

**Қ.А.Ясауи атындағы Халықаралық Қазақ Түрік университеті
Шымкент медицина институты**

**ИӨЖ:
ҚЫЗБА СИНДРОМЫНЫҢ ЛАБОРАТОРИЯЛЫҚ
ДИАГНОЗЫНЫҢ АЛГОРИТМДЕРІ.**

- ▣ **Орындаған: Момын Г.Ә.**
- ▣ **Қабылдаған: Рсалиева Ж.М.**
- ▣ **Тобы:ЖТД-621**

Шымкент -2020ж



ЖОСПАР

□ **Кіріспе**

□ **Негізгі бөлім**

Қызба клиникасы

Қызба диагностикасы

Қызба кезінде жүргізу тактикасы

□ **Қорытынды**

□ **Пайдаланған әдебиеттер**



Кіріспе

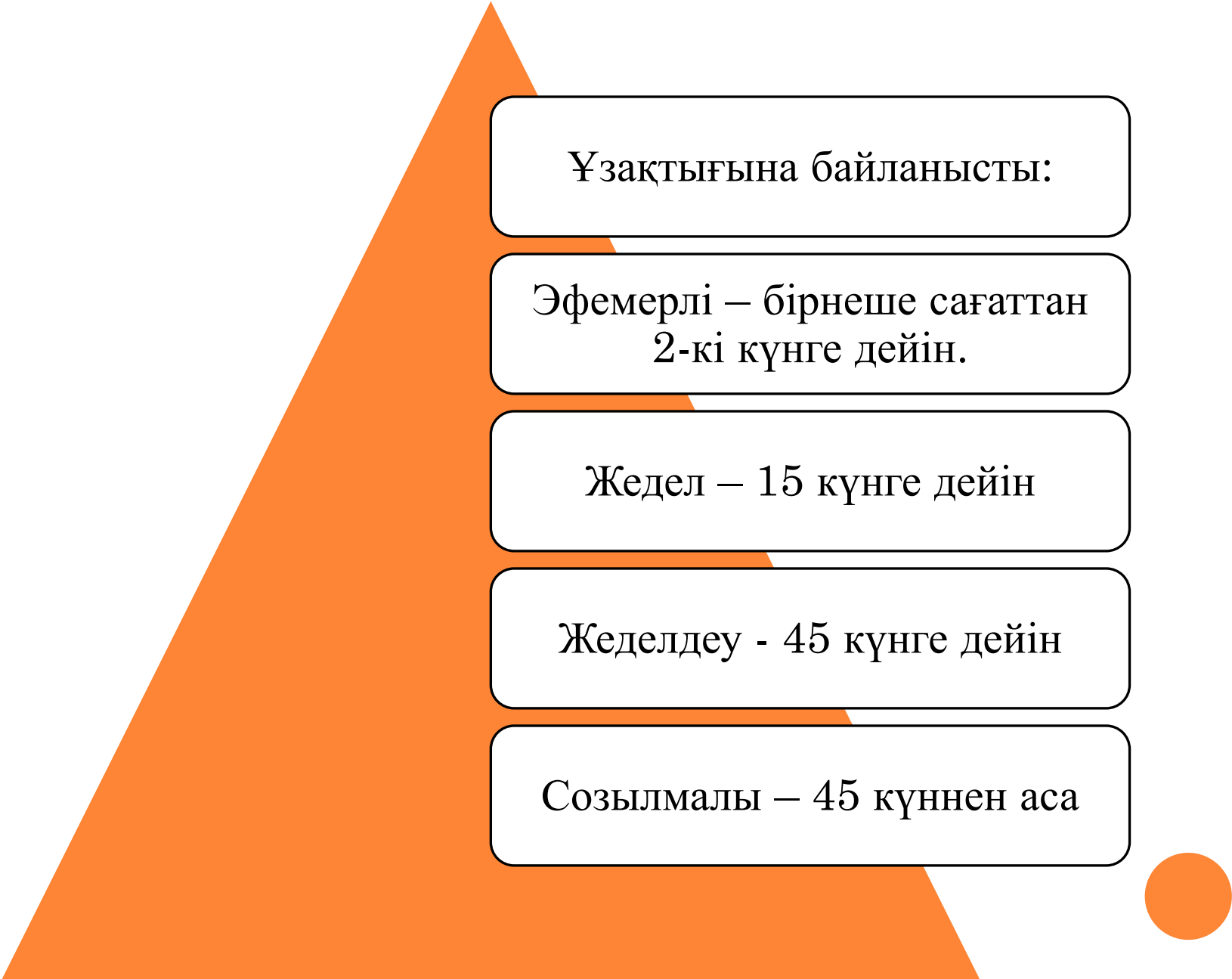
Қызба — патогенді тітіркендіргіштердің әсеріне жауап ретінде пайда болатын және дене қызуының әкелетін, организмнің көтерілуше табиғи реактивтілігін күшейтетін терморегуляция үдерістерінің өзгеруімен сипатталатын организмнің қорғаныс-бейімделу реакциясы.

Қызба гипоталамустық терморегуляторлық орталықтарға эндогенді пирогендердің — төмен молекулалы нәруыз болып табылатын цитокиндердің әсер етуі нәтижесінде дамиды.

Цитокиндердің түзілуі бактериялар, саңырауқұлақтар, вирустар бөліп шығаратын және тіндердің ыдырауы кезінде бөлініп шығатын өнімдердің әсерінен күшейеді. Цитокиндер «орталық термостаттың» шүріппесін жоғарырақ деңгейге ауыстырып қойғандай болады. Соның салдарынан жылудың өндірілуі артады және жылудың шығарылуы тері перфузиясының азаюы есебінен төмендейді.







Ұзақтығына байланысты:

Эфемерлі – бірнеше сағаттан
2-кі күнге дейін.

Жедел – 15 күнге дейін

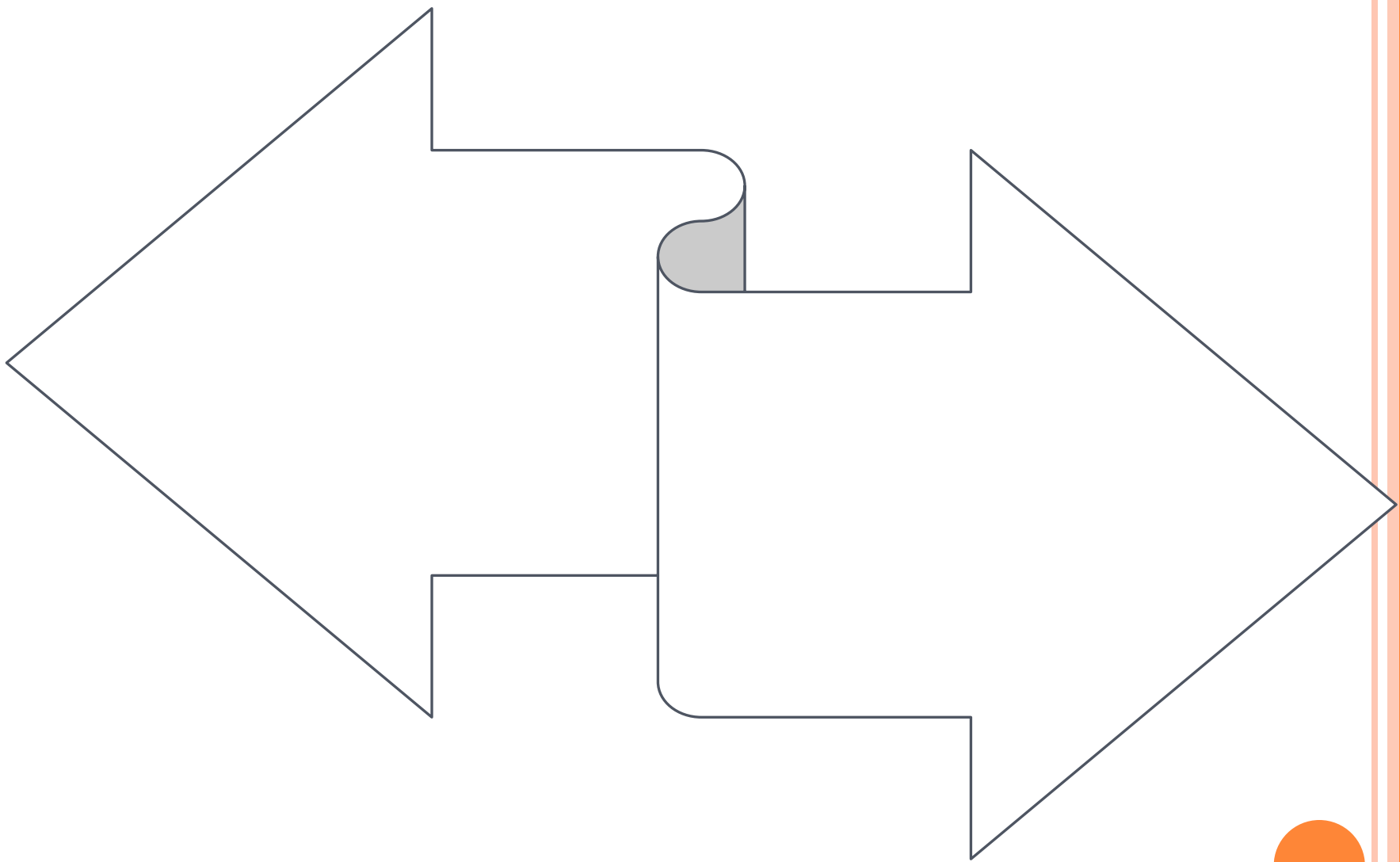
Жеделдеу - 45 күнге дейін

Созылмалы – 45 күннен аса

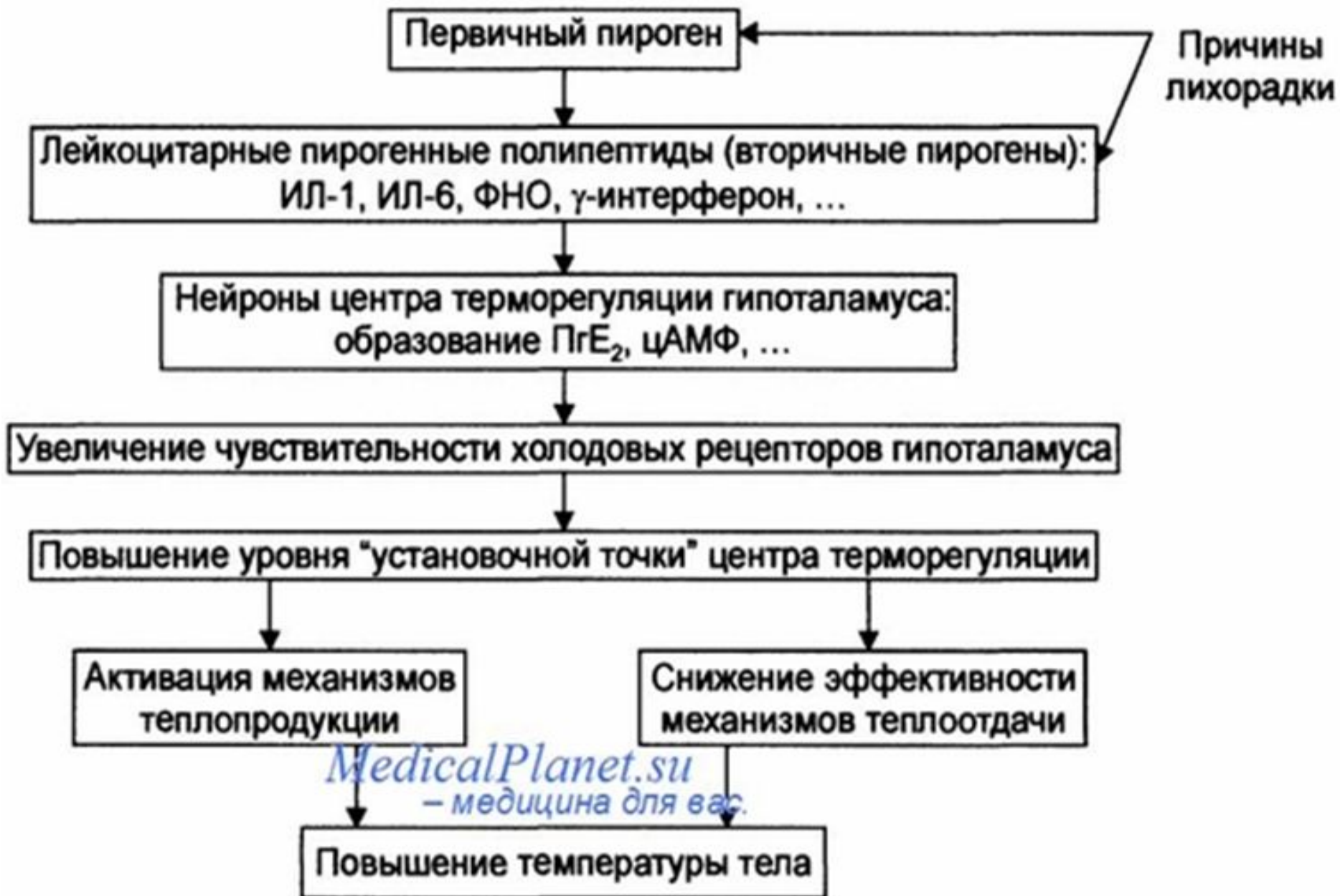
Өзгермелі сипатына қарай қызба түрлері

- 1) тұрақты- дененің температурасы тәулігіне 1° өзгере отырып, 39°C дейін көтерілуімен шектеледі;
- 2) ремиттеуші — дене температурасының тәуліктік өзгеру деңгейі 1° — $1,5^{\circ}$ шамасында жоғарлайды немесе төмендейді ;
- 3) ұстамалы — тәулік бойы дененің жоғары температурасы кезеңмен қалыпты немесе төменгі температураға алмасып отырады;
- 4) толқын тәрізді — бірнеше күн бойы тұрақты көтеріңкі кезеңдер субфебрильді немесе төмендеу кезеңмен алмасып отырады.;
- 5) гектикалық түрі - дене температурасының тәулік бойы 4 — 5° өзгеруімен тердің мол бөлініп, әлсіреумен сипатталады;
- 6) бұрмаланған — таңертеңгі дене температурасының тәулік бойы кешкі температурадан жоғары болуы.









Жедел ревматизмдік қызба кезіндегі лабораториялық көрсеткіштер:

- лейкоцитоз (нейтрофильді)
- диспротеинемия (ЭТЖ-ның жоғарылауы, гиперфибриногенемия, СРБ-ның пайда болуы, сулық мунапротеиндер, гликопротеиндер)
- патологиялық, серологиялық көрсеткіштер: қанда стрептококкты антигеннің болуы, титрдің жоғарылауы АСЛ-О, АСК, АСТ.



Сары қызба – бұл қоздырғыштың масалардың шағуы арқылы трансмиссивтік берілетін жедел вирустық табиғи-ошақтық кеселі. Оған кенеттен басталу, жоғары екі фазалық қызба, геморрагиялық синдром, сарғаю және гепатореналдық тапшылық тән.

СҚ диагнозы науқастың қанынан СҚ вирусын (аурудың бастапқы фазасында) немесе оған антиденелерді (аурудың кеш кезеңдерінде) РСК, НРИФ, РТПГА тапқан кезде дәлелденеді.



Қырым–Конго геморрагиялық қызбасы

(ҚКГК) – қоздырғышты берудің трансмиссиялық тетігі бар, Bunyaviridae тұқымдасының Nairovirus туысты вирусы тудырған, қызбамен, жалпы уланумен, геморрагиялық синдроммен және ауыр ағымымен сипатталатын, жіті вирусты, табиғи-ошақтық инфекциялық сырқат.



Зертханалық зерттеулер:

Телімді (спецификалық) емес зертханалық диагностика
[1,2,4]

Жалпы қан анализі:

- айқын лейкопения, таяқшалы ядролыларға дейін солға қарай нейтрофилді жылжумен лимфоцитоз, тромбоцитопения, бірқалыпты қаназдық, жоғары ЭШЖ;

Жалпы несеп анализі:

- бастапқы кезеңінде: шамалы альбуминурия, микрогематурия, цилиндрурия;
- өршу кезеңінде — гематурия.



Коагулограмма:

- **Гиперкоагуляция кезінде:** тромбиндік уақыттың 10–15 с-қа дейін және қанның ұю уақытының қысқаруы; қан плазмасындағы фибриногеннің 4,5–8 г/л дейін жоғарылауы, протромбинді индекстің 100–120%-ға дейін ұлғаюы.

- **Гипокоагуляция кезінде:** тромбиндік уақыттың 25–50 с қа дейін, қанның ұю уақытының ұзаруы; қан плазмасындағы фибриногеннің 1–2 г/л дейін төмендеуі, протромбинді индекстің 30–60%-ға дейін төмендеуі).



Қанның биохимиялық талдауы:

- қан сарысуындағы жалпы ақуыз құрамының азаюы (ағыл-тегіл (профуздық) қан кетулер кезінде), гипоальбуминемия, гипербилирубинемия, АлТ және АсТ белсенділігінің артуы.



Нәжісті жасырын қанға талдау:

- ішекiшiлiк қан кету кезiнде оң.



Телімді (спецификалық) зертханалық диагностика [3]:

- өршу кезеңінде ПТР әдісімен ҚКГҚ вирусының РНК, ИФА әдісімен вирустың антигенін немесе IgM антиденесін анықтау;
- сауығу сатысында немесе бірнеше өткен айлар бойына өткен, жақында бастан өткерген ауру кезінде: антиденелердің айқындау (IgM + IgG);
- кейінгі екі жылда бастан өткерген инфекциялар кезінде: IgG жоғары титрлар (теріс IgM кезінде);
- екі жылдан көп уақыт бұрын бастына өткерген, ертеректегі инфекция кезінде: IgG титрларының болуы (теріс IgM кезінде).



Термометрия

Дені сау адамның дене температурасы тәулік бойы аздап ауытқиды, бірақ 37°C – тан аспайды. Дене температурасын тұрақты деңгейде ұстап тұру жылу өндіру мен жылуды таратудың нейрогуморалды реттеуі нәтижесінде қамтамасыз етіледі.

Ағзада жылу өндіру жасушалардағы қышқылдану үрдісі нәтижесінде пайда болады. Неғұрлым алмасу үрдісі деңгейі жоғары болса, соғұрлым жылу өндіру де жоғары деңгейде. Ағзаның айналаға жылуды бөлу қабілеті, өзектерін тез және айтарлықтай өзгерте алатын тері тамырлары торына байланысты. Ағзада жылу түзеу жеткілкісіз болса (салқын), рефлекторлы түрде тері тамырлары түйіледі және жылу бөлу азаяды. Тері салқындайды, құрғақ, кейде қалтырау (бұлшық ет дірілі) пайда болады, оның өзі бұлшық еттердің жылу өндіруін белгілі бір мөлшер шамада өсіреді.



Жылу мөлшерден артық болса (дененің қызуы жоғарласа) тері тамырлары өзегі рефлекторлы түрде кеңейеді, терінің қанмен қамтамасыз етілуі артады, осыған сәйкес жылуды бөлу жылуды өткізу және сәуле тәрізді жан-жаққа таратуы салдарынан өседі. Егер осы механизм жеткіліксіз болса мысалы, үлкен физикалық жүктеме , тер бөлу қатты өседі: (дене бетінен булануы нәтижесінде), тер ағзадан белсенді түрде жылу бөлуді қамтамасыз етеді.

Адам қолтығында температура 36,4 – 36,8^o С.

Дене температурасының 43^o С максимумды жоғары (летальды) деңгейі. Осы мөлшерде жасушалар деңгейінде кері қайтымсыз өзгерістер пайда болады, зат алмасу бұзылады және өлімге әкеледі. Осы сияқты кері қайтымсыз өзгерістер пайда болатын дененің минимальды температурсы 23 - 15^o С.



Дененің қалыпты температурасын сақтауға тәуелді әсер ететіндер:

қызу өндірумен сипатталатын қарқынды дене қимылдары. Ең жоғары деңгейлі физикалық белсенділікте дене температурасы жоғарлайды, ұйқы кезінде ең төменгі мөлшерде;

гормональды тепе – теңдікте дене температурасына әсер етеді.

Әйелдерде овуляциядан соң, етеккір келуден 2 күн бұрын дене температурасы көтеріледі, бірақ ол сезілмейді. Әйелдердің жыныс гормондарынан басқа, дене температурасына қалқанша без гормоны тироксиннің әсері бар. Қалқанша безі гиперфункциясында тироксин мөлшері өседі, метаболизм тездейді, дене қызуы көтеріледі, ал қалқанша без гипофункциясы дене қызуының төмендеуі кездеседі;

кофеиннің жоғары мөлшері, шылым шегу (никотин) дене қызуын көтере алады.

- ❑ Алкоголь, керісінше, жылу бөлуді өсіретіндіктен дене қызуын төмендетеді;
- ❑ ас қабылдау, әсіресе белокты тағам, метаболизмді тездетеді және дене қызуын жоғарлатады (аш адам тезірек тонады);
- ❑ тәуліктің әртүрлі мерзімінде дене қызуы әртүрлі: 17.00 – 20.00- де ол максималды, 02.00 – 06.00 – де – минимальды мөлшерде. Ал түнде жұмыс жасап, күндіз ұйықтап үйренген адамдарда осыған сәйкес максималды және минималды дене қызуы мерзімі өзгереді;
- ❑ стресс, қозу, мазасыздық, ашулану дене қызуын көтерілуімен, ал апатия және депрессия оның төмендеуімен сипатталады;
- ❑ қартайған және кәрі жаста дене температурасы көбіне төмендеген субнормальды деңгейде.



- ❑ Балаларда жылуды реттеу жетіспеген, ал зат алмасу деңгейі жоғары, осыған байланысты дене температурасы тұрақсыз, тәулік бойы ауытқу мөлшері жоғары. Жаңа туған сәбилерде қолтықтағы температурасы 37,2^o C.
- ❑ қоршаған орта температурасының айтарлықтай өзгерулері, адам денесі температурасының әсер бере алады;
- ❑ адамның бір климаттық аймақтан екіншісіне ауысуы дене температурасының құбылмалылығымен сипатталатын акклиматизацияға ұшыратады.



Дене температурасы әдетте максимальды медициналық термометрмен өлшенеді. Ол әйнекті резервуар, оған шкала және капилляр бекітілген. Капилляр түбінің кеңіген жері бар, [hello_html_m3e3df2e.jpg](#)

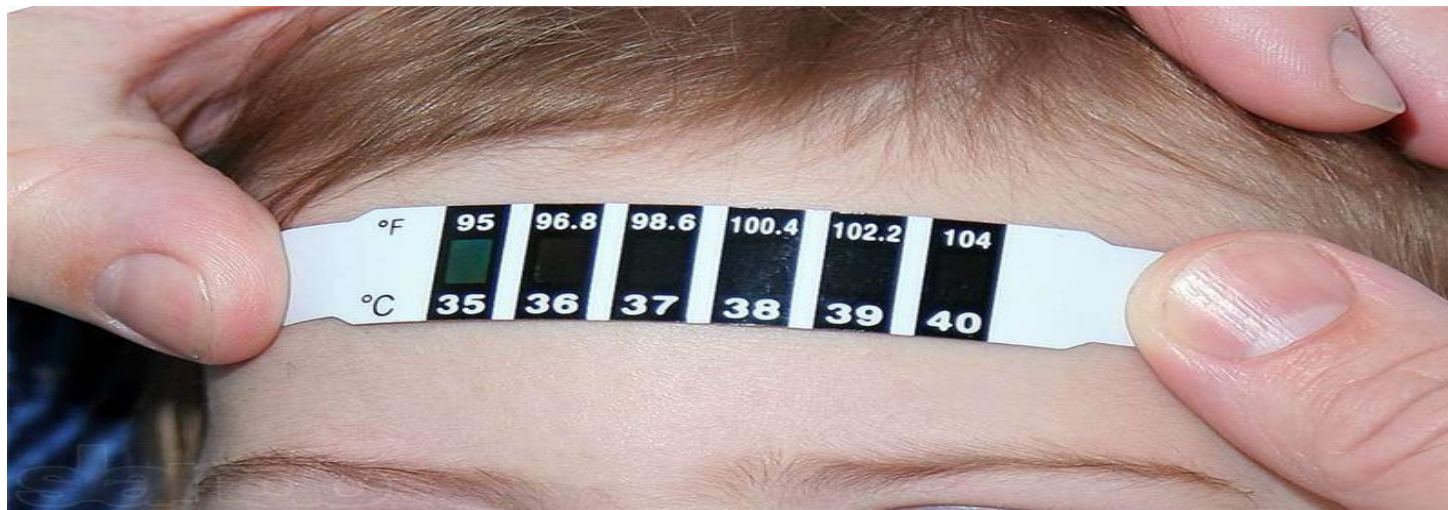
ол сынаппен толтырылған. Сынап жылыған кезде көлемі ұлғайады да, капилляр бойымен термометр шкаласындағы белгілі бір белгіге дейін көтеріледі. Сынап резервуарға қатты сілкіу арқылы қайтарылады. Термометр шкаласы дене температурасын 0,1^o C дәлдікпен 34^oC – дан 42^o C-қа дейін өлшеуге есептелген. Термометрия әдетте екі рет өткізіледі: таңертең сағат 7-8 – де және кешкі сағат 17 – 18-дерде.

Ең төменгі температура таңертеңгілік (сағат 3 және 6 арасында), ал максимальды жоғары деңгейі – тәуліктің екінші бөлігінде, сағат 17 мен 21 арасында болатыны есте болу керек. Біздің елімізде көбіне термометрия қолтықтан өлшенеді. Жоғары деңгейлі қызуды тез анықтау үшін (мысалы, балалар ұжымында)



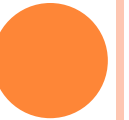


«Термотест» қолданылады – сұйық кристалдар эмульсиясымен жабылған полимерлі пластина. Қызуды өлшеу үшін оны маңдайға қояды: температура 36 – 37 °C болса N (Normal) әріпімен жанады, ал 37°C- тан жоғары болса - F (Febris - қызба) жанады. Дене қызуы медициналық термометрмен өлшенеді. [hello_html_m5633bdaa.jpg](#)



Дене қызуын өлшейтін жерлер







Қолтық асты ойсы



Ауыз қуысы



Тік ішек арқылы Қынапта

Шат аралық қыртыстарда

Дене қызуын қолтық ойысынан өлшеу

Мақсаты: диагностикалық: ересек науқастың дене қызуын анықтау.

Қолдану көрсетілімдері: организмнің функционалды жағдайын бақылау, аурухана ішілік жұқпалы аурудың алдын алу.

Қарсы көрсетілімдері: қолтық асты аймағының қабынуы, пысынаушылық, қолтық асты аймағының қызаруы.

Дене қызуын өлшейтін жерлер: Қолтық асты ойысы, ауыз қуысы, тік ішек арқылы, шат аралық қыртыстар (балаларда), қынапта.

Дайындаңыз: медициналық термометрді, лотокты, салфеткаларды, сағатты, көк түсті қаламсапты, қызуды тіркейтін журналды, қызу парағын, ішінде зарарсыздандыру ерітіндісі бар ыдысты, таза термометрлерді сақтауға арналған ыдысты.



Іс – әрекет алгоритмі:

1. Науқасқа ем шара мақсатын және барысын түсіндіріңіз және оның келісімін алыңыз.
2. Антисептикпен қолыңызды тазартыңыз.
3. Науқасты отырғызыңыз немесе жатқызыңыз.
4. Термометрді қолға алыңыз. Оның бүтіндігін тексеріңіз. Сынап бағанасы 35°C – тан төмен резервуарға сынап сақталатын сауытқа түскенше сілкіңіз және қараңыз.
5. Қолтық асты ойысын қараңыз: егерде қызару, жергілікті қабыну процессі болса, онда дене қызуын өлшеу жүргізілмейді.
6. Науқастың қолтық асты ойысының терісін жеке салфеткамен құрғатып сүртіңіз.



7. Термометрдің сынап резервуарын қолтық асты ойысына салыңыз, ол денемен толық жанасуы керек.
8. Дене қызуын өлшеу уақытын белгілеп қойыңыз.
9. 10 минуттан кейін термометрді алып, оның көрсеткішін сынап бағанасы жоғарлауы бойынша анықтаңыз. Науқасқа алынған нәтижені хабарлаңыз.
10. Термометрдің көрсетілімін дене қызуын тіркейтін журналға сандық, ал қызу парағына графикалық қисық сызба түрінде жазыңыз.
11. Пайдаланған термометрді сілкіп, сынаптың резервуарға түскеніне көзіңізді жеткізіңіз.
12. Пайдаланған термометрді ішінде зарарсыздандыру ерітіндісі бар ыдысқа салыңыз.
13. Ағынды судың астында зарарсыздандыратын заттың иісі кеткенше жуыңыз салфеткамен құрғатып сүртіңіз, салфетка салынған лотокка немесе шыны ыдысқа салып құрғақ түрінде сақтаңыз.
14. Қолыңызды жуып кептіріңіз.

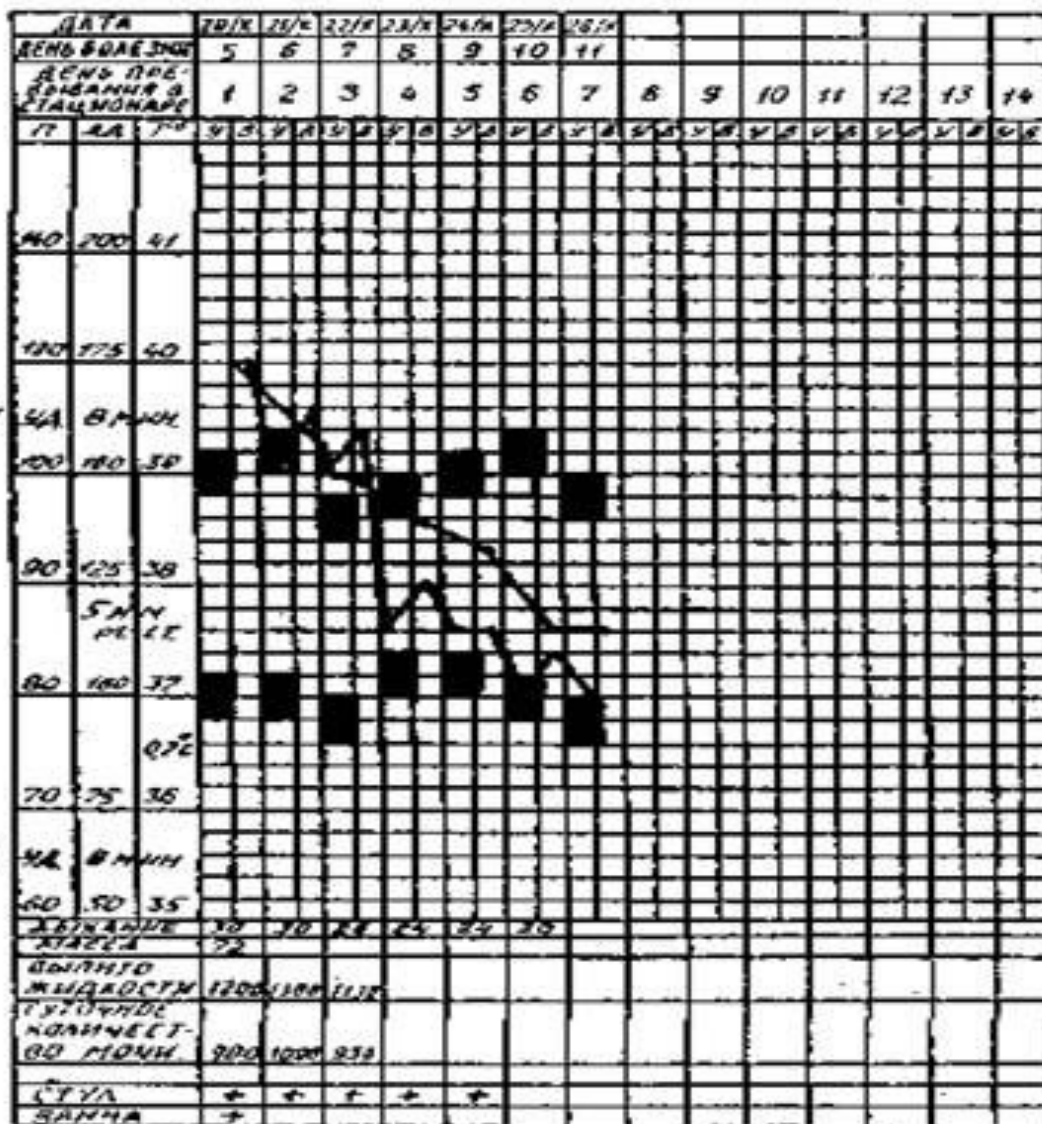


Температуралық парак

1058
№ КАРТЫ

24
№ ПЛАТЫ

ТЕМПЕРАТУРНЫЙ ЛИСТ
ФАМИЛИЯ И О. БОЛЬНОГО Ромонов И.Г.



Емдеу мекемесінде мейірбикелік бекеттегі температуралық парақта пациенттердің фамилиялары, температураның өлшенген күні көрсетіледі. Температураны өлшеу нәтижелері бекеттегі температуралық парақтан жеке температуралық параққа көшіріледі. Оны аурухананың қабылдау бөлімшесіне медициналық картасымен стационарға түскен әр пациентке толтырады. Температураны графикалық тіркеуден басқа (шкала «Т») температуралық парақта пульс жиілігі (шкала «П») және артериальды қысым (шкала «АҚК») қиықтары тіркеледі. Температуралық парақтың төменгі бөлігінде 1 минутта есептелген тыныс жиілігі саны, дене салмағы, сол сияқты тәулік бойы ішілген сұйықтық көлемі және бөлінген зәр көлемі (мл) жазылады. Дефекация («үлкен дәрет») және орындалған санитарлық тазартулар «+» белгілерімен белгіленеді.



Температуралық парақтың абсцисс осімен ауырған күндер белгіленеді. Ауырған әр күн дене температурасын екі рет өлшеуге есептелген. Ауырған әр күн дене температурасын екі рет өлшеуге есептелген. Ординат осі бойынша температуралық тор орналасқан, оның әр бөлігі $0,2^{\circ}\text{C}$ – қа тең. Күнделікті екі мезгіл өлшенген дене температурасы нәтижесі сәйкесінше нүктелермен белгіленеді. Таңертеңгі температура көк түспен не қара түспен нүкте түрінде «т» графикасында, кешкі өлшеу нәтижесі - «к» графикасында белгіленеді. Осы нүктелер қосылады да, дене температурасы қиығын қалыптастырады. Егер қызба болса, сәйкесінше қиығы да қалыптасады.



Қызба кезіндегі науқастардың күтімі.

Дене температурасы өлшегендегі, бақылағандағы, пациент пен оның туыстарымен әңгімелескендегі ақпараттар дене қызуын реттеудегі (терморегуляциядағы) қазіргі нағыз не потенциалды мәселелерді табуға мүмкіндік береді. Мәселе егер температура көтерілу не төмендеу қаупі болса пайда болады. Олардың болуы қалыпты дене температурасын сақтаудағы тәуелділікке не қоршаған ортадағы және үйреншікті өмір сүру ретінің өзгерулеріне байланысты болуы мүмкін. Пациент осы жағдайларда медициналық мейірбикеге (емдеу мекемелерінде) не олардың жақындарына (үй жағдайында) тәуелді.



Дене қызуы көтерілуінің 3 кезеңі бар.

Қызбаның 1 кезеңі:

Қызу 37,5С қа дейін көтеріліп қалтырау, тоңу сезімдері мазалайды, ауру денесін жиырып « бүк түсіп» жатады, себебі осы қалыпта жылу жоғалту азаяды. Тамырлары түйіліп, салқынды сезумен сипатталатындықтан, мейірбикелік іс-әрекеттер пациентті жылытуға (киім, ыстық сұйықтықтар) бағытталған. Қызу кенеттен пайда болғаны мен, кейде адам оны сезінеді: басы ауырады, тәбеті төмендейді, ұйқысы келеді, әлсіздік пайда болады. Осы қызбаның бірінші кезеңін де өзекті болатыны, науқас өзін өздігінен жылы нәрсемен жаба алмауынан не жылы сусындарымен қамти аламауынан және т.б болуы мүмкін. Бұл кезде мейірбике пациент аяғына жылытқыш қойып оған қою тәтті шай беру, қымтап жабу, желорай болмауын мұқият қадағалауы керек.



Қызбаның ІІ кезеңі.

Қызу жоғары мөлшерде тұрақаталады. Науқас қолайсыздықты сезеді, денесі ысиды, тер бөліне бастайды. Адам шешінеді, көрпесін ысырып тастайды, қимылсыз жатады. Терлеуге байланысты шөл пайда болады, тез сусыздану болуы мүмкін. Осы кезеңде тәбеттің ұзақ болмауы жүреді, ұйқышылдыққа, әлсіздікке әкеліп соқтырады. Адам мазасызданады, тез ренжитін болады, кереуетте ыңғайы болмайды, басы ауырады, жарықтан қорқу сезімі пайда болады. Ұйқышылдық мезімді шатастырады: науқас тым баяу жылжығандай болады. Осы кезеңде галюцинациялар, сандырақтаулар болуы мүмкін.

Қызбаның осы 2- кезеңіндегі мәселелер жеңіл жамылғы не киімді пайдаланғысы келмеу де, тәбеті болмауы да, қызба кезіне сәйкес тамақтану ережелерін білмеуден, өздігінен (денесіне, төсегіне қажетті) киімдерін ауыстыра алмауында, сандырақтауға байланысты жарақат алу қауіпінде, сусыздану қауіпінде және т.б.

Бұл кезеңде пациентті жалғыз қалдыру өте қауіпті.



Ол төсегінен атып тұрып, құлап түсуі, терезеден қарғып кетуі т.б. мүмкін. Мұндай жағдайда жеке-дара мейірбике болғаны дұрыс. Егер ол мүмкін болмаса, поста тұрған мейірбике оны үнмі бақылау міндетті. Егер күйі нашарласа, ол жөнінде дереу дәрігерге хабарлау керек. Бұл кезеңде пациентке тәулігінен 5-6 мәрте шағындап сұйық немесе қоймалжың түрде жоғары калориялы әрі тез сіңетін тамақтар, мол сусын (жеміс-жидек шырындарын, морс, минералды су) беру керек. Пациенттің аузы кеуіп, еріндері жарылады, сондықтан оқта – текте олардың ауыз қусын натрий гидрокорбонатының сұйық ерітіндісімен сүртіп, кез-келген маймен ерінін майлау керек, ауызды шаю және міндетті түрде тістерді тазалау ұсынылады. Мейірбикелік көмек жеке гигиенаны, киіну және шешіну шараларын орындағанда қажет болады. Тері қыртыстарын және сыртқы жыныс мүшелерін күтуге арнайы көңіл бөлу қажет. Кенеттен басы ауырғанда маңдайына мұз (ерігеніне қарай оны ауыстырып отырады) немесе төртке бүктелген және сірке суы ерітіндісімен (0,5л суға 2 ас қасық) шыланған салфеткадан немесе сүлгіден салқын компресс салады. Мейірбике пациенттің жамылығысын ысырып тастауы, сондай-ақ пациент тамырының соғуы мен қан қысымын бақылап отыру тиіс.

Температураның кенеттен төмендеуі тердің шамадан тыс бөлініп, ағзаның әлсіреуіне соқтырады.

Аяқ - қолдары суып, еріндері көгереді. Бұл күйі кризис деп аталып және шұғыл шаралар жүргізуді талап етеді. Ең алдымен мейірбике дәрігерді шақырып оның белгілеулерін орындайды. Пациентті айналдыра жылытқыш салып, жақсылап қыздырады. Ыстық шай немесе кофе береді. Көп терлеуіне байланысты пациентті кептіре сүртеді, іш киімдерін ауыстырады, қажет болған жағдайда төсек, жаймаларын да ауыстырады.

Өкпенің ісініп қабынуы, сондай-ақ кейбір жұқпалы аурулар кезінде, температураның төмендеуі өте қауіпті. Дене қызуының біртіндеп төмендеуі лизис деп аталады. Тері шым-шым терлеп ағза әлсірейді. Әдетте температура төмендеген соң пациент ұйқтап кетеді. Оны оятуға болмайды, себебі қатты ұйқы – күшті қалпына келтірудің ең жақсы құралы. Қызба кезеңінде пациент терісіне ерекше назар аударып, ойылатын жеріне алдын алу шараларын жүргізуі қажет.



ПАЙДАЛАНҒАН ӘДЕБИЕТТЕР ТІЗІМІ

1. Ә. Н.Нұрмұхамбетұлы. Патологическая физиология. – Алматы; РПО «Кітап», 2007. – С. 237-247.
 2. Ә.Н.Нұрмұхамбетұлы. Клиникалық патологическая физиология.-Алматы; «Эверо», 2010.-С. 55-60.
 3. Патологическая физиология: Учебник п/р Н.Н.Зайко и Ю.В.Быця. – 2-е изд. – М.: МЕДпресс-информ, 2004. – С. 324-340.
- Назаренко Г.И., Кишкун А.А. Клиническая оценка результатов лабораторных исследований. - М.: "Медицина". – 2000г.
 - Клиническая биохимия под ред. В.А. Ткачука//Изд ГЭОТАР-Медиаю-М.-2006.- 512с.
 - Жлоба А.А.,Спектрофотометрические методы измерения в клинической энзимологии. (Пособие для врачей. Выпуск 2).-Изд.СПбГМУ.-2005.-С-Петербург. -С.1-38.
 - Жлоба А.А., В.В. Никитина // Выявление и лечение гипергомоцистеинемии (Пособие для врачей).- Изд."Дружба народов".-Москва.-2004.- 40с.
 - Баркаган З. С., Момот А. П. Диагностика и контролируемая терапия нарушений гемостаза - М.: «Ньюдиамед», 2001г. - 296 с.
 - Дементьева И. И. Клинические аспекты состояния и регуляции кислотно-основного гомеостаза - М.: ЮНИМЕД-пресс, 2002





*НАЗАР АУДАРҒАНДАРЫҢЫЗҒА
РАХМЕТ!*