улану түрлеріне тән), ішек коликтері, іш кету, қан аралас үлкен дәрет.

Жүйке жүйесі қызметінің ағзаларының зақымдалуының негізгі белгілері: қимылдын бұзылуы, түрлі құрысулар, парестезиялар, салданулар, гипертермиялар, бас ауырулары, кома.

Бұқаралық улануда ЖМК алғашқы дәрігерлік көмек көрсету әрекеттері.

Тері қабақтары зақымдалғанда: науқасты киімінен босату, терінің зақымданған жерін әбден жуу, зақымданған жерге зарарсызданған таңғыш қою, ауруды бәсеңдететін дәрі - дәрмектер салу,

наукасты тез арада токсикологиялық болімшеге жеткізу.

Тыныс ағзалары зақымдалғанда: ауыз қуысы мен мұрын - жұтқыншақты оларда жиналған құсықтан босату, ауа түтіктерін енгізу, оттегіні жұтқызу, тыныс аналептиктері (сульфокамфокаин, кордиамин, бемеград); жатқызып емдеу.

Асқазан ағзалары зақымдалғанда: асқазанды зондпен шаю; жатқызып емдеу.

Жүйке жүйесі ағзалары зақымдалғанда: құрысқаққа қарсы, жұбатқы дәрмектер, антидепрессанттар, диуретиктер, преднизолон, жатқызып емдеу.

Уланудың барлық түрлерінде емдеу ағзадан улы заттарды тездетіп шығаруға, белгілеріне қарай арнайы терапия көрсетуге бағытталады.

Бұқаралық улануды тудыратын улы заттар тізімі: улы газ, фосфорлы заттар, виикс, бизет, зарин, фосген, дифосген, хлорциан, иприт, люизит, сиэс, азот оксидтері, дихлорэтан, альдегидтер, анилин, хлорпикрин, аммиак, формальдегид.

АЯҚ-ҚОЛДЫҢ ОТАЛУЫ

Толық және толық емес оталу түрлері бар; толық емес оталуда аяқ-қол денемен бұлшық ет, сіңір арқылы ғана ілініп тұрады. Оталу кезінде көп қан кетеді және қатты ауырады.

Жедел жәрдем ең алдымен қан кетуді тоқтатады – бұрау қою қажет.

Екіншіден, зақымдалушыны соққы жағдайдан шығару керек – соққыға қарсы іс-шаралар жүргізіледі (соққыға қарсы сұйықтар, қанауыстырғыш заттар ерітінділері, қан, плазма құю керек, ауруды басатын дәрмектер, преднизолон).

Антибиотиктер, құрысқаққа қарсы дәрмектер, шіруге қарсы сарысулардың үлкен көлемін бір мезгілде енгізу.

Травматологиялық бөлімшеге жеткізу, алдын ала асептикалық таңғыш қойылады.

СҮЙЕКТЕРДІҢ СЫНУЫ

Түрлері:

- жабық сынықтар
 - ашық сынықтар
 - оқ тию сынықтары
 - жұмсақ тіндері жаншылған сынықтар
- қантамыр - жүйке будасы зақымдалған

сынықтар (аяқ - қолды қоректендіретін артерия тамырының толық үзілуі).

Сынықтардың диагностикасын жасау үшін зақымдалған сүйек екі жақты рентгенге түсіріледі және мұнда проксимальды және дистальды буындарды қамтиды.

Негізгі белгілері:

- сынық болған жердің домбығуы, деформациясы

- сынық болуы мүмкін жердің ауруы

- қатты ауруы

- сынған жердің қимыл патологиясы.

Емдеу:

- ауруды басу (жергілікті)

- сынықтарды қолмен қондыру (перифериялық сынықты орта сыныққа қатысты бекітеді, түрлі гипс, пластмасса таңғыштарын тағу)

- сынықтарды хирургиялық жолмен қондыру

- ашық сынықтарда – жарақатқа зарасызданған таңғыш қою, бір рет барынша көп мөлшерде антибиотиктер салу, сіреспеге қарсы сарысу, аяқ-қолды шинамен бекіту, зақымдалушыны травматологиялық бөлімшеге жеткізу

- оқ тию сынықтарында артериялық қантамыр зақымдалғанда, жұмсақ

тіндер ұзақ басылғанда – алғашқы дәрігерлік көмек және зақымдалушыны травматологиялық бөлімшеге жеткізу.

ЖАЛПЫ МҰЗДАУ

Жалпы мұздау төмен температура салдарынан дамиды (атмосфералық ауа, су), орталық жүйке жүйесі, жүрек - қантамыр, тыныс алу жүйелерінің қызметі киындайды, метаболизм.

Негізгі белгілері:

- 1 деңгей (адинамикалық): мәңгіру, қалтырау, терінің түсі солғын, аздаған брадикардия. Емдеу: жалпы жылыну, ыстық ішу, ауруханаға жатқызу

- 2 деңгей (мелшиген): есінен тану, адинамия, терінің түсі солғын, акроцианоз, пульс минутына 30 рет, АҚ төмен, тыныс алу сирек. Емдеу: жалпы жылыну, венаға жылы ерітінділер құю, кардиотоникалық дәрмектер, антиоксиданттар, қарқынды терапия бөлімшесіне жатқызу.

- 3 деңгей (кұрысу): ұзақ уақыт есінен тану, локсу, құрысқақ, бұлшық ет сіреспелігі, көз қарашықтарының тарылуы, АҚ 30 мм сынап бағанасы. төмен немесе анықталмайды, пульс минуты-

на 30 рет қағу, тыныс сирек (6-8 в мин. дейін), сіңір рефлекстері анықталмайды.

Емдеу:

қыздырылған оттегімен ӨЖЖ, сірес-пеге қарсы дәрмектер (диазепам), та-мырды кеңейтетін дәрмектер (папаве-рин, эуфиллин, но-шпа) беріліп, трентал, венаға қыздырылған ерітінді құю қажет. Ацидез, гипокглиемияның алдын алу үшін қан биохимиясы үнемі бақылауда болуы қажет.

Жалпы мұздау үсікке әкелуі мүмкін.

ОҚ ТИЮ ЖАРАҚАТТАРЫ

Жарақаттар мынадай түрлермен ажы-ратылады.

Олар: оқ тиген жарақат, жарқыншақ жарақаты, жарылғыш заттар әсерінен туындаған жарақат, бөлек жарақат, көп жарақат, құрамдас жарақат; ауырлығына қарай-жеңіл, орта, ауыр, аса ауыр және жарымжандықпен сәйкес жаралар бо-лып бөлінеді.

Негізгі белгілері:

- Жарақаттың белгілері зақымданған ағзалар қызметінің өзгеруімен, ауыр-лығымен, асқынуымен анықталады. (науқас сандырағы, қансырау көлемі, жұқпалы аурулардың асқынуы)

Хирургиялық көмектің көрсетілуі зақымданған мүшеге байланысты белгіленеді. Олар: іш перде қуысы, кеуде, зәр шығару және т.б. ағзаларына операция жасау.

Жарақатты өңдеу әскери - дала хирургиясының жағдайына байланысты анықталады.

Жарақатты өңдеудің бастапқы хирургиясы (БХӨ): кесу, жарамсыз тіндерді тілу, жарадағы анатомиялық байланысты қалпына келтіру; ерте БХӨ-жараны бірінші күннен бастап өңдеу. Мерзімді БХӨ-жараны екінші күннен бастап өңдеу және кеш БХӨ-үшінші күннен кейінгі өңдеу.

Қайталанған жарақаттарды хирургиялық өңдеу ҚХӨ: тіндердің өліеттенуіне, жұқпаның асқынуына әкелетін жарақаттарға операция жасау.

Ұсақ сыртқы, тесілген, көптеген сыдырылған, терең емес жарақаттар хирургиялық өңдеуге жатпайды.

Бастапқы тігісті тек бет, бас, еңқалта жыныс мүшесі, ашық пневмоторакс жарақаттарында жасайды; лапартомиядан соң тігістер құрсақ қабырғасынан бастап теріге дейін, ал буын жарақаттында

тиіс тек буын капсуласына жасалады; жараны ірің, сарысу, сұйықтықтан құрғату кажет.

Қол - аяқ ампутациясы БХӨ кезінде тігісі мүшенің қалдығынсыз жүргізіледі.

Жарақаттанудың барлық жағдайында антибиотиктердің барынша көп дозасы бір рет пайдаланылатын сіреспеге қарсы дәрі егіледі.

КЕУДЕ ҚУЫСЫНЫҢ ЖАРАҚАТТАРЫ

Кеуде қуысының жарақаттары ашық, жабық жарақат болып бөлінеді.

Жабық жарақаттарға: жұмсақ тіндердің зақымдануы, қабырға кеуде қуысының сынуы, ішкі ағзалардың зақымдануы (жүрек, өкпе, өңеш, көк ет) жатады.

Ашық жарақаттарға: көкірек қуысына еніп, ішкі ағзаларды зақымдайтын жарақаттар жатады.

Жарақаттардың екі түрі де адам өміріне қауіпті. Себебі олар: қансырауға, ССС терең бұзылуына, сандырақтауға, ауа жетіспеушілікке әкеп соғады.

Кеңірдек және ірі бронхтардың (негізгі және бөліктік) (қуыстар, көкірек қуысы)

ажырауы ауаның өкпе қуысына өтіп плевра қуысына ауа жиналуына әкеледі.

Диагностика тез арада жүргізілуі қажет. Олар перкуссия, аускультация рентгенологиялық зерттеулер.

Емдеу :

ЖМК жағдайлары: плевра қуысында ауаны шығарып барып тексеру, плевра қуысына қашыртқы салу (Бюлау әдісі бойынша, мүмкін болса, ауаны сорып тастау)

- Соққыға қарсы іс - шаралар

- Зақымдалушыны хирургиялық бөлімшеге жеткізу.

- Қолқа және өкпе қантамырларының жарылуы.

- Жарақат өлімге әкелуі мүмкін.

- Басқа жағдайларда тез арада кезде қуысын ашу, қан аққан тамырды анықтап оны таңу, зақымданған адамды хирургиялық бөлімшеге жеткізу.

- Жүрек жарақаты

- Жүрек жарақаты өз кезегінде өлімге әкелуі мүмкін

- Кейбір жағдайларда жүрек қызметі сақталуы мүмкін (мысалы, жүрек тығындау кезінде)

• Мұндай жағдайда зақымдалушыларға тез арада көмек көрсету қажет. ЖМК жағдайларында жедел торақтомия жасап, жарақатты тігу зақымдалушыны хирургиялық бөлімшеге жеткізу.

• Өңеш жарақаты

• Өңеш жарақаты пневмомедиастинум, тері асты эмфизема көкірек қуысының асқынуымен жалғасады. Өңеш диагностикасының рентгенологиялық зерттеуін суда еритін контраста өткізеді.

ЖМК жағдайы кезінде мынадай іс-әрекеттер жасалады: соққыға қарсы іс-шаралар жүргізу, антибиотиктердің бірішіерлік барынша көп мөлшерін енгізу және сіреспе ауруына қарсы сарысу егу, науқасты тез арада хирургиялық бөлімшеге жеткізу

• Өкпе жарақаты

• Өкпе жарақаты кезінде тін мен ұсақ альвеолдық бронхтардың гемморагиялық жиналуы.

Алғашқы дәрігерлік көмекті соққыға қарсы іс - шаралар арқылы жүргізу керек, жөтелге қарсы дәрілер тағайындалмайды. Хирургиялық бөлімшеге жатқызу.

ЖҮРЕК ЖАРАҚАТЫ

Жүрек жарақаты төс сүйегінің астыңғы бөлігіне қатты соққы тиуі арқылы болады.

Жүрек жарақаты кезінен жүрек маңайы сыздап, тыныс тарылуы, терінің боз түсті болуы, суық тер, артерия қысымының төмендеуі, тамыр соғысының 140-150 көрсетуі, жүрек соғу ырғақтығының бұзылуы байқалады.

ЖМК жағдайындағы емдеу шаралары, соққыға қарсы шаралар, антиаритмикалық дәрілер егіледі. Науқасты қарқынды терапия бөліміне жеткізу.

КӨКІРЕКОРТА ЭМФИЗЕМАСЫ

Басқа жағдайларда мойын, бет, кеуде қуысы, алдыңғы ішперде қабырғасына қарай тез әрі ауқымды дамиды, тыныс алу және жүрек жетіспеушілігін тудыратын көкірекорта эмфиземасының себебін анықтау мүмкін емес.

Эфиземамен күресудің ең тиімді жолы супрастернальды медиастинотомия. Медиастинотомияны емдеу: төссүйегінің үстіне ауруын басатын дәрмек салу, төссүйектің артқы қабырғасынан 8-10

см тереңдікке дейін анестезия салу, теріні 4-5 см ұзындықта тілу, саусақпен тексеру арқылы төссүйектің артқы қабырғасында канал қалыптасады, дренаж орнатылады, (резеңке түтікше), дренаждың жан - жағына тігістер қойылады.

Кеуде қуысының қысылуы (ішкі ағзалардың зақымдануынсыз).

Негізгі белгілері:

•Кеуде қуысындағы ауырсыну, төсүйегі артының ауруы

•Қатты жөтел, қан түкіруі мүмкін

•Демікпе, жиі тыныс алу

•АҚ төмендеуі, тамыр соғысының жоғары жиілігі

•тері солғын, қызарған, көгерген

•ақыл - естің кейде шатасуы

•рентгенграммада көрсетілген өкпе гініндегі инфильтраттар

Емдеу:

•Соққыға қарсы іс - шаралар

•ӨЖЖ

•Интенсивті терапия бөлімшесіне жатқызу

Ішперде қуысының жарақаттары ашық және жабық болып бөлінеді.

Ішкі ағзалардың зақымдануының негізгі белгілері:

•Қуықасты ағзалардың жыртылуы кезінде ішперде қуысындағы ауырсынулар

•Пальпация кезінде алдыңғы іш перде қуысының жиырылуы

•Щеткин - Блюмберг белгісі оң

•Рентгенсуреттерде – ішперде қуысында – ғаз жиналады

•Паренхималы ағзалардың зақымдануы кезінде (бауыр, көкбауыр) әр түрлі деңгейдегі қансырау белгілері байқалады.

Емдеу:

•шұғыл лапаротомия

•оперативті араласуды ішперде қуысының зақымдалуына қарап белгілейді

•науқасты хирургия бөлімшесіне жеткізу

Ішперде қуысының ашық жаракаттарында шұғыл лапартомия қажет. Оперативті араласуды зақымдалған ағзаларға қарап анықтайды.

БЕТ ЖАРАҚАТЫ

Бет жаракаты кезінде бірінші рет ауыз мұрын қуысын тексеру қажет. Бет жаракаты кезінде айтарлықтай

жарақаттар, көп қан кетуі, ауыз мұрын қуысының маңайында қанның ұйыуы асфиксияға алып келеді.

Ұйыған қаннан тазартқан соң бет жарақатының түрі анықталады.

Жыртылған - соғылған жарақаттарда (бет жарақатында қан кету өте көп болады) қан кетуді тоқтату қысу арқылы (саусақпен, тампон тығу), ешуақытта қысқыш арқылы тоқтатуға болмайды, жүйке жүйесі зақымдануы мүмкін.

Қан кетуді операция жағдайында тоқтатып, өңдеп, таңу қажет.

Бет сүйегінің сынуы. Бет сүйегінің сынуы бет доғасының жақ сүйегімен байланысқан жерінде жиі болады.

Белгілері: сынған жердің ауруы, ауызды ашқанда, шайнағанда, төменгі жақ сүйегінің қозғалмауы.

Төменгі жақ сүйегінің сынуы, мойын аумағының орта сызығында жиі кездеседі.

Белгілері: ауыз ашылмайды, сынған жердің ауруы, шайнау мүмкін емес, пальпация жасағанда сынған жердің қатты ауруы.

Жоғары жақ сүйегінің сынуы, сыну сызықтары әртүрлі, жарақаттарға мұрын сүйектері, көз, синустар қосылады.

Сыну өте ауыр, түрлі жарақаттармен қосылып, есінен тану, ми қозғалысы сияқты түрлі ауру белгілерімен қоса жүреді.

Бет жарақатын алғандар бет - жақ сүйегін емдейтін хирургке қаралуы қажет.

БҮЙРЕК ЖАРАҚАТЫ

Бүйрек жарақаты үш түрге жіктеледі:

I деңгей – бүйректің соғылуы (капсула ішінде қанның ұюы, паренхимадан қан кету)

II деңгей – бүйрек түбегіне жетпеген жыртылу, бүйрек тіндерінің гематомасы

III деңгей – бүйрек паренхимасының жыртылуы кезінде бүйректің үлкен қан тамырларының зақымдалуы.

IV деңгей – жаншылуы және бүйректің түбінен жұлынып кетуімен сипатталады (қантамыр, несеп жолдараның зақымдалуы)

Негізгі белгілері

•Айрықша белгілері гематурия (бүйректің жұлынып кетуінен басқа)

•Бел аймағындағы ауру, іш қуысындағы аурулар

•Өте ауыр жарақатта – травмалық шок, көп қан жоғалтуы мүмкін.

Диагностика жасау амалдары:

•ЖМК жағдайындағы диагностика жасаудың ең тиімді жолы УДЗ жасау

Емдеу :

•Ауыр жарақатта – ауруды шоктан шығарудың іс - шаралары, қан құю, каналмастырғылар пайдалану

•Науқасты тез арада хирургия/урология бөліміне жеткізу

•I-II деңгейде науқасты урология бөліміне жатқызып, бақылауда ұстау.

•Бүйректің ашық жарақаттарына (оқ жарақаты, жарылған - кесілген жарақаттар) жатады.

Негізгі белгілері:

•жарақаттан кейінгі соққы, қанның көп кетуімен анықталады. Алғашқы жәрдемнен соң тез арада науқасты аурухананың урология / хирургия бөліміне жатқызу.

ҚУЫҚ ЖАРАҚАТЫ

Қуық жарақаты ашық және жабық болып бөлінеді.

Ашық жарақаттар оқ жарақаты, жарылған - кесілген жарақат

Жабық жарақаттар - тола қуықтың жарылып кетуінен болатын іш - қуыс

жарақаты, оның жыртылуы, зәрдің іш - қуысына таралуы, жамбас сүйегінің сынуында болатын ішперде жарақаты.

Негізгі белгілері:

- анурия, олигурия, гематурия
- қасаға үстінің ауыруы
- қасаға үстіне пальпация жасағанда ішперденің белгілері күшейеді
- жарақаттан кейінгі сокқы.

Емдеу:

- қуық жыртылмаған жарақатта 3-5 күн бойы бақылауда болуы керек
- іш - қуысы жарақатында лапартомия, ажырауларды тігу, эпицистома, тұрақты катетер қойылады. Науқасты хирургия немесе урология бөліміне жатқызу.

ОМЫРТҚА - ЖҰЛЫН ЖАРАҚАТЫ

Омыртқа - жұлынның зақымдалуы – жұлынның зақымдалуынсыз омыртқаның зақымдалуы, жұлын жарақатындағы омыртқаның зақымдалуы, омыртқаның орнынан жылжуы және жылжымауы; омыртқа өсіндісі мен доғашықтарының сынуы;

Түрлері: ауыр емес жарақаттар (жұлын омыртқасының және оның түбіршектер

жүйесінің зақымдалуынсыз) және асқынған жарақаттар, жабық жарақаттар (жұмсақ омыртқа тіндері мен терінің зақымдалуынсыз); ашық (жұлын омыртқасына енген және енбеген жарақаттар).

Көбінесе бұл жарақат түріне төменгі мойын және жоғары – кеуде омыртқа, төменгі кеуде және жоғары - омыртқа жарақаты ұшырайды.

•ЖМК жағдайында мыналарды бекіту қажет: қанша және қандай омыртқаның зақымдалғанын, жұлын-омыртқасының қаншалықты зақымдалған (сезімталдығы және қимыл қозғалысы қандай дәрежеде, жүрек жұмысы мен тыныс алу жолдарының бұзылуы, жамбас ағзалары қызметінің бұзылуы) жарақаттан кейінгі соққының белгілерін анықтау.

Емдеу:

•Жарақаттан кейінгі соққыға қарсы іс-шаралар

•Омыртқаны иммобилизациялау - қатты зембіл, мойын корсеті

•Науқасты нейрохирургия бөлімшесіне жедел түрде жеткізу

БАССҮЙЕК МИ ЖАРАҚАТЫ

Бассүйек ми жарақаты – ашық, жабық, бассүйек қуысына енетін және енбейтін болып бөлінеді.

ЖМК жағдайында ми шайқалуы кезінде бақылау мен сипатын анықтап жүргізу қажет (неврапотолог пен хирургтың кеңесінен сон).

•Әрі қарай науқас неврапотологтың бақылауында болуы тиіс.

•Ми шайқалғанда, мидың кіріккен жарақатында науқасты нейрохирургия бөліміне жіберу: зембілмен, мойын корсетімен.

•Алғашқы дәрігерлік көмек корсету: ауырғанды басатын дәрмектер салу, антибиотиктердің бірқолданбалы көп мөлшерін егу, сіреспе ауруына қарсы егу, зарарсызданған таңғышпен орап тастау.

•Алғашқы хирургиялық өңдеу неврологияның ошақты белгілері болмағанда, кірікпейтін жарақаттарда, бассүйегі жарақаты болмаған жағдайда ЖМК-де жүргізілуі мүмкін

ГЕММОРОГИЯЛЫҚ КОНГО - ҚЫРЫМ ҚЫЗБАСЫ

Гемморогиялық Конго - Қырым қызбасы - табиғи ошағы бар, жоғары температурамен өтетін жіті инфекция, қоздырғышы – нейровирустардың түрі арбовирус; қоймасы – ұсақ сүтқоректілер; таратушылар – ixodidae тобының кенелері, ауру адамнан жұғуы мүмкін; көктем - жаз айларына тән;

Негізгі белгілері:

- Инкубациялық мерзімнің ұзақтығы 14 күн.Продромальды кезең аралығы 9 күн. Ауру дене қызуының тез арада көтерілуінен, қалтыраудан басталады. Дене қызуы (38-40°C) дейін

- Бас ауруы, іш қуысындағы ауырсыну сезімі, бел аймағындағы, бұлшық еттердің ауруы, құсу сондай - ақ іш өтуі мүмкін.

- Бет, кеуде қуысының жоғары жағының қызаруы, жұтқыншақ гиперемиясы, конъюнктивит, тіл құрғақ ақ - сұр түсті, Пастернацкий белгісі, елеусіз брадикардия, АҚ төмендеуі.

- Геморрогиялық мерзім 6 - 7 күннен соң басталады: іш терісі, кеуде қуысының сыртында, иық белдеуінде, білек, жамбас сілекейлі қабықта - бөртпе, ал асқазан

- ішек, мұрын, ауыз қуысы, жатырдан қан кету, қан түкіру, макрогематурия байқалуы мүмкін.

• Одан соң аурудың белгілері асқынуы мүмкін: жалпы әлсіздік, ақылдың ессіз күйге жетуі, менингоэнцефалиттік белгілер, қан қысымының төмендеуі, тахикардия, құсу, іштің кебуі, бауырдың үлкеюі, пальпация кезінде ауырсыну, бел аумағындағы ауырлық, Пастернацкий белгісі.

Емдеу:

• Науқасты оқшаулау, арруханаға жатқызу

• Инфекциялық бөлімшеге жатқызу

• Дәрілік терапия - емдеу тәсілі дезинтоксиканттық дәрілер, десенбелизациялық терапия, қан құю, гемостатика, аминкапрон қышқылы, фибриноген, дәрумендер, бактерияға қарсы дәрілер.

ТУЛЯРЕМИЯ

(табиғи ошағы бар зооноздық ауру; лимфатүйіндердің улануы).

Туляремия – табиғи ошағы бар зооноздық ауру; лимфатүйіндердің улануы; қоздырғышы – ұсақ - қозғалмайтын грам - негативті кокко - бациллалар;

эпидемиология қоймасы – үй тышқаны, сұр тышқан, су егеуқұйрығы, ондатра, қояндар; жұғу жолдары: тістеу, ауа арқылы, тағам арқылы.

Негізгі белгілері:

• Аурудың басталуы: дірілдеу, бас, буын аурулары, беттің ісінуі, ауыз қуысының сілекейелі қабығы, аймақтық лимфаденит, бірнеше күннен соң бауыр және өт жолдарының үлкеюі, гематурия.

• Бубондық түрі: мойын лимфатүйіндерінің үлкеюі, жақасты, бұлшық ет астының аса ауырсынулары, іріндеу кезінде терең жараға айналады; жәндіктер шақса капсуладан, аймақтық бубон қалыптасады; алиментарлы жұғу кезінде біржақты, екіжақты катаральды, некротикалық ангинадан жақасты бубоны қалыптасады.

• абдоминальды түрі: іштегі қатты ауырсынулар, құсу, іштің кебуі, іш қату/оту; пальпация жасағанда үлкейген, бүдірленген лимфатүйіндер білінеді;

• жеңіл түрі: бронхит, пневмонияның белгілері; рентген суреттерінде өкпе түбі медиастинумда үлкейген лимфатүйіндерді байқауға болады.

• генерализацияланған түрі: жалпы ауыр жағдай, сепсистік белгілер, аймақтық лимфаденит.

Емдеу:

- Ауруханаға жатқызу
- Бактерияға қарсы терапия: стрептомицин, тетраглицинципрофлаксия, аминглюеозидтер
- Белгілеріне қарсы терапия

ТЫРЫСҚАҚ

Тырысқақ - аса қатерлі, жұқпалы ауру, ағзаның сусыздануы жағдайында іштің өтуі, құсу, қоздырғышы – тырысқақ вибрионы, (теріс қозғалмалы бактерия); қоймасы – ауру бактерия таратушылар; таралу жолдары – азық - түлік тағамдары, су.

Негізгі белгілері:

- Бірнеше сағаттан 5 күнге дейінгі инкубациялық кезең
- Жалпы сырқат
- Ішкі ағзадағы ауырсыну сезімі, құсу.
- Іштің өтуі - күн сайын 10л дейін, күріш сорпасы секілді зәр сұйықтығы.
- Қашыртқы салу, жүрек - қан тамырдарының жетіспеушілігі, гипотермия, анурия, құрысу, демікпе
- Жіті бүйрек жетіспеушілігі
- Қан құрамында - гипонатремия, ги-

покалемия, гипоглекемия, нейтрофильді лейкоцитоз, ацидоз

Емдеу:

- Ауруханаға жатқызу
- Бактерияға қарсы терапия: доксицилин, тетрациклин, ципрофлоксация, фуразалидон, күретамырға тұз ерітінділерін салу
- Белгілеріне қарсы терапия

ОБА

Оба - аса қатерлі табиғи - ошақты жұқпалы ауру, улану, өкпе лимфатүйіндерінің 100% өлуімен сипатталады; қоздырғышы – теріс грамды бактерия; резервуары – кеміргіштер; оба егеуқұйрықтардың бүргесімен адамдар арқылы таралады.

Бубон обасының негізгі белгілері:

- 1-6 күндер инкубациялық мерзім
- Температураның кенеттен жоғарлауы
- Қатты бас ауруы, жалпы әлсіздік
- Бубон тез дамиды лимфотүйіндердің үлкеюі көп байқалатын қолтық және шап аумағындағы ауырсынулар
- Бубон диаметрінің басқа тіндермен бірге 10 см үлкеюі, пальпация жасағанда

ауырсыну, іріндеп, қантамырларына қашыртқы салынып, менингитке, өкпе обасына, септикалық обаға айналуы мүмкін.

•Алғашқы - өкпе обасының негізгі белгілері:

•Кенеттен кеуде қуысында қатты ауырсынулар

•Жөтелде қан қақырығының бөлінуі

•Жүрек - өкпелік жетіспеушілігінің тез дамуы

•Қақырықпен бірге оба бактериялары 100% бөлінеді

•Ішек - обасының негізгі белгілері

•Ішперде қуысындағы ауырсынулар

•Профузалық диареяда қан мен сілекейдің бөлінуі

•Обаның алғашқы - сепсистік негізгі белгілері: сілекейлі қабықшадағы көптеген геммалогиялар, асқазан - ішек, бүйректен қан кету

•Жалпы уланудың белгілері айрықша көрсетілген

Емдеу:

•Ауруханаға жатқызу

•Стрептомицин, тетрациклин, хлорамфеникол,

•Уытсыздандыру терапиясы

•Белгілеріне қарай терапия.

СІБІР ОЙЫҚЖАРАСЫ

Сібір ойық жарасы – қатерлі зоонозды жұқпалы ауру түрі – теріде орналасқан, көршиқан және ойықжараның жайылып кетуімен сипатталады; қоздырғышы – грампозитивті, қозғалмайтын, бір жасушалы ағзалар құралатын бактериялар. *Bacillus anth-racis*; резервуары – шөпқоректі жануарлар; жұғу жолдары – шыбын, індет жұққан ет, зарарланған материал.

Тері түрлерінің негізгі белгілері:

- Инкубацилық кезең 7-8 күнге дейін
- теріде қызылдақтардың пайда болуы (көбіне бас, мойын) қоңырқызыл түсті түйіншектердің үдеуі, одан кейін сулы бөртпелі, сірнелі сұйықтың тез арада қарақошқылға айналуы, одан бөртпенің орнында қабыршақ пайда болады, кейде бөртпенің жанында инфильтрат пайда болуы мүмкін.

- аумақтық лимфаденит, лимфангиит

- лимфаденит, лимфангиит

- жалпы ағзаның улануы: дене қызуы көтерілуі, қан қысымының төмендеуі, дененің әлсіздігі

Сепсистік түрдің негізгі белгілері:

•өкпе түрі: улану, мұрынның бітуі, көп мөлшерде көбік, қан аралас қакырық бөлінуі, одан соң тыныс алу жетіспеушілігін тудыратын ауыр пневмония дамиды

•асқазан - ішек түрі қатты ауырсынулар: улану, ішпердесіндегі қатты ауыру, лоқсу, құсу, қан аралас диарея; асқазанда ойықжараның жарылуы, перитониттың қабынуы

Емдеу:

•ауруханаға жатқызу

•бензилпенициллин, тетрациклин, хлорамфеникол, сібір ойықжарасының иммуноглобулині

•уытсыздандыру терапиясы

•ойықжараға бор қышқылы бар таңғыш тарту.

АУСЫЛ

Аусыл – аса қатерлі зоонозды жұқпалы ауру, терінің шиқанды - эрозиялы зақымдау арқылы, улану белгілерімен анықталады; қоздырғышы - Aрhтovirus тобының вирусы; резервуары – үйдің және түздің тұяқты жануарлары арқылы; таралу жолдары – қоздырғыштың зақым-

далған теріге, сілекейлі қабыққа, етке түсуі, ауа - шаң арқылы жұғуы.

Негізгі белгілері:

- басталуы ауыр: дене қызуы жоғары, қалтырау, бас ауруы, миалгия, аймақтық лимфаденит, ауыз қуысы қызарған және сілекейлі қабығы ісінген, ұсақ көпіршіктердің анық және күңгірт болуы, тіл ұшы мен жан - жағында көпіршіктердің көп жиналуы, көпіршіктер тез жарылып, орнында ірін мен ойықжаралар пайда болады

- мұрынның сілекейлі қабығы, үрпі зақымдалады

- мұндай зақымдалу тек теріде болуы мүмкін

Емдеу:

- ауруханаға жатқызу

- ауыз қуысы мен және теріге күтім жасау, (5% оксалин мазы)

- лазерлік және ультракүлгінді сәулелендіру терапиясы

- уытсыздандыру, белгілеріне қарсы терапия.

ТЫНЫС АЛУ АҒЗАЛАРЫ АУРУЫНЫҢ ҚЫСҚАША СИМПТОМАТИКАСЫ

ӨКПЕНІҢ АБСЦЕСІ

(өкпе пішінінің беиспецификалық ірінді - некрозды қабынуы, некрозды бөлшектері толықтай ыдырап, өкпе тілімдерінің ірінді қаптамасының тез арада өліеттенуі).

Абсцестің жіті, созылмалы және тазаланған (жалған жылауық) түрлері бар.

Бастапқы сатысы - абсцесс қуысы түгелдей некроздалған бөліктермен, іріңмен толтырылған, қуыс қабырғасынан некроздық бөліктердің, бронх арқылы іріңнің дренажы жоқ. Рентген көрінісінде өкпе тінінің инфильтрациясы – жоғары жиілікте дөңгелек немесе дөңгеленген көлеңкесінде айқын емес келбеті көрінеді. Іріңнің шығуы алдында қуыста жарықтанған бөліктер пайда болады. Ірің шыққаннан кейін қуыста кішкене эксцентрлік жарықтанған бөлік шығады. Іріңнің сұйытылу көлеміне және

қуыстағы іріңнің шығуына байланысты сұйықтықтың көлденең деңгейі пайда болады. Абсцесс қуысындағы секвестр – іріңді қабыну үрдісінің белсенділігінің белгісі. Үрдістің жағымды ағымы кезінде абсцесс қуысы толық төгіледі, жұлдызша тәрізді тыртықтар немесе жалған жылауық (егер тыртықтану болмаса) түзіледі. Блокадаланған іріңдерді антибиотиктермен қарқынды емделу кезінде «суық» абсцесс – доңгеленген анық шекараланған түзілістер – пайда болады.

ӨКПЕНІҢ АГОНЕЗИЯСЫ

(бір өкпенің туа біте болмауы).

Рентгендік зерттеу өкпенің жок жерінде кеуденің бір жартысының түгелдей күңгірттенгендігін, ал қуыстың көкірек ортаның ауысқан ағзалармен толғандығын көрсетеді. Диафрагма күмбезі жоғары ығысқан, қабырғалардың арасы тарылған. Сау өкпенің компонсеторлық мөлшері үлкейген.

ӨКПЕНІҢ АСПЕРГИЛЛЕЗИ (бастапқы және екінші түрі болады).

Бастапқы аспергиллезбен көгершін асырайтындар, диірменшілер, сондай - ақ шаң - тозаңда жұмыс істейтіндер ауырады.

Рентгендік зерттеуде өкпеде ошақты және инфинтрациялық тығыздану байқалады, өзіндік емдеу нәтижесінде тез арада жойылады.

Өкпенің лимфатүйіндерінің тамырында үлкею байқалады. Созылмалы сатыға өткенде өкпе пішінінің склерозы, әр жердің ізбестенуі байқалады.

Екінші аспергиллез – өкпе қуысының саңырауқұлақшалармен зақымдануы (қуыс, абсцестер және кисталар) қуыста дөңгелек көлеңке байқалады, аурудың жағдайына байланысты тез арада жылжып өзгереді.

БРОНХ АСТМАСЫ (рентген өкпе тіндерінің үрбуінің қабынуын көрсетеді, осының салдарынан өкпенің көлемі үлкейген).

Қабырға көлденең жағдайға түсіп, диафрагма төменге жылжиды, контурлары нығыздалып, қабырға - диафраг-

мальды синус қысқарады. Эмфиземаның үдеуіне қарай оның симптомдары білініп, өкпетекті жүрек қалыптасады. Бронх астмасында өкпе тамырлары кеңейіп, тамырасты өкпе суреті күшейген. Тамырлардың жиырылуы салдарынан перифериялық өкпе суреті көмескіленген.

АТЕЛАКТАЗ

(өкпе тіндерінің төмендеуі, альвеолдар ауа ұстамайды).

Ателектаздардың туа біткен және жүре пайда болатын түрі болады. Жүре пайда болған ателектаздарды компрессиялық немесе жүре пайда болған деп бөледі. Компрессиялық ателектаздар өкпе тіндерінің қысымсыз, бронхтың кедергісіз өтуі салдарынан болады. Жүре пайда болған ателектаздар бронхтың бітелуі. Рентген зерттеуде құрылымда ұшбұрышты түрдегі, қарқынды көлеңке анықталады.

БРОНХОЭКТАЗ

(бронхтардың кеңеюі).

Белгісі – цилиндрлі және жұмыр бронхоэктаздар.

Түріне карай бронхоэктаздарды бірнеше түрге сұрыптауға, ұршық тәрізді, кіші және үлкен киста деп атайды. Диагностика жасаудың негізгі әдісі – КТ және бронхография жасау.

БРОНХОЭКТАЗ АУРУЫ

(бронхоэктаздар созылмалы қабынулар мен жұқтырулар арқылы дамиды).

Рентгендік көрінісі өкпе тіндері мен бронхтардың патологиялық өзгерістері мен ауырлығына байланысты. Рентгендік суретте аурудың қосымша белгілері – өкпе тіндерінің көлемі, кішірейген, өкпе суретінің деформациясы өкпе тінінің склерозы, өкпе эмфиземасы, және кисталардың пайда болуы.

ГАМАРТОМА

(ісік тәрізді түйін)

Бұл - өкпенің дизэмбиольды қатерсіз ісігі. Ол өкпенің паренхимасының тереңдігінде висцеральды плевраға жақын орналасқан. Рентгендік сурет контурлары дөңгелек тегіс құрылымдарды көрсетеді. Әдетте, олардың ортасы ізбестенген болады және оны розеткамен салыстырады. Түйіндер

айналасындағы өкпе тіндері мен өкпе тамыры өзгермеген. Егер ісіктің жатқан жерінде бронхтың саңылауы байқалса, қарама – қарсы жиікті белгі пайда болады.

ГЕМОТОРАКС

(плевра қуысында қанның жиылуы).

Рентгендік сурет плевра қуысына сұйықтың жиналғандығын көрсетеді. Алғашқыда сұйықтық артқы және шеткі қабырға диафрмалық (синус) қуысына жиналады.

Рентгеннің жоғарғы шеті үдемелі күңгірттенген. Өкпе тіні жарылғанда гемопневмоторакс дамиды. Рентгендік суретте - сұйықтықтың деңгейі көлденең, плевра қуысында ауаның жарықтануы байқалады.

ТӨСАСТЫ ЖЕМСАУЫ.

Рентгенде көкірекортаның кеңеюін көрсетеді, алдынгы көкірекортасынан косымша жұмыр көлеңке байқалады. Өңеш пен кеңірдек орнынан жылжиды. Сүңгу зобы кезінде жұтынғанда ісіктің жылжуы байқалады. Ісіктің терендігінде қатпар болса, • онда диагностикасы жеңілденеді.

БРОНХ ПЕН ОКПЕНІҢ БҰРАТАНА ЗАТТАРЫ

(бұратана заттар рентгенде көрінетін және көрінбейтін болып бөлінеді).

Рентгенография немесе рентгеноскопия жасалғанда бұратана заттар жеңіл диагностикаланады және рентгенпозитивті (контрасты) болады. Рентгеннегативті бұратана заттар бронхты кеңітеді, бронхеалды өткізгіштікті және көріністі бұзады – гиповентиляция, обтурациялық эмфизема және өкпе ателектазы болады. Рентгенография немесе рентгеноскопия әдісі диагностикада функционалды сынақпен қолдануды талап етеді.

ӨКПЕҚАПТЫҢ МЕЗОТЕЛИОМАСЫ

Ісіктің пайда болуына диффуздық өкпе қабының қалыңдауы себеп болады және бұдан басқа жеке түйіндер пневмоторакс кезінде анықталады. Геморрогиялық өкпе қабынуы жиі кездеседі. Өкпеқапта сұйықтық пайда болғанда, ісік көріністері анықталмайды. Өкпеден пункциямен алынған сұйықтық диагностикаға көмек береді.

ӨКПЕДЕГІ ҚАУІПТІ ІСІКТЕРДІҢ МЕТАСТАЗАСЫ

Өкпеде көп не жалғыз түйіндер анықталады, лимфонгит, миллиарлы карциноз және псевдопневномиярлы фокустар. Ең жиі кездесетін таралым формасы – көп түйінді, дөңгелек пішінді, әртүрлі көлемді.

КӨКІРЕКОРТА НЕВРИНОМАСЫ (аралық симпатикалық бағанадан немесе қабырғааралық жүйкелердің қабырғасынан дамиды қатерлі ісік). Рентгенограммаларда артқы көкірек-аралықта омыртқа бағанасына тығыз жанасқан пульсациясы анықталмайтын тығыз сопақша көлемді құрылым анықталады, тыныс алғанда қалпы өзгермейді, шеттері тегіс кейде толқын тәрізді сипатталады.

ӨКПЕҚАПТЫҢ ІЗБЕСТЕНУІ

Бұл – қабыршақты құрылымды тығыздалу, көп ізбестелген, көлемі мен кейпі әртүрлі болуы мүмкін, сұйықтық жиналған жері жалпақ көлемді болуы мүмкін.

ӨКПЕНІҢ ҚАТЕРСІЗ ІСІГІ

Эпителиалды дәнекер, етті, шеміршекті және т.б. тіндерден өседі, аберрантты тіндерден (гетероррпластикалық ісіктер – тератомалар) өсуі мүмкін. Бронхішілік өсуде ісіктер рентгенограммада бронх өткізгіштігінің бұзылу сипатын көрсетеді (гиповентиляция, ателектаз). Бронхтардан тыс өсу кезінде ісіктер өкпе тінінің қалыңдығында сопақша немесе дөңгеленген түйін түрінде болады. Кейбір қатерсіз ісіктерде ізбестену қосындылары болады. Қатерсіз ісіктер баяу және белгісіз өседі, үлкен көлемге жетеді.

КӨКІРЕКОРТА ІСІКТЕРІ

Ісіктің негізі белгісі рентгенограммадағы көкірекортаның ұлғаюы болып табылады. Егер ісік көкірекаралықтың көлеңкесінің шекарасынан шықпаса, онда көрші мүшелер көлеңкесінен көрінбейді. Көкірекортаның бір шеттен ұлғаюына лимфа түйінінен немесе бронхтан өскен ісіктер себепші. Екі жақты ұлғаюы бірнеше лимфа түйінің өскенінен байқалады.

ЭКССУДАТИВТІ ПЛЕВРИТ

Плевра қуысында сұйықтық жиналады, қабырға - көкірекаралық синуста жиналады. Рентгенологиялық бақылауларда үшбұрышты көлеңке қиғаш жоғарғы контурмен, көкет және кеуде торымен бірігеді. Плевралық қуыстың көлеңкесі сұйықтықтың жиналуына байланысты өзгереді. Қараңғылық тығыздығы жоғарыдан төмен қарай ұлғаяды. Плевралды аймақтағы сұйықтықтың көбі қалыпты аймаққа ығысады, көкетті төмен түсіреді. Прозоров белгісі – үлкен мөлшерде сұйық жиналғанда көрінеді, сұйықтық плевраның барлық аймағына, жоғарғы ұшынан төменге дейін таралады. Терең демалғанда өкпенің ортасында көленке терезесі байқалады. Прозоровтың екінші белгісі – дем алғанда және шығарғанда плевралды аймақта көленкенің қарқындылығының өзгерісі демалу барысына байланысты.

КӨКЕТТІК ПЛЕВРИТ

Өкпенің төменгі қабырғасы мен көкет аралығында сұйықтықтың жиылуы. Алғашында сұйықтық көкеттің артқы жиегінде жиналады. Өкпенің базаль-

ды бөлігі жоғары көтеріледі, томпайған шеттер пайда болады, ол көкеттің конфигурациясына сәйкес келеді. Көкеттің жоғары көтерілгені туралы жалған белгі пайда болады. Сол жақтан асқазан мен өкпенің төменгі шетінің аралығының үлкейгенін көруге болады. Басында артқы қабырғалық көкеттік синус терең болады. Содан кейін сол жерде қараңғылық түзіле тарылып, жоғары бағытталады. Дем алғанда қараңғылық кеңейеді, демді шығарғанда тарылады. Науқасты бір шетіне жатқызғанда сұйықтық қабырғаға карама - қарсы ағады, көкет қалыпты жағдайын қабылдайды.

ҚАЛТАЛАНҒАН ПЛЕВРИТ

(толық және бөлшектенген болады). Толық қалталанған плевритте сұйықтық швартпен барлық жағынан қоршаланған, науқастың қалпын өзгерткенмен де өз пішінін өзгертпейді. Бөлшектік қалталанған плевритте сұйықтық плевральды аймақта қозғалыста болады. Сол жақ беттің жақтауларда қалталанған плеврит көбіне қабырға жаққа орналасады және сол жақтық саңылауларда сұйықтық диафрагманың үстінде, медиа-

стальды аймақта, өкпе ұшының жоғарғы бөлігінде, плевральды аймақтың кейбір жерінде қалталануы мүмкін. Рентгенограммада өкпе шеттерінде нақты жартылай дөңгелек көлеңке көрінеді. Сұйықтық пен кеуде қуысының қабырғасы аралығында жұмсақ өтіс, дөңгеленген бұрыш қалыптасады. Терең дем алғанда сұйықтық тарылады және шығынқы болады, ал дем шығарғанда бірден кескінделген болады.

ҚҰРҒАҚ ПЛЕВРИТ(фибринозды)

Көп жағдайда жеке өзі пайда болмайды, өзге ағзалардың зақымдану себебінен пайда болады. Плевриттің бұл түрінде фибриндердің тез қалыптасуы, экссудат және т.б. байқалады. Рентгенограммада өкпенің айқындығы төмендейді, плевральды қабаттану, жабысу және өсуі синустардың қысқаруы, көкеттің қозғалысының шектелуі байқалады.

ПНЕВМОНИЯ

Жіті қабыну процесі, өкпенің паренхиматозды және интерстициальды жұқпалы этиологиясы. Пневмония бронхты зақымдамайды. Ол өкпенің

респираторлы аймағын патологиялық өзгеріске әкеледі, рентгенограммада альвеоланың қабындырғыш экссудатпен толуы, инфильтрация және ауаның азаюы байқалады. Пневмониялық инфильтрацияның үш негізгі түрін ажыратамыз, бірдей қалыптағы альвеолярлы инфильтрация, бірдей емес қалыптағы альвеолярлы инфильтрация негізгі және байланыспалы ошақтық көленкелер. Интерстициальды инфильтрация түрі рентгенограммада қоздырғышқа байланысты. Бұл тәуелділік үнемі және абсолютті емес.

СПЕЦИФИКАЛЫҚ ЕМЕС СОЗЫЛМАЛЫ ПНЕВМОНИЯ

Өкпедегі созылмалы қабыну үрдісі, ол үш ай ішіндегі жіті пневмонияның шешілу себебі болып табылады. Осы үрдістің морфологиялық субстраты өкпе тінінің тыртықтануының қатпарлануы пневмосклерозы және берілген бронхтардың қабыну өзгерістері. Рентгенограммада өкпеде пневмосклероздың шектелген аймағы және плевральды шварттар көрінеді. Бронхтардың өзгерістері бронхограммалар мен КТ-да көрінеді. Жіті кезінде инфильтрация жерлері пайда болады.

ПНЕВМОСКЛЕРОЗ

Денелер тінінің тамырлар мен бронхтар, альвеолалар айналасында және бөліктерде өсуі. Рентгенограммада өкпе суреті торлы және ілмекті деформациясы, өкпе тінінің көлемінің ұлғаймауы, қалыңдауы және өкпе тамырының кенейуімен көрінеді. Патологиялық процесс үдеген жағдайда пневмосклероз дамиды.

ПНЕВМОТОРАКС

Плевралық қуыста бос ауаның пайда болуы. Кейбір жұқпалы плевриттер кезінде, плевра қуысындағы бос газ өмірлік өнмі болуы мүмкін. Пневмоторакс болады: тотальды, бөлікшелі және дорба тәрізді. Тотальды пневмоторакс жайылмалы жарықтану мен осы фондағы өкпе суретінің болмауымен, түскен өкпенің көлеңкесі, көкірекаралықтың сау жаққа ығысуы болады. Ауа көлемінің аздығынан диагностикалық қиыншылықтар пайда болады, дем алу кезінде зерттеуді қайталауға кеңес береді сол кезде клапанды пневмотораксты анықтауға болады. Дем алу кезінде плевра қуысында газ көлемі ұлғаяды. Дор-

ба тәрізді пневмоторакс кезінде плевра қуысында жарықтандыру пайда болып, өкпе тінінен қалындаған плевралық қабатармен шектелген.

ПНЕВМОФИБРОЗ

Дистолектаздардың пайда болуымен дәнекер тіннің өсуі, фиброзді қатпарлануы эмфизематоздық ісінуі және рет - ретімен келуі. Әр уақытта өкпе тіннің көлемді кішіреюімен қалындауымен көрінеді. Анық пневмасклерозда эмфизема аймақтарының түбірлері қалың және ауырлаған.

ӨКПЕНІҢ ПЕРИФЕРИЯЛЫҚ ОЫРЫ

Қатерлі ісік кішкентай бронхтардың эпителиясынан дамиды. Өз дамуының ерте сатыларында ісіктердің формасы дөңгелек түйін және кішкене қуыс тәрізді құрылым түрінде болады. Диаметрі 3см. болатын көлеңкені түйін деп атайды, одан үлкен көлеңкелерді, әдетте, өкпедегі құрылым деп атайды. Рентгендік семиотика ісікті, көршілес құрылымдардың (бронхтар, қантамырлары) араласып өсін кеткендігі, ісіктің лимфатика-

лық коллекторларға, қантамырларына, плевра жапырақшаларына, септалды қалқаларға таралғандығы, сонымен қатар метастаза мен асқынулар туралы көріністерден (ісіктің ыдырауы және қайталап қабынуы) тұрады.

ӨКПЕНІҢ МЕДИАСТИНАЛДЫ ІСІГІ

Ісіктің өзі көрінбеуі мүмкін, бірақ көкірекортаның лимфатүйіндеріне ірі метастаза бергендігі білінеді. Рентгендік картинасы көкірекорта лимфатүйіндерінің қатерлі ісіктеріне сәйкес келеді.

ЖОҒАРҒЫ ӨКПЕ ІСІГІ (Pancoast ісігі)

Перифериялық обырдың нұсқасы. Ісік өкпенің басына орналасады, кеуде тесігінің жұмсақ тіндері, тамырлар мен жүйкелер араласа өсіп кетеді. Қазіргі уақытта Пэнкост ісігі деп, жоғарыда сипатталған кеуде қуысы тесіктерінің сүйектері мен жұмсақ тіндері араласа өскен өкпенің жоғары басына орналасқан бронхогенді обырды айтады.

КӨКІРЕКОРТАЛЫҚ ТЕРАТОМДАР

(терато - дермоидты кисталар).

Эмбриондық генездің аралас ісігі. Рентгендік зерттеу көкірекорта көленкесінің ассиметриялық кеңеюін көрсетеді. Ісік қалыңдығынан сүйек элементтері, тіс, жақ бөліктері табылған жағдайда диагностика жасау жеңілдейді.

Ісіктің шеттерінің қабық тәрізді болып ізбестенуі тән. КТ жасалғанда диагностика нақтыланады.

ТИМОМА

(айыршық безінің ісігі).

Рентгенологиялық зерттеуде алдыңғы көкірекортаның ассиметриялық кеңеюі байқалынады. Ісіктің құрылымы бірыңғай, көлеміне және көкірекортаға таралуына қарай формасы дөңесті, дөңгелек және басқа пішінде болып келеді. КТ жасалғанда диагностика нақтыланады.

ӨКПЕ ТУБЕРКУЛЕЗИ

Туберкулездің бастапқы кешені дені сау адамның ағзасында дамиды, балалар мен жасөспірімдерге жұғады, 18-25

аралығындағы жастарға сирек жұғады. Рентгенограммада: өкпе компоненті инфильтрация фазасында – ошақ көлеңкесі (10-12мм) процестің бірнеше бөлікке таралу процесінде, көлеңке пішіні дөңес немесе қисық дөңесті. Көлеңке нақты болмағанымен, анық сұлбалары бар, өкпенің кортикальды қабатында субплевральды орналасқан. Түбіне түрлі деңгейде білінетін «жол» созылып жатыр. Аймақтық лимфатүйіндер үлкейген. Плевраның реакциясы қай кезде де бар. Кеудеішінің лимфа түйіндерінің туберкулезі – аурудың ең жиі кездесетін түрі. Рентгендік суреті туберкулездік зақымдалу деңгейіне байланысты. «Кіші формалары»: өзгерістер байқалмайды, түрлі деңгейдегі түбірінің кеңеюі (оның бөлігінің немесе бүкіл көлемінің), зақымдалған түйіндер тобының орналасуына байланысты түбінің ұзаруы; түбірінің асимметриясы және дөңестілігі. Ісіктәрізді форма: түбірінің кеңеюі, тығыздалуы және ұзаруы; түбірінің дөңесті, толқынданған, бүдірлі болуы; бронхтардың тесіктері анық емес және тамыр бағаналарының нашар көрінуі;

шоғырлардың пайда болуы – «жабысқан» лимфатүйіндер; көкірекортаның кеңеюі – медиастинальды лимфатүйіндер зақымдалғанда «түтін түтігі» белгісі; бөлікаралық плевраның тығыздалуы. Инфилтративті форма: сұлбалары анық емес түбірдің, көбіне, бір жағының кеңеюі; өкпе түбірінің құрылымын жоғалтуы; плевраның медиастинарлы-бөлікаралық тығыздалуы. Өкпенің таралған туберкулезі – өкпеде көптеген ошақтардың құрылуы. Жұкпа гематогенді, лимфогенді және аралас жолдармен таралуы мүмкін. Бронхогенді ошақтардың құрылуы – аурудың формасы емес, процесс фазасы, таралу фазасы. Аурудың жіті және жітіге жақын (миллиарлы туберкулез да осыған жатады) процесінде бір мезгілде пайда болған бір типті ошақтар құрылады. Өнімді және өнімді-некротикалық ошақтар өкпенің эмфизематозды тіндеріне симметриялы орналасады. Құрылымдары мен көлемдері әртүрлі ошақтар – созылмалы өтеді. Бронхтар мен бронхиолдардың зақымдалуы жиі болады. Жаңадан таралған туберкулез – ошақтар бүкіл өкпе

бойына бірыңғай жайылған. Ошақтар миллиарды, кішкентай, орташа және ірі болуы мүмкін. Кішіошақты таралу – ошақтар (2-3мм) бүкіл өкпе бойына бірыңғай жайылған. Тамыр суреті тегіс. Ошақтар нәзік тор арқылы көрінеді – интерстициальды тіннің инфильтративті тығыздалуы. Ошақты таралу – ацинозды-нодозды ошақтар бір типті, бүкіл өкпе бойына өкпенің ілмекті суреті түрінде жайылған. Үлкейген лимфатүйіндердің есебінен түбірлері кеңейген. Іріошақты таралу – өкпенің өзгерген суреті мен өкпенің кеңейген түбірлері негізінде ірі, жақсы қалталанған ошақтар. Ошақтар ыдырауға және үңгірлер құруға лайықталған.

Созылмалы таралған туберкулездің рентгеносимптоматикасы – өкпенің жоғары және орта өрістерінде полиморфты ошақтар; өкпенің төбелері мен бағаналарында ошақтардың топталуы; шоғырлардың құрылуы; фиброздар мен эмфизематозды буллалар; түбірдің деформациясы және жоғарыға жылжуы; лимфатүйіндердің үлкеюі, өкпе жүрегін қалыптастыру. Ошақтық туберкулез –

өкпе тіндерінің бірнеше немесе ошақтық тығыздалу түрінде зақымдалуы; ацинозды, ацинозды - нодозды және бронхолобулярлы ошақтар. Өзгерген интерстициальды тін ошақтары және өкпе мен плеврада болатын басқа да өзгерістер өкпенің шектеулі бөлігінде – 1-2 сегмент көлемінде, кейде өкпе бөлігінде білінеді. Инфилтративті туберкулез – аурудың ең шапшаң және қауіпті формасы. Инфилтративті туберкулезде ауру асқынуға және оның үнгірлі және фиброзды - қуысты формасына ауысуға дайын. Инфилтративті туберкулез аурудың алғаш анықталған өкпелік формаларының санды жағынан бірінші орын алады. Рентгендік зерттеуде инфилтративті туберкулез екі типте байқалады: шектелген инфилтративті процестер тығыздықтар фокусы түрінде – дөңгелек инфилтраттар; жайылған, көбіне, кең таралған сегментті, бисегментті және бөлік тығыздықтары түріндегі процестер. Туберкулема – казеозды пневмонияның инкапсулаланған фокусы. Рентгендік зерттеу – дөңесті немесе дұрыс емес дөңесті формалы

құрылым. Орналасуы туберкулезге тән. (S1, 2, 6). Көлемі – кішкентай (10-12 мм), орташа (2-4 мм), ірі (4-6 см), аса ірі. Формасы дөңесті, шоғырлы туберкулемалар – дұрыс емес, бүдірлі формалы. Контурлары нақты. Плевра жіпшелері болуы мүмкін. Құрылымы – бірыңғай, кальцинасты, қабатты, бөлікті. Кальцинаттары жиі, әдетте, кальций тұздары шоғырланған ошақтар төңірегінде қалыптасады. Үңгірлі туберкулез – туберкулездің барлық формасының ыдырауы фазасы мен фиброзды - қуысты туберкулез арасындағы аралық форма. Үңгірлі туберкулезге жаңа үңгірлердің пайда болуы жатады, әдетте, мұндайда туберкулездің бастапқы формасының клиникалық және рентгендік белгілері жойылады. Рентгендік сурет – өкпе тінінің байқалған фиброзды өзгерістері жоқ, барлық белгілері бар жалғыз үңгір. 1-2 сегменттерімен зақымдалу шектеулігі және фиброзды өзгерістердің болмағандығына тән. Фиброзды-қуысты туберкулез – аурудың түрлі түрлерінің, көбіне, инфилтративті туберкулездің қолайсыз өту нәтижесі. Рентгендік суреті

полиморфты, өкпенің бұзылу деңгейін білдіреді. Негізгі белгісі – үңгірлердің өкпе тіндері склерозының есебінен деформацияланған сақинатәрізді тіндері, тамырлар мен бронхтардың айналасындағы жіпшелер, фиброздар мен фиброателактаздар, эмфизематозды буллалар мен өкпе тіндеріндегі дистрофиялық процестердің есебінен қампаюы, плевралық бітісу, түрлі тығыздықтағы ошақтар. Өкпе циррозы – туберкулездің осы формасының семиотикасы, ол бұрынғы туберкулез өзгерістерінің орнында біріктіру тіндерінің қаулауымен сипатталады, алдында болған туберкулез формасымен анықталады. Мысалы, инфильтративті туберкулезден кейін шектелген бөлікте өкпе тінінің тығыздалғандығы байқалады, өкпе сегменттері мен бөліктерінің барынша азаю белгілері және көршілес бөліктер мен сегменттердің қампиғандығы байқалады. Өкпе тінінің жиырылған қалыңдығында бронхоэктаздарды көруге болады. Егер цирроздың дамуына обтурациялы ателактаз әсер етсе, соған

сай бронхтың тарылуы мен деформациясы көрінеді. Сипаты көптүрлі – «тегіс шыны» түрінен бірыңғай тығыздыққа дейін. Өкпе тінінің жиырылуының, көршілес бөлімдер эмфиземасының барлық белгілері, бронхоэктаздар мен тыртықты өзгерістер.

ПЛЕВРА ЭМПИЕМАСЫ

Іріңді плеврит. Рентгендік сипаты экссудатты плевриттен айырмашылығы жоқ.

ӨКПЕ ЭМФИЗЕМАСЫ

Ауа толтырылған кеңістіктердің патологиялық көбеюі, бұл кеңістіктер терминалды бронхиолга жақын орналасқан және альвеол қабырғаларын бұзады. Эмфиземаның негізгі түрлері: орталықобулярлы, егер альвеолдың бұзылған негізгі бөлігі екінші өкпе бөлігінің ортасындағы терминалды бронхиол маңына орналасса; панлобулярлы–ауа қуыстарына бүтін ацинустар орналасқан; парасептальды–патологиялық процеске дистальды орналасқан ацинустар араласады. Рентгендік зерттеу – өкпе тінінің

мөлдірлігінің артуы, өкпе суретінің жұтаюы, диафрагманың тығыздалуы, «ілінген» жүрек, кеуденің деформациялануы, өкпе жүрегінің қалыптасуы.

ЭМФИЗЕМАЛЫҚ БУЛЛАЛАР

Альвеолярлы кисталар, қабырғалары жіңішке қуыстар, олар альвеорлы қалқаның жарылуы және жансыздануы нәтижесінде пайда болады.

ӨКПЕНІҢ ЭХИНОКОККОЗЫ

(өкпедегі эхинокок кисталары). Рентгендік зерттеу әлсіз қарқынды, сұлбалары дөңгелек немесе дөңесті қарайған белгілер анықталады – сұйыққа толы қуыстар. Ұзын шалғы немес жарты ай сияқты газдың ақшыл айғызы тән, бұл хитин қабығының шарбыланғандығын көрсетеді. Кейде кистаның шеттерінде избестену айғыздары анықталады. Избестің бірыңғай түспеуінен кистаның құрылымы теңбіл болады.

СҮЙЕК - БУЫН ЖҮЙЕСІ АУРУЫНЫҢ ҚЫСҚАША РЕНТГЕНДІК БЕЛГІЛЕРІ

БРОДИ АБСЦЕСІ

(бастапқы - созылмалы іріңқалталанатын остеомиелит).

Үлкен жіліншік, ортанжілік, иық және кәріжілік сүйектерінің метафиздері мен эпиметафиздерінде орналасады. Рентгендік сурет: диаметрі 3см. дөңесті немесе дөңгелек ошақ, ішкі контуры тегіс, айналасында склероз аумағы. Приостальды серпілісі жоқ, бірақ кейде болып тұрады.

АНКИЛОЗ

Сүйек буындарының бастарының араласып өсуі, бұл қабыну ауруларының, оперативті емдердің салдарынан болады.

Буын қабаттарының құрылымсыздануы, буын саңылауларының жоғалуымен білінеді. Анкилоз толық және толық емес болуы мүмкін.

АРТРИТТЕР

(буынның талып ауруы, этиологиясы көп, рентгенологиялық зерттеу тағайындау керек).

Рентгенологиялық өзгерістер клиникалық көрінісінде айқындалады. Рентгендік зерттеу бірнеше айлардан бірнеше жылдарға дейін ешнәрсе көрсетпеуі мүмкін, бұл патологиялық процестің және қоздырғыштың орналасуына байланысты. Алғашқы рентгендік белгілері – буын саңылауларының кеңеюі және остеопороз, кейін шеміршектің бұзылуына қарай буын саңылаулары тарылып, сүйектердің буынбастары құрылымсызданады. Сүйек эпифиздерінде құрылымсызданған ошақтар пайда болады, субхондральды пластинкасы бұзылады, секвестрлер, остеосклероз, түтікшелі сүйек метафиздерінде периостальды қабаттанулар болуы мүмкін. Уақыт өте келе сүйек шеттері араласып өсіп, буындар деформацияланып, кокко флорасында анкилоз пайда болуы мүмкін.

АРТРОЗДАР

(деформацияландыратын немесе өңін қорқынышты өзгертетін остеоартроз)

Бастапқы және қайталанған остеоартроз. Бастапқы шеміршек остеоартрозы 40 жастан асқан адамдардың көп буындарында сау шеміршектерінде басталады. Қайталанған артроздар бір немесе бірнеше буындарда жаракат, тамыр бұзылулары, артриттер, остео-некроздар, дисплазия салдарынан болып табылады. Аурудың 3 сатысы бар. Бірінші саты – буын саңылауларының қалыпты тарылуы, сүйектердің аздап араласып өсуі. Екінші саты – буын саңылауы тарылуының артуы, деформация, сүйектердің буын қабаттарының әркелкілігі, сүйектердің шығыңқы араласып өсуі, буын беттерінің шыққанға дейінгі сәйкестігінің бұзылуы. Үшінші саты – сүйек эпифиздеріндегі өзгерістер, субхондральды склероз, кисталық қайта құрылулар ошақтары, туберкулезді зақымдалуға ұқсайтын узурация; сирек жағдайларда – буын шеміршегінің метаплазаның салдарынан буынішінің остеомасы дамиды.

АСЕПТИКАЛЫҚ ОСТЕОНЕКРОЗ **(остеохондропатия, остеохондрит,** **остеохондроз)**

Қан айналымының терең бұзылуы салдарынан болған сүйек эпифиздері мен апофиздерінің некрозы. Көбіне, балалар мен жасөспірімдерде кездеседі. Некроз сатысын – рентген көрсетпейді. Сыну сатысын – эпифиз немесе апофиздің тығыздануы, буынның рентгендік саңылауының кеңеюі. Фрагментация сатысы – сүйектің тығызданған өліеттенген бөлігінің екі немесе үш фрагментке бөлінуі. Қалпына келу сатысы – сүйек тіндерінің жайлап қалпына келуі. Аурудың қорытындысы – остеопороз. Мұндай рентгендік өзгерістер сүйектің орналасуына еш қатысы жоқ.

СҮЙЕК АТРОФИЯСЫ **(жансыздануы)**

Сүйек бағандарының сорылу процестерінің салдарынан сүйектің көлемінің кішіреюі. Атрофияның физиологиялық және патологиялық, моно және полиоссальды, қысым атрофиясы, концентрациялық және эксцентрикалық түрлері бар.

БЕХТЕРЕВ АУРУЫ

Шорбуындалған омыртқа буынының қабынуы, бастапқы созылмалы полиартриттің ерекше формасы, мұндайда омыртқаның байланысу аппаратының ізбестенуі мен қасандануы артады. Сегізкөздің мықындық жіктесуі зақымдалады, анкилоз құрылады. Бірінші сатыда рентген анықтамайды. Екінші саты – субхондральды пластинкалардың дәлсіздігі және талшықсыздануы, буын саңылаулары мен шеміршек құрылымдарының тарылуы, байланысу аппаратының қасандану нәтижесінде «жақшалардың» пайда болуы. Әдетте, алғашқы белгілері сегізкөзмықындық жіктесуде пайда болады. Үшінші саты – омыртқаның байланысу аппаратының қасандануы, ол «бамбук таяғы» түрін қабылдайды, остеопороз, буын саңылаулары білінбейді. Төртінші саты – омыртқа түтікшелі сүйек түрін қабылдайды, дискілер мен барлық байламдар қасанданып, сүйектер жансызданады.

БРУЦЕЛЛЕЗ

Созылмалы жұқпалы ауру. Көбіне, мықын - сегізкөз жіктесуі зақымдалады, сирек жағдайларда – ірі буындар мен омыртқа зақымдалады. Рентгенограмма: остеопороз, құрылымсызданған кішкентай ошақтар субхондральды орналасқан. Уақыт өте келе склероз дамиды, буын саңылаулары тарылады, деформациялайтын артроз өседі, ұзаққа созылғанда анкилозға әкеледі. Бруцеллез спондилитіне омыртқаның дене беткі қабаттарында құрылымсызданған кішкентай ошақтар тән, шеттерін құрылымсызданады, құрылымсыздану ошақтарының айналасында склероз аймағы дамиды. Омыртқааралық дискілер биіктігі төмендейді, бірақ олар толық жоғалмайды, омыртқаның байланысу аппараты ерте және тез қасанданады. Сирек жағдайларда – ағынды абсцестер. Әдетте, сегізкөз - мықын жіктесулерінің екеуі де зақымдалады – остеопороз сүйектің шеміршекасты қабаттарының тарап кетуге әкеледі, шеміршектің бұзылуына қарай буын саңылауы тарылады, кейін анкилоз басталады. Склероз бен секвестрация бола бермейді.

ГАЙМОРИТ

(мұрын маңының синуситтері)

Синуситтер – гайморит, фронтит, этмоидит, олардың гиркестері. Барлық синуситтерге ортақ белгілер – дабыл қуысы пневматизациясының төмендеуі. Жіті процестерде дабыл қуысында сұйық, созылмалы түрінде сілекейлі қабықтың қалыңдауы білінеді.

ГЕБЕРДЕН ТҮЙІНДЕРІ

Фалангалық буындарда остеофиттер болады. Остеопороз дамиды, фалангалар қысқарады, рентгендік буын саңылаулары тарылады, буындар деформацияланады. Ауыстырудистрофикалық процестердің салдарынан болады, көбіне, 40-60 жастағы әйелдерде байқалады.

ГИПЕРОСТОЗ

Сүйектің массасының көбейіп, диффузды жуаруы, бұл жоғары сүйек құру процесін көрсетеді. Сүйек кортикальды қабат есебінен жуандайды. Алғашқы гиперостоз гигантизмде байқалады. Қайталанған гипертостоздың жаракаттық, қабыну, ісікті, улану, гормональды түрлері бар.

БАССҮЙЕК ГИПЕРТЕНЗИЯСЫ

Рентгендік зерттеуде бассүйек сүйектерінің ішкі бедерлерінің күшеюі, олардың жіңішкеруі, түрік ершігінің кеңеюі, остеопороз бен оның қабырғаларының түзелуі, бассүйек тігістері мен тесіктерінің кеңеюі, бассүйек пішінінің және шұңқырлар орындарының өзгеруі, диплоитикалық веналар мен вена түптерінің кеңеюі.

СҮЙЕК ГИПЕРТРОФИЯСЫ

Кеуекті тін құрылымы сақталғанда қабыршақ қабатының жуандауы нәтижесінде сүйек көлемінің артуы. Сүйектің үнемі функционалды жүктемесі мөлшерінің көптігі салдарынан туады.

СҮЙЕКТІҢ ҚҰРЫЛЫМСЫЗДАНУЫ

Сүйектің қирап, оның орнын патологиялық (іріңді, ісікті, фиброзды) тіннің басуы. Рентгенограмма қалыпты сүйек құрылымының жоқтығын көрсетеді. Құрылымсызданудың рентгендік суреті сүйектің орнындағы тін құрылымын — іріңді құрылымсыздануда саңылаулану, фиброзды дисплазияда ұяшықтануды көрсетеді.

СҮЙЕК КЕМІСТІГІ

Патологиялық тін орнын баспаған сүйек тінінің болмауы. Сүйек кемістіктерінің туа біткен және жүре пайда болған түрлері бар.

СҮЙЕК ДИСПЛАЗИЯСЫ

Генетикалық себептермен сүйек құралуының бұзылуы. Рентгендік сурет сүйек құралуының бұзылу сипатын белгілейді.

СҮЙЕК ДИСТРОФИЯСЫ

Эндогенді және экзогенді себептердің салдарынан сүйек ремодуляциясының бұзылуы.

Рентгендік көрінісі сүйеккұрылым бұзылуының сипатын береді.

ОСТЕОПОРОЗ

Сүйек бағандары жұқарып, жоғалатын дистрофиялық процесс. Сүйек қабаты жұқарып, талшықсызданады, сүйекми арнасы кеңейеді. Кеуекті тінде – сүйек бағандарының азаюы және қалған бағандардың жұқаруымен, кейде олардың теңгеріле үлкейген бөлігімен сүйек ұяшықтарының кеңеюі.

ОСТЕОСКЛЕРОЗ

Сүйектің қайта құрылуы, мұндайда сүйек көлемінің бірлігінде сүйек бағандарының саны артады. Рентген сүйектің кортикальды қабатының жуандауын, сүйекми арнасының тарылғандығын және кеуектіліктің толық жойылғандығын көрсетеді.

ОМЫРТҚА ОСТЕОХОНДРОЗЫ

Омыртқааралық дискінің дегенеративті - дистрофикалық зақымдалуы. Бірінші сатыдағы рентген омыртқаның статикалық (қозғалмайтын) функциясы – алға қарай қисайған жерінің түзелін, бір жағына қисайғандығын көрсетеді. МРТ пульпозды ядро өзгерістерді анықтайды. Екінші сатыдағы рентген омыртқааралық дискінің тарылғандығын, диск биіктігі мен конфигурациясының өзгергендігін көрсетеді, шеттерінің араласып өсуі, кейбір бөліктерінде немесе біркелкі емес остеопророз болуы мүмкін. Әрі қарай омыртқалардың патологиялық жылжығыштығы, олардың шеттерінің остеопорозы, омыртқааралық дискінің

шығыңқы бөлігінің ізбестенуі, омыртқаралық саңылауда жолақты ағару – «вакуум - феномен», сүйектің бұлшықет жалғанатын бұдырмақтары, яғни омыртқаның алдыңғы және артқы шеттерінің түсін қалуы, субхондральды склероз, спондилатроз, омыртқааралық жіктесулердің деформациясы дамиды.

СҮЙЕКТИҢ ҚАБЫНУ АУРУЫНЫҢ РЕНТГЕНДІК БЕЛГІСІ

Остеопороз; жолақты, сонымен қатар қабатты немесе жалпыншақты периостит; құрылымсыздану; секвестрация; остеосклероз; буынға таралуы. Қабынудың патогномониялық белгілері – секвестрация және буынға таралу.

ҚАТЕРЛІ ІСІКТИҢ РЕНТГЕНДІК БЕЛГІСІ

Остеопороз; құрылымсыздану; инелі немесе күнқағар тәрізді периостит; кортикальды қабаттың жарылуы және жұмсақ тіндердің араласып өсуі. Юинг саркомасында сүйекқаптық серпіліс

жолақты және жалпыншақты периостит түрінде болуы мүмкін. Остеогонды саркомада остеосклероздың бөлігі түрінде құрылымсыздану, жұмсақ тіндерде сүйектену мен ісіктер көлеңкесі болуы мүмкін.

ҚАТЕРСІЗ ІСІКТІҢ РЕНТГЕНДІК БЕЛГІСІ

Араласып осу аяғында немесе кең тіректер «отыр», бастапқы құрылымын сақтайды, көршілес ағзалар мен тіндерді итереді немесе басады.

Қатерсіз ісіктер – кіші остеома, кеуекті остеома, остеохондрома, хондрома және басқалар.

ДЕФОРМАЦИЯЛАЙТЫН СПОНДИЛЕЗ

(ағзаның табиғи қарғаюы салдарынан омыртқаның дегенеративті - дистрофикалық өзгерістері).

Фиброзды сақинаның сыртқы талшықтары алғашқы дегенерацияға ұшырайды, пульпозды дәннің шымырлығы өзгермейді. Рентгендік зерттеу омыртқааралық дискісі төмендемеген жағдайдағы остеофиттерді көрсетеді.

ФОРЕСТЪЕ АУРУЫ

Омыртқаның анкилозирленген егделік гиперостозы. Омыртқаның мойын және кеуде бөлімінің ұзына бойғы байламдарының барынша қасаңдануымен, сүйек массаларының араласып өсуінің салдарынан омыртқаның көлденең денелерінің кеңеюімен, омыртқа «белдерінің» болмауымен сипатталады.

Бехтерев ауруынан айырмашылығы – бұл ауру егде адамдарда дамиды, кіші буындар мен сегізкөз - мықын жіктесулерін зақымдамайды.

Мазмұны

Жылжымалы медициналық кешеннің
іс-әрекетін ұйымдастыру нұсқауы.....

1. Жалпы ережелер.....

2. Жылжымалы медициналық кешендердің
іс-әрекетін ұйымдастыру талаптары.....

3. Статистикалық есеп беруді қалыптастыру
тәртібі

Жылжымалы медициналық кешендердің
іс-әрекетін ұйымдастыру туралы нұсқау.....

Жылжымалы медициналық кешеннің
штаттық нормативтері

Тұрғындардың мақсатты тобын
профилактикалық медициналық тексеруден
өткізу ережесі.....

1. Жалпы ережелер.....

2. Тұрғындардың мақсатты тобын профилак-
тикалық медициналық тексеруден өткізу
тәртібі мен мерзімі.....

Бала тұрғындардың мақсатты топтарын
жас кезеңдеріне сай профилактикалық
медициналық тексеруден өткізу мерзімділігі.

Ересек тұрғындардың мақсатты топтарын
жас кезеңдеріне сай профилактикалық меди-
циналық тексеруден өткізу мерзімділігі.....

Жұтқыншак артындағы абсцесс.....

Өкпе абсцесі.....	50
Кіші жамбастың абсцесі.....	54
Ішекаралық абсцесс.....	56
Жұмсақ тіндер абсцесі.....	57
Бадамшабез тіндерінің абсцесі.....	58
Аденоидтар.....	59
Ас аллергиясы.....	61
Амебиаз.....	62
Аменорея.....	64
Бүйректің амилоидозы.....	65
Анафилаксия.....	66
Ангина.....	68
Анемия.....	70
Реактивті артриттер.....	71
Аскаридоз	72
Бронх астмасы.....	73
Асцит.....	74
Өкпе ателектазы.....	75
Атеросклероз.....	77
Аяқ-қолдардың перифериялық артерияларының атеросклерозы.....	79
Кардилық тесік ахалазиясы.....	80
Блефарит	82

Бехтерев ауруы.....	.....
Гастроэзофагеальды рефлюкс ауруы.....	.....
Гестациялық трофобластикалық ауру.....	.....
Гиршпрунг ауруы .....	.....
Дивертикулярлы ішек ауруы.....	.....
Өт-тас ауруы .....	.....
Өкпенің таралған интерстиция ауруы .....	.....
Өкпенің созылмалы обструктивті ауруы.....	.....
Зәртас ауруы .....	.....
Асказан мен ұлтабардың ойықжара ауруы....	.....
Сүйелдер.....	.....
Жіті бронхит.....	.....
Бронхоэктаздар .....	.....
Бруцеллез .....	.....
Бурсит.....	.....
Аяқ веналарының варикозды кеңеюі.....	.....
Варикоцеле.....	.....
Аив-жұқпасы – житс.....	.....
Дискоидты қызылжегі.....	.....
Жүйелі қызылжегі.....	.....
Бактериялы вульвовагинит .....	.....
Кандидозды вульвовагинит.....	.....

Буынның шығуы.....	110
Жамбас-сан буынының туа біткен шығуы.....	112
Тік ішектің айналып кетуі.....	113
Созылмалы гастрит.....	114
Гематурия.....	115
Геморрой	116
Вирусты созылмалы гепатит.....	117
Гестоз.....	118
Гидроцеле.....	120
Еркекбездің катерсіз ісігінің гиперплазиясы .	120
Артериалды гипертензия.....	122
Гипертиреоз	124
Глаукома.....	124
Бастың ауруы.....	126
Іш жарығы.....	126
Омыртқа бөлімінің бел омыртқааралық дискісінің жарығы.....	128
Омыртқаның мойын және төс бөлімінің омыртқааралық дискісінің жарығы.....	129
Демпинг-синдром.....	131
Атопиялық дерматит.....	132
Дерматомикоздар.....	134
Табан дерматомикозы.....	135

Кеуденің туа біткен деформациялары	
Қант диабеті	
Созылмалы диарея.....	
Ұлтабар дивертикулы.....	
Меккель дивертикулы.....	
Өңеш дивертикулы.....	
Дисменорея	
Улы диффузды зоб	
Улы түйінді зоб.....	
Эндемиялық зоб	
Анустық қышыну	
Жыныстық мүшелердің қышынуы.....	
Бөлек ойықжара колиті.....	
Крипторхизм	
Жатырдан дисфункциональды қан кету	
Созылмалы ларингит.....	
Ларинготрахеит	
Фермердің өкпесі.....	
Описторхоз.....	
Сүйектердің қатерсіз ісіктері.....	
Сүйектің қатерлі ісіктері.....	
Қан өндіретін және лимфалық тіндердің ісіктері.....	

Бауырдың алғашқы катерсіз ісіктері.....	155
Бауырдың алғашқы катерлі ісіктері.....	156
Көкірекортаның катерсіз ісіктері.....	157
Көкірекортаның катерлі ісіктері.....	158
Қалқанша без ісіктері.....	160
Анабездің ісіктері және ісіктәрізді жаңаәсперлері.....	161
Жатыр мен қынаптың түсіп кетуі және айналып кетуі	162
Остеоартроз.....	163
Остеомиелит	165
Остеопороз.....	167
Омыртқаның остеохондрозы.....	168
Сыртқы отит	170
Ірінді созылмалы орта отит.....	171
Созылмалы панкреатит.....	172
Созылмалы парапроктит.....	174
Иық-жауырындық периартроз.....	175
Пиелонефрит.....	175
Плевриттер.....	177
Майтабан.....	179
Пневмоторакс.....	179
Анабез поликистозы.....	180

Жатыр мойнының полипі.....	181
Поллиноз	182
Плацентаның (ұрық) алда жатуы.....	183
Простатит.....	184
Псориаз	185
Қынап обыры.....	186
Сарпай обыры.....	187
Көмей обыры.....	188
Асқазан обыры.....	188
Терінің обыры.....	189
Өкпенің обыры.....	190
Сүт безі обыры.....	191
Қуықтың обыры	192
Төменгі ерін обыры.....	193
Тоқ ішек пен тік ішектің обыры.....	194
Өңеш обыры.....	195
Еркекбез обыры.....	196
Жатыр мойнының обыры.....	197
Веналардың варикозды кеңеюі.....	198
Рахит (мешел).....	199
Жүктілердің құсуы.....	201
Созылмалы тонзиллит	202

Трихомониаз	203
Аяқтың терең веналарының тромбозы.....	204
Үстіңгі тромбофлебит.....	205
Туберкулез.....	206
Безеулер.....	208
Созылмалы фарингит	209
Жатырдың фибромиомасы.....	210
Созылмалы холецистит.....	212
Бауырдың циррозы.....	213
Цистит.....	214
Өкпенің эхинококкозы.....	215
Бауырдың эхинококкозы	216
Теріскен.....	217
Төтенше жағдайлар кезіндегі жұмыс материалдары.....	217
Гемоторакс	223
Күйіктер.....	224
Күйік ауруы.....	225
Күйік соққысы.....	227
Күйік соққысының негізгі белгісі.....	229
Күйікте алғашқы көмек.....	231
Күйік жараларын емдеу.....	235
Химиялық күйіктер.....	236

Үсік шалу.....	238
Улану.....	239
Аяқ-қолдың оталуы	242
Сүйектердің сынуы.....	242
Жалпы мұздау.....	244
Ок тию жарақаттары	245
Кеуде қуысының жарақаттары.....	247
Жүрек жарақаты.....	250
Көкірекорта эмфиземасы.....	250
Бет жарақаты.....	252
Бүйрек жарақаты.....	254
Қуық жарақаты.....	255
Омыртқа-жұлын жарақаты.....	256
Бассүйек ми жарақаты.....	258
Гемморогиялық конго-қырым қызбасы.....	259
Туляремия.....	261
Тырысқак	262
Оба.....	263
Сібір ойықжарасы.....	265
Аусыл.....	266
Тыныс алу ағзалары ауруының қысқаша симптоматикасы.....	268
Өкпенің абсцесі	268

Өкпенің агонезиясы	269
Өкпенің аспергиллезі	270
Бронх астмасы	270
Ателактаз	271
Бронхоэктаз	271
Бронхоэктаз ауруы	272
Гамартома	272
Гемоторакс	273
Төсасты жемсауы.	273
Бронх пен өкпенің бұратана заттары	274
Өкпеқаптың мезотелиомасы	274
Өкпедегі қауіпті ісіктердің метастазасы.....	275
Көкірекорта невриномасы.....	275
Өкпеқаптың ізбестенуі.....	275
Өкпенің қатерсіз ісігі	276
Көкірекорта ісіктері	276
Эксудативті плеврит	277
Көкеттік плевритте	277
Қалталанған плеврит	278
Құрғақ плеврит (фибринозды)	279
Пневмония.....	279
Спецификалық емес созылмалы пневмония .	280

Пневмосклероз.....	
Пневмоторакс.....	
Пневмафиброз.....	
Өкпенің перифериялық обыры.....	
Өкпенің медиастиналды ісігі.....	
Жоғарғы өкпе ісігі.....	
Көкірекорталық тератомдар	
Тимома.....	
Өкпе туберкулезі.....	
Плевра эмпиемасы	
Өкпе эмфиземасы.....	
Эмфиземалық буллалар	
Өкпенің эхинококкозы	
Сүйек-буын жүйесі ауруының қысқаша рентгендік белгілері.....	
Броди абсцесі	
Анкилоз	
Артриттер	
Артроздар.....	
Асептикалық остеонекроз.....	
Сүйек атрофиясы	
Бехтерев ауруы	
Бруцеллез.....	

Гайморит.....	299
Геберден түйіндері.....	299
Гиперостоз.....	299
Бассүйек гипертензиясы.....	300
Сүйек гипертрофиясы	300
Сүйектің құрылымсыздануы	300
Сүйек кемістігі	301
Сүйек дисплазиясы	301
Сүйек дистрофиясы	301
Остеопороз.....	301
Остеосклероз	302
Өмыртқа остеохондрозы.....	302
Сүйектің қабыну ауруының рентгендік белгісі.....	303
Қатерлі ісіктің рентгендік белгісі	303
Қатерсіз ісіктің рентгендік белгісі	304
Деформациялайтын спондилез.....	304
Форестье ауруы.....	305