


ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA АКАДЕМИЯСЫ «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKH-ISTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»	ОРИГИНАЛ 044-67/11
«Клиникалық пәндер» кафедрасы Әдістемелік нұсқаулық			

«ОңтүстікҚазақстан медицина академиясы»
 АҚ жанындағы медицина колледжі

ӘДІСТЕМЕЛІК НУСҚАУЛЫҚ

Пән: «Неврология»
Мамандығы: 09130200 - "Акушер ісі
Біліктілігі: 4S09130201 - "Акушер"

Курс:3
 Семестр:5
 Қорытынды бақылау түрі: Емтихан
 Жалпы еңбек сыйымдылығы сағат/кредиттер: КЗ: 48/ 2
 Симуляция:40

Шымкент 2023 ж

OÑTÜSTIK-QAZAQSTAN

MEDISINA
AKADEMIASY

«Oñtüstik Qazaqstan medicina akademiasy» AҚ



SOUTH KAZAKHSTAN

MEDICAL
ACADEMY

АО «Южно-Казакхстанская медицинская академия»

«Клиникалық пәндер» кафедрасы

044-67/11

Әдістемелік нұсқаулық

Әдістемелік өңдеу "Неврология" пәнінің жұмыс бағдарламасы (силлабусы) негізінде құрастырылды.

Оқытушы: Тулепбергенова Г. У.

Мамандығы: 09130200 - "Акушер ісі"

Біліктілігі: 4S09130201 - "Акушер"

Әдістемелік нұсқаулық «Клиникалық пәндер» кафедра мәжілісінде бекітілді.

Хаттама № 1 « 1. » 09 2023ж.

Кафедра меңгерушісі:  Махмут А.Ә.

OÑTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Клиникалық пәндер» кафедрасы	044-67/11	
Әдістемелік нұсқаулық		

1-сабақ

5.1. Сабақтың тақырыбы: Неврологияға кіріспе. Неврологиядағы мейіргер ісі. Жүйке жүйесінің функционалдық анатомиясы және физиологиясы. Неврологиядағы мейіргер ісін ұйымдастыру.

5.2. Сабақтың мақсаты: медициналық қызметкерлерге жұмыс шеңберінде науқастарға күтім жасау, манипуляциялар мен процедураларды меңгеру, ішкі синдромдар мен негізгі синдромдар, диагностика және алғашқы медициналық көмек дағдыларын игеру бойынша практикалық дағдыларды қалыптастыру.

5.3. Пәннің міндеттері:

жүйке жүйесінің функционалдық анатомиясы және физиологиясы бойынша алған білімдерін қолдану;

негізгі неврологиялық синдромдардың жүйке ауруларының және даму механизмін ажырату;

жүйке ауруларының жалпы симптомдарын анықтау;

науқастарды лабораториялық және инструменттік дайындау;

медбикелік диагнозды қою;

неврология бөлімшесіндегі мейіргер жұмысын ұйымдастыру

неврологиядағы науқастарға медициналық көмек көрсетудің этикалық және заңды аспектілерін сақтау;

шұғыл жағдайларда медициналық көмек көрсету іс-дағдыларын демонстрациялау;

медициналық құжаттарды жүргізу;

жүйке ауруларының алдын-алу іс-шараларын жүргізе білу дағдыларын қалыптастыру.

5.4. Тақырыптың негізгі сұрақтары:

1. Жүйке жүйесінің анатомиялық құрылымы және физиологиясы.

2. Жүйке жүйесінің қызметі.

3. Жүйке жүйесінің элементтері.

4. Жұлын нервнің анатомиялық құрылымы.

5. Рефлекторлы доғаның құрылымы.

6. Сезімталдықтың бұзылуының түрлері мен типтері.

7. Сезімталдықтың клиникалық жіктелуі.

8. Сезімталдықты зерттеу тәсілдері.

Неврология (лат. neurologia, көне грекше: νεῦρον — жүйке, λόγος — сөз) немесе Жүйкетану — жүйке жүйесі туралы морфологиялық ілім. Адам мен жануарлар организмдерінің жүйке жүйесі дене мүшелері мен мүшелер жүйелерінің қызметтік біртұтастығын және олардың белгілі бір ортаға бейімделуін реттеп басқарып отырады. Жүйке жүйесі мүшелерінің негізін жүйке ұлпасы құрайды.

Жүйке ұлпасының рефлекторлық қызметін нейрониттер (жүйке жасушалары) іс жүзіне асырады. Жүйке жүйесі денедегі орналасу орындарына байланысты орталық жүйке жүйесі және шеткі жүйке жүйесі бөлімдеріне бөлінеді. Орталық жүйке

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SKMA -1979-	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Клиникалық пәндер» кафедрасы	044-67/11	
Әдістемелік нұсқаулық		

жүйесіне ми және жұлын жатады. Шеткі жүйке жүйесін: жүйке түбіршіктері, жүйкелер, жүйке түйіндері, жүйке тораптары, жүйке талшықтары және жүйке ұштары құрайды.

Қызметіне қарай жүйке жүйесі: сомалық жүйке жүйесі (тері жабыны, тірек-қимыл аппараты мүшелерінің қызметтерін реттейді), парасимпатикалық жүйке жүйесі (ішкі мүшелердің қызметтерін реттейді) және симпатикалық жүйке жүйесі (тамырлар жүйесі мүшелерінің қызметтерін реттейді) бөлімдеріне бөлінеді. Соңғы екі бөлімді біріктіріп, вегетативтік жүйке жүйесі деп атайды.

Бет нервісінің невропатиясы VII жұп нервісінің зақымдалуы кезінде, мимикалық бұлшықеттердің бір жақты салдануы. Ер адамдар мен әйел адамдарда ауру жиілігі бірдей кездеседі, себептері вирусты және т.б. инфекциялар, суық тию, артериалді гипертензия, қант диабеті, отиттер, паротиттер, көпір-мишық бұрышының ісіктері, кейде бас-ми жарақаттары. Бет нервісінің ядросы зақымдалса : прозопоплегия зақымданған жақта болады.

Көпір-мишық бұрышында ішкі есту тесігіне кіре берісінде түбіршелердің зақымдануы болса : прозопоплегия, есту қабілетінің төмендеуі, тілдің бұлшықет парезінің салдарынан науқас зақымдалған жақта қабағын көтере алмайды, көзі жұмылмайды, жұмұға тырысқанда көз алмасы жоғарыға қарайды бұл -Белл феномені деп аталады, қабақтары жабылмағаннан көз алмасында ақ жолақ көрініп тұрады бұл- лагофталм деп аталады. тістерін ақситқанда ауыз қуысы сау жаққа қарай тартылады, сұйық тағам ішкенде аузынан сыртқа ағып кетеді. алдыңғы 2/3 бөлігінде дәм сезудің бұзылуы, көздің құрғауы.

Нерв беттің каналында зақымдалса: прозопоплегия, көздің құрғауы, гиперракузия, дәм сезу мен сілекей бөлінуі бұзылады.

Диагностикасы Үшкіл нерв невралгиясына әкелетін себептерді КТ, МРТ арқылы анықтауға болады, әсіресе МР-ангиография нервтің түбіршесін жаншып тұрған аномалді қан тамырды анықтай алады

Емдеуі Жедел кезеңде:

преднизолон қысқа курс, 1мг/кг салмағына, алмагел, верошпирон, калий препараттарымен бірге, пентоксифиллин, массаж, дегидротация

Ерте қалпына келу кезеңі; 11- ші куннен бастап

Прозерин (АХЭП) милдронат, ФТЛ, ИРТ

Қабыну симптомдары бар болса- антибактериалді терапия, симптоматикалық терапия

5.5. Оқыту және оқыту әдістері (шағын топтар, пікірталастар, ситуациялық есептер, жұппен жұмыс, презентациялар, кейс-стади және т.б.).

5.6. Әдебиет. Соңғы бетте

5.7. Бақылау (сұрақтар, тесттер, тапсырмалар және т. б.)

Тесттер:

1 Науқаста сезімталдықтың ... түрі оң жақ жұлын-таламикалық жолдың D5-D7 аймағында пышақтық жарақат нәтижесінде зақымданған.

- a. аауырсыну
- b. проприоцептивті



- c. вибрациялы
d. стереогносисті
e. дискриминациялы
- 2 Науқаста пышақты жаракат нәтижесінде емізікше сызығы бойында оң жақта ауырсыну және температуралы анестезия, сонымен бірге тактильді гипестезия дамыған, науқаста сезімталдықтың ... типтерінің бұзылыстары байқалады.
- a. өткізгіштік
b. шеткері
c. сегментарлы
d. сегментарлы-диссоцирленген
e. қыртыстық
- 3 Науқаста сол жақ кеудеде беткей сезімталдығы төмендеген және сол қолында «жарты күртеше» белгісі анықталған, сол жақ қолында фибриллярлы дірілдеумен бұлшық еттердің гипотрофиясы және гипотониясы байқалған, сол жақта m.biceps және triceps рефлекстерімен карпорадиалды рефлекс анықталмайды, науқаста сезімталдық бұзылысының ... типі байқалады.
- a. сегментарлы-диссоцирленген
b. мононевриттік
c. полиневриттік
d. өткізгіштік
e. сегментарлы-талшықтық
- 3 Науқаста төменгі спастикалық параплегия, кіндік деңгейінде өткізгіштік типті сезімталдықтың барлық түрінің бұзылысы, несептің кідіруі ... зақымданған.
- a. төменгі кеуде сегмент деңгейінде жұлын миының көлденеңі
b. үлкен жарты шар қыртысының парасагитталды аймағы
c. жұлын ми конусы
d. бел сегменті деңгейіндегі жұлын миының жартысы
e. бел өрімі
- 4 Науқаста дизартрия, тілді сыртқа шығарғанда солға ығысқан, тілдің сол жағы атрофияланған, бұлшық еттері жұқарған, ... жүйкесі зақымдануына тән.
- a. тіласты
b. қосымша
c. тіл-жұтқыншақ
d. кезеген
e. бет
5. Сенсорлық афазиясы бар науқастарда болатын бұзылулар... .
- a. сөйлеуді түсіну
b. есту
c. көру
d. сөйлеу қабілеті
e. қозғалыс сферасы
- 6 Амнестикалық афазиямен ауыратын науқастың қабілеті бұзылғанда... .
- a. элементке ат беру
b. қоршаған ортаның тітіркендіруін қабылдау
c. заттың қасиеттері мен мақсатын сипаттау
d. нысанды сипап анықтау
e. есту арқылы қабылдау
- 7 Науқас ерікін сөйлей алмайды, өзіне бағытталған сөздерді түсінеді. Зақымдану ошағы ... орналасқан.
- a. сол жақ маңдай аймағындағы Брок орталығында
b. оң жақ маңдай аймағындағы алдыңғы орталық иірімнің төменгі бөлімінде

O'NTUSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SKMA -1979-	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Клиникалық пәндер» кафедрасы	044-67/11	
Әдістемелік нұсқаулық		

- c. оң жақ жарты шарының самай бөлімінде
 - d. сол жақ самай бөліміндегі Вернике орталығында
 - e. сол жарты шарының бұрышты иірімінде
- 8 Науқаста оң жақта көз қозғалтқыш жүйкесінің зақымдануы, сол жақта гемипарез байқалады, зақымдану ошағы ... орналасқан.
- a. мидың оң аяқшасында
 - b. көпірдің оң жақ жартысында
 - c. сопақша мидың сол жақ жартысында
 - d. оң жақ көру төмпешігінде
 - e. оң жақ ішкі капсулада

2-сабақ

5.1. Сабақтың тақырыбы: Инсульттар, этиологиясы, классификациясы, диагностикасы, емі.

5.2. Сабақтың мақсаты: медициналық қызметкерлерге жұмыс шеңберінде науқастарға күтім жасау, манипуляциялар мен процедураларды меңгеру, ішкі синдромдар мен негізгі синдромдар, диагностика және алғашқы медициналық көмек дағдыларын игеру бойынша практикалық дағдыларды қалыптастыру.

5.3. Пәннің міндеттері:

- жүйке жүйесінің функционалдық анатомиясы және физиологиясы бойынша алған білімдерін қолдану;
- негізгі неврологиялық синдромдардың жүйке ауруларының және даму механизмін ажырату;
- жүйке ауруларының жалпы симптомдарын анықтау;
- науқастарды лабораториялық және инструменттік дайындау;
- медбикелік диагнозды қою;
- неврология бөлімшесіндегі мейіргер жұмысын ұйымдастыру
- неврологиядағы науқастарға медициналық көмек көрсетудің этикалық және заңды аспектілерін сақтау;
- шұғыл жағдайларда медициналық көмек көрсету іс-дағдыларын демонстрациялау;
- медициналық құжаттарды жүргізу;
- жүйке ауруларының алдын-алу іс-шараларын жүргізе білу
- дағдыларын қалыптастыру.

5.4. Тақырыптың негізгі сұрақтары:

1. Ми қан айналысының анатомиялық және физиологиялық ерекшеліктері.
2. Ми қан айналысының жедел бұзылыстары.
3. Ми қан айналысының өткінші бұзылыстары.
4. Инсульттар,
5. Ишемиялық инсульт этиологиясы, классификациясы, диагностикасы, емі.
6. Геморрагиялық инсульт этиологиясы, классификациясы, диагностикасы, емі.
7. Ми қан айналысы бұзылыстарының алғашқы көріністері.

O'NTUSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Клиникалық пәндер» кафедрасы	044-67/11
Әдістемелік нұсқаулық	

8. Ми инсульттерін анықтаудағы қосымша зерттеу әдістерінің маңыздылығы.

Инсульт - ми қанайналымының жіті бұзылысы, яғни ми қантамырларының бірінің үзілуі, түйілуі немесе тығындалуы. Инсульт геморрагиялық (миға қан құйылу) және ишемиялық инсульт (ми инфарктісі) болып бөлінеді. Инсульттің келесідей түрлері бар:

1) Геморрагиялық инсульт. Бұл артериялық гипертонияның асқынуы болып табылады. Жоғары қысымды көтере алмаған қан тамыры жарылады да, қан ми заттегіне келіп түседі. Құйылған қан миды басып, оны ісіндіреді және мидың бір бөлігі өледі. Мұндай инсульт көбінесе ауыр, күйзеліске толы күннен соң туындайды. Кешке қарай бас жарылып кетердей қатты ауырады. Заттардың барлығы қызыл түсті болып көріне бастайды, жүрек айнып, құсады, бас ауруы күшейеді - соққының алғашқы белгісі осындай. Сонан соң қимыл-қозғалыс, сөйлеу, сезгіштік қабілеттері бұзылады, құлақ естімеуден бастап, естен тануға, тіпті кома жағдайына дейін барады - ал бұл инсульттің өзі.

2) Ишемиялық инсульт. Бұл жағдайда тамыр өз қабырғасының тұтастығын сақтап қалады, алайда қанның ағымы тромбымен түйілуіне немесе тығындалуына байланысты тоқтап қалады. Тромбылар - қантамыр қабырғасының жас ерекшелігіне қарай өзгерістері - кез келген ағзадағы қантамырды бітеп, жүрек, бүйрек, ми инфарктісіне алып келеді. Қантамырлар жалпы қан ағысына келіп түсетін май тіндерінен де тығындалуы мүмкін, мысалы, бұл жағдай ұзын түтікше тәрізді сүйектер сынғанда немесе толық адамдардың қуыстық операциялар кезінде орын алуы ықтимал. Газды эмболия - тамырлардың газ көпіршіктерімен тығындалуы - өкпеге операция кезінде туындауы мүмкін. Жеке бастың шаруалары мен стресстер, ауа қысымының құбылмалылығы, қажу, шаршау, зиянды әдеттер – ішімдік пен темекі, артық салмақ, қандағы қант деңгейінің күрт өзгеруі – ми қантамырларының ұзақ уақыт түйіліп, ишемиялық инсульт белгілерінің туындауына ықпал ететін факторлар. Көбінесе ишемиялық инсульт - қарт адамдарға тән. Ол көбінесе түнде немесе таңға қарай туындайды, бірнеше күн ағымында бірте-бірте дамуы мүмкін, ауыспалы сипатқа да ие бола алады (шағын инсульт).

Инсульттің диагностикасы. Әдетте, инсульттің алғашқы белгілерін науқастың айналасындағы адамдар байқайды. Алғашқы минуттарда қауіпті жағдайға күдіктеніп, дереу жедел жәрдем шақырып, алғашқы көмекті бастау керек. Ауру басталғаннан кейін алғашқы төрт жарым сағатта адамды мүгедектіктен құтқаруға болады.

Геморрагиялық инсульттің алғашқы белгілеріне мыналар жатады:

өте қатты бас ауруы, құсуы мүмкін;

сананың жоғалуы;

тырыспалар;

көз қарашығының бір жағынан кеңеюі;

сөйлеудің бұзылуы;

аяқ-қолдардың салдануы;

есте сақтау қабілетінің жоғалуы;

кеңістік пен уақытқа қатысты адамның санасын, ойын жоғалтуы.

Ишемиялық инсульттің алғашқы белгілері

Әдетте бұл белгілер алғашында тым елеусіз болады, бірақ өте қауіпті.

бұлшықет тырысуы, мысалы, аяқты бүгуге немесе иекті кеудеге тіреуге мүмкіндік бермейді;

ыстықтау сезімі, шамадан тыс терлеу, жүрек соғуының күшеюі, әлсіздік;

O'NTUSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SKMA -1979-	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Клиникалық пәндер» кафедрасы	044-67/11	
Әдістемелік нұсқаулық		

мидың зақымдалған аймағымен "басқаратын" органдардың қызметі бұзылуы (қолдың немесе аяқтың өтпелі әлсіздігі, түсініксіз сөйлеу, бір көздің уақытша көрмей қалуы). Мамандар адамда инсульт бар-жоғын анықтау үшін мынандай жеңілдетілген тест жүргізуге кеңес береді: адамнан жымиюды сұраңыз – оның жымиюы асимметриялық сипатта болады; адамнан өзінің аты-жөнін айтуды сұраңыз – науқастың тілі күрмеліп, сөзі түсініксіз болады; адамнан қолдарын жоғары көтеруді сұраңыз – бір қолы көтерілмейді (ішінара немесе толық).

Инсультті емдеу. Науқастар мен олардың отбасылары кез келген инсульттан айығу ауруханадан шығумен аяқталмайтын ұзақ мерзімді қолайсыздық пен қиын жағдай екенін білуі керек. Науқастың күнделікті өміріне міндетті процедураларды енгізу оның жоғалған функцияларын тезірек қалпына келтіріп қоймай, сонымен қатар қайталанатын инсульттің алдын алуға көмектесетінін ұмытпау керек.

Инсульттан кейін адамды дұрыс оңалту үшін бірқатар шараларды орындау қажет.

Олардың ішінде мына процедуралар бар:

қол мен аяққа жеңіл массаж; науқастық қозғалу белсенділігін қалпына келтіруге көмектесетін жеңіл жаттығулар; қол саусақтарының ұсақ моторикасын дамытуға арналған арнайы жаттығулар;

судағы массаж, бұлшықет тартылысын ынталандыратын судағы процедуралар.

Науқасты оңалтуға бағытталған барлық медициналық процедураны сауатты орындау адамның тәуелсіз өмірге қайта оралуына әкеледі. Әдетте оңалту кезеңі шамамен 3 жылға созылады.

5.5. Оқыту және оқыту әдістері (шағын топтар, пікірталастар, ситуациялық есептер, жұппен жұмыс, презентациялар, кейс-стади және т.б.).

5.6. Әдебиет. Соңғы бетте

5.7. Бақылау (сұрақтар, тесттер, тапсырмалар және т. б.)

Тесттер:

1 Субарахнойдалды қан құйылудың негізгі диагностикасының белгілері ... болып табылады.

- қатты бас ауру, құсу, айқын менингеальды симптом
- қоңыр қызғылт түсті бет, артериальды гипертензия, естің бұзылысы, менингеальді симптомдар, Чейн-Стокс типті тыныс, гемиплегия
- бозғылт бет, есі сақталған, баяу пайда болған гемиплегия, анамнезінде миокард инфарктісі
- артериальды гипертензия, алғашқы тәулікте жойылатын афазия және гемипарез, бас ауру, құсу
- бас миы жарақатынан соң 1-3 күннен кейінгі анизокория және гемипарез

2 Ми инфарктісінің негізгі диагностикалық белгілері ... болып табылады.

- бозғылт бет, есі сақталған, баяу пайда болған гемиплегия, анамнезінде миокард инфарктісі және жүрек ырғағының бұзылысы
- қоңыр қызғылт түсті бет, артериальды гипертензия, естің бұзылысы, менингеальды симптомдар, гемиплегия
- артериальды гипертензия, алғашқы тәулікте жойылатын афазия және гемипарез, бас ауру, құсу
- қатты бас ауру, құсу, айқын менингеальды симптомдар
- бас ми жарақатынан соң 1-3 күннен кейінгі анизокория және гемипарез

3 Жұлын сухоткасы кезінде ... зақымданады.

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Клиникалық пәндер» кафедрасы		044-67/11
Әдістемелік нұсқаулық		

- a. көру жүйкесі және артқы бағана
 - b. көру жүйкесі және пирамидалы жолдар
 - c. пирамидалы және жұлын-таламикалық жолдар
 - d. артқы және алдыңғы мүйіз
 - e. бел және сегізкөз сегменті
- 4 Экстремедуллярлы ісік кезінде ... зақымданады.
- a. пирамидалы және жұлынталамикалық жолдары
 - b. көру жүйкесі және пирамидалы жолдары
 - c. көру жүйкесі және артқы бағанасы
 - d. артқы және алдыңғы мүйізі
 - e. бел және сегізкөз сегменттері
- 5 Субарахнойдалды қан құйылудың негізгі диагностикасының белгілері ... болып табылады.
- a. қатты бас ауру, құсу, айқын менингеальды симптом
 - b. қоңыр қызғылт түсті бет, артериальды гипертензия, естің бұзылысы, менингеальді симптомдар, Чейн-Стокс типті тыныс, гемиплегия
 - c. бозғылт бет, есі сақталған, баяу пайда болған гемиплегия, анамнезінде миокард инфарктісі
 - d. артериальды гипертензия, алғашқы тәулікте жойылатын афазия және гемипарез, бас ауру, құсу
 - e. бас миы жарақатынан соң 1-3 күннен кейінгі анизокория және гемипарез
- 6 Ми инфарктісінің негізгі диагностикалық белгілері ... болып табылады.
- a. бозғылт бет, есі сақталған, баяу пайда болған гемиплегия, анамнезінде миокард инфарктісі және жүрек ырғағының бұзылысы
 - b. қоңыр қызғылт түсті бет, артериальды гипертензия, естің бұзылысы, менингеальды симптомдар, гемиплегия
 - c. артериальды гипертензия, алғашқы тәулікте жойылатын афазия және гемипарез, бас ауру, құсу
 - d. қатты бас ауру, құсу, айқын менингеальды симптомдар
 - e. бас ми жарақатынан соң 1-3 күннен кейінгі анизокория және гемипарез
- 7 Жұлын сухоткасы кезінде ... зақымданады.
- a. көру жүйкесі және артқы бағана
 - b. көру жүйкесі және пирамидалы жолдар
 - c. пирамидалы және жұлын-таламикалық жолдар
 - d. артқы және алдыңғы мүйіз
 - e. бел және сегізкөз сегменті
- 8 Экстремедуллярлы ісік кезінде ... зақымданады.
- a. пирамидалы және жұлынталамикалық жолдары
 - b. көру жүйкесі және пирамидалы жолдары
 - c. көру жүйкесі және артқы бағанасы
 - d. артқы және алдыңғы мүйізі
 - e. бел және сегізкөз сегменттері

OÑTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SKMA -1979-	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Клиникалық пәндер» кафедрасы		044-67/11
Әдістемелік нұсқаулық		

5.1. Сабақтың тақырыбы: Вегетативті дистония синдромы. Мигрень, этиологиясы, классификациясы, диагностикасы, емі.

5.2. Сабақтың мақсаты: медициналық қызметкерлерге жұмыс шеңберінде науқастарға күтім жасау, манипуляциялар мен процедураларды меңгеру, ішкі синдромдар мен негізгі синдромдар, диагностика және алғашқы медициналық көмек дағдыларын игеру бойынша практикалық дағдыларды қалыптастыру.

5.3. Пәннің міндеттері:

жүйке жүйесінің функционалдық анатомиясы және физиологиясы

бойынша алған білімдерін қолдану;

негізгі неврологиялық синдромдардың жүйке ауруларының және даму механизмін ажырату;

жүйке ауруларының жалпы симптомдарын анықтау;

науқастарды лабораториялық және инструменттік дайындау;

медбикелік диагнозды қою;

неврология бөлімшесіндегі мейіргер жұмысын ұйымдастыру неврологиядағы науқастарға медициналық көмек көрсетудің этикалық және заңды аспектілерін сақтау;

шұғыл жағдайларда медициналық көмек көрсету іс-дағдыларын демонстрациялау;

медициналық құжаттарды жүргізу;

жүйке ауруларының алдын-алу іс-шараларын жүргізе білу дағдыларын қалыптастыру.

5.4. Тақырыптың негізгі сұрақтары:

1. Вегетативтік нерв жүйесінің құрылымдары.

2. Вегетативтік нерв жүйесі зақымдануының симптомдары мен синдромдары.

3. Симпатикалық нерв жүйесінің құрылымдары.

4. Парасимпатикалық нерв жүйесінің құрылымдары.

5. Вегетативтік нерв жүйесін тексеру әдістері.

6. Мигрень этиологиясы, классификациясы, диагностикасы, емі.

7. Омыртқа остеохондрозы, этиологиясы, классификациясы, диагностикасы, емі.

Вегато-тамырлық дистония-бұл өздігінен болатын ауру немесе синдром ретінде қарастырылуы мүмкін. Бірақ екі жағдайда да бірінші кезекте жүрек-қан тамыр жүйесі зақымдалады. Вегато-тамырлық дистония кезінде ағзаның басқа жүйелерінде органикалық өзгерістер болмайды мысалы:эндокринді бездерде ,жүйке жүйесінде ,жүректе және т.б. Дегенмен ұстама уақыты кезінде жүрек-қан тамыр жүйесінің және вегатативті жүйке жүйесінің айқын зақымдалуы жүреді. Вегато-тамырлық дистония ауруы дамуына келесі факторлар роль атқарады,оларды топпен бөлетін болсақ:жағымсыз ауа-райы,ағзамызда эндокринді бездердің қайта қалыптасу,висцеральды мүшелердің бірінші рет зақымдалуы, шеткері эндокринді бездердің бірінше рет ауруы,аллергия,үлен ми қыртысының нашарлауы және жүйкенің тозуы. Себептері Әдетте вегато-тамырлық дистония жүйке

O'NTUSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SKMA -1979-	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Клиникалық пәндер» кафедрасы		044-67/11
Әдістемелік нұсқаулық		

жүйесіне, миға-эмоциональдық артық жүктеме түсіргеннен кейін, ал кейде басынан өткерген инфекциядан кейін пайда болады.

Симптомдары Ең негізгі шағымдары: тез шаршау, ұйқының бұзылуы, эмоциональдық тұрақсыздық, жүректің қағуы, жүрек аймағындағы шаншып ауру сезімі, кейде қан қысымының шамалы өсуі немесе төмендеуі, бастың айналуы, аяқ-қол қимылының шектелуі, тобық және білезік сүйек аймақтарының суықтануы сонымен қоса тыныс алған кезде ауаның жетіспеу сезімі, «респираторлық синдром», еңтігу және беткей тыныс алу болады.

Емі Емі: ең алдымен аурудың себебін анықтап соны жою керек, науқасты тыныштық жағдайына келтіріп, жұмысымен демалысын кезектеп қалыптастыру, емдік жаттығулар жасау, қарсы көрсеткіштер болмаса бірқалыпты физикалық жүктеме тиімдірек болады (аутогенді жаттығу әдісі, өз-өзіне массаж жасау, психофизикалық жаттығу), физиотерапиялар (қылқан жапырақты ванналар, душ және т.б.) және таза ауада серуендеу.

Қажет жағдайда дәрігер терапевт немесе невролог дәрілер тағайындайды мысалы: бромидтер, транквилизаторлар, седативті препараттар . Мигрень-бұл неврологиялық сипаттағы ауру, ол бас ауруының созылмалы шабуылдары түрінде көрінеді, ауырсынудың күші мен жиілігі әртүрлі болуы мүмкін.

Әлем халқының 10 % бас сақинасынан зардап шегуде оның 34 жер шарының әйел бөлігіне келеді екен. Мигрень немесе бас сақинасы — бас ауруының бір түрі. Неврологиялық аурулар қатарына жатады. Көбінесе мұндай ауруға 20 мен 40 жас аралығындағы адамдар ұшырайды екен. Аурудың неден пайда болатыны әзірге белгісіз, бірақ көбінесе жұмысты ойлауды қажет ететін адамдардың осы аурумен ауыратыны анықталып отыр. Бас сақинасына тән ерекшелік: бастың бір бөлігі ауырады. Мигреннің себептері.

Мигреннің даму механизмінде негізгі себеп-ангионевротикалық бұзылулар.

Эндокринологиялық бұзылулар, стресстер, нейропсихиатриялық факторлар, сыртқы экологиялық факторлардың әсері-қатты шу, жарқын жарық мигрень шабуылдарын тудыруы мүмкін. Алкоголь, адамның жеке метеорологиялық тәуелділігі, кейбір дәрі-дәрмектер, әйелдердегі предменструальды кезең, күшті физикалық белсенділік, мұның бәрі мигреньді тудыруы мүмкін. Мигрень белгілері

Мигреннің негізгі симптомы-бұл пульсирленген сипаттағы бастың ауыруы, көбінесе бастың жартысында ауырсыну пайда болады, бірақ ол екі жақты болуы мүмкін. Мигрень шабуылдарының жиілігі ауырсынудың күші сияқты әртүрлі болуы мүмкін. Басындағы ауырсынудан басқа, науқаста жүрек айну сезімі пайда болады, бұл құсуға әкелуі мүмкін.

OÑTÛSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SKMA -1979-	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Клиникалық пәндер» кафедрасы		044-67/11
Әдістемелік нұсқаулық		

Фотофобия және қатты дыбыстарға төзбеушілік болуы мүмкін. Мигрень диагностикасы

Диагноз аурудың тән клиникалық көрінісі негізінде, сондай-ақ неврологиялық тексеруден кейін жүзеге асырылады. Кейбір жағдайларда невропатолог дифференциалды диагностика әдісін қолданады.

Мигреньді емдеу жағымсыз және ауырсыну белгілерін жоюға негізделген. Мигреньді емдеуге арналған препараттарды шартты түрде екі топқа бөлуге болады: мигрень шабуылын тоқтатуға бағытталған дәрі-дәрмектер және оның алдын-алу үшін қолданылатын дәрі-дәрмектер. Мигренді дәрі-дәрмекпен емдеу кезінде анальгетиктер қолданылады.

Мигреннің алдын алу үшін стресстік жағдайларды және жүйке асқынуын, бас жарақаттарын болдырмау ұсынылады. Үнемі жаттығу жасап, толық демалып, түнде ұйықтаңыз.

5.5. Оқыту және оқыту әдістері (шағын топтар, пікірталастар, ситуациялық есептер, жұппен жұмыс, презентациялар, кейс-стади және т.б.).

5.6. Әдебиет. Соңғы бетте

5.7. Бақылау (сұрақтар, тесттер, тапсырмалар және т. б.)

Тесттер:

- 1 Мигреннің алдын алу үшін қолданылатын дәрілер:
 - a. серотонин алмасуын қалыпқа келтіретін препараттар
 - b. антибиотиктер
 - c. антикоагулянттар
 - d. кортикостероидтар
 - e. мышьяк препараттары
- 2 Ұстамаға қарсы қолданатын препараттар:
 - a. фенобарбитал
 - b. стугерон
 - c. сермион
 - d. актовегин
 - e. камфора
- 3 Психикалық ауруларды зерттеу кезінде қолданылмайды:
 - a. фиброгастроскопия
 - b. бас миының компьютерлік томографиясы
 - c. клиникалық зерттеулер
 - d. катамнез
 - e. электроэнцефалография
- 4 Бел сегізкөз радикулитінің негізгі себебі ... болып табылады.
 - a. омыртқа остеохондрозы
 - b. экстремедуллярлы ісіктер
 - c. туберкулезді спондиллит
 - d. инфекциялы - аллергиялық фактор

OÑTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SKMA -1979-	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Клиникалық пәндер» кафедрасы		044-67/11
Әдістемелік нұсқаулық		

- е. омыртқаның деформациялық спондилезі
- 5 Бас ми жүйкесінің II жұп ядросы ... орналасқан.
 - a. көздің торында
 - b. мишықта
 - c. сопақша мида
 - d. ми аяқшасында
 - e. төрт холмияның жоғарғы төмпешігінде
- 6 Бас ми жүйкесінің II жұп II нейроны ... орналасқан.
 - a. латералды тізелі денеде
 - b. мишықта
 - c. сопақша мида
 - d. төрт холмияның жоғарғы төмпешігінде
 - e. ми аяқшасында
- 7 Ми бағанының әр деңгейіндегі зақымдануы кезінде ... синдромы дамиды.
 - a. альтернациялық
 - b. бульбарлы
 - c. псевдобульбарлы
 - d. көпір-мишық бұрыш
 - e. жоғарғы көз қуыс
- 8 Екі жақты кортиконуклеарлы жолдың зақымдануы кезінде ... синдромы дамиды.
 - a. псевдобульбарлы
 - b. бульбарлы
 - c. альтернациялық
 - d. көпір-мишық бұрышы
 - e. жоғарғы көз қуысы

6-сабақ

5.1. Сабақтың тақырыбы: Паркинсон ауруы, этиологиясы, классификациясы, диагностикасы, емі.

5.2. Сабақтың мақсаты: медициналық қызметкерлерге жұмыс шеңберінде науқастарға күтім жасау, манипуляциялар мен процедураларды меңгеру, ішкі синдромдар мен негізгі синдромдар, диагностика және алғашқы медициналық көмек дағдыларын игеру бойынша практикалық дағдыларды қалыптастыру.

5.3. Сабақтың міндеттері:

жүйке жүйесінің функционалдық анатомиясы және физиологиясы бойынша алған білімдерін қолдану;

негізгі неврологиялық синдромдардың жүйке ауруларының және даму механизмін ажырату;

жүйке ауруларының жалпы симптомдарын анықтау;

науқастарды лабораториялық және инструменттік дайындау;

медбикелік диагнозды қою;

неврология бөлімшесіндегі мейіргер жұмысын ұйымдастыру

неврологиядағы науқастарға медициналық көмек көрсетудің

этикалық және заңды аспектілерін сақтау;

шұғыл жағдайларда медициналық көмек көрсету іс-дағдыларын демонстрациялау;

OÑTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Клиникалық пәндер» кафедрасы		044-67/11
Әдістемелік нұсқаулық		

медициналық құжаттарды жүргізу;

жүйке ауруларының алдын-алу іс-шараларын жүргізе білу дағдыларын қалыптастыру.

5.4. Тақырыптың негізгі сұрақтары

1. Паркинсон ауруы.
2. Паркесон ауруы неден пайда болады.
3. Паркинсон ауруының этиологиясы, классификациясы және клиникасы.
4. Паркенсон ауруы симптомы.
5. Паркинсон ауруы, диагностикасы, емі.
6. Паркинсон ауруы кезіндегі медициналық-әлеуметтік сараптама және оңалтыу мәселелері.

Паркинсон ауруы келесі қозғалыстық бұзуларға әкеледі: діріл (тремор), гипокинезия, бұлшықет ригиді, сонымен қатар вегетативті және психикалық бұзулар. Бұзулардың барлығы бас миының алдыңғы жағында орналасқан өңсіз шар (палладиум) тежегіш ықпалынан болады. Палладиум нейрондарының бұзылуы перифериялық қозғалыстық нейрондарының қатты тежеуіне әкеледі. Қазіргі таңда аурудың емі жоқ, бірақ дәрігелер реабилитациялық курсты жүргізеді. Реабилитация көмегімен Паркинсон ауруының синдромдары едәуір азайады, сондықтан осы аурумен ауырған адамдардың өмірі біраз жеңілдетіледі. Паркинсон ауруы қимыл қозғалыстың баяулауымен, бұлшықет ригидтілігімен және тыныштықтағы тремор (діріл) көрінедін жүйке жүйесінің дегенеративті ауруларының бірі. Паркинсон ауруы – созылмалы ауру, оның нәтижесінде мидың нейрондары бұзылады және өледі. Аурудың негізгі белгілері: қолдың дірілдеуі, қозғалыстың бәсеңдеуі, қозғалыстың бөгеліп қалуы, ауырсыну, қозғалыс динамикасы және психиканың бұзылуы. Ауру ақыл-ес толығымен сақталып қалуымен мүгедектікке әкеледі.

Эпидемиологиясы. Ауру жер шарындағы 100000 адамның 60-140 жиілігімен кездеседі. Жас үлкейген сайын оның жиілігі де арта түседі. Статистикаға сүйенсек паркинсонизммен 60 жасқа дейінгі адамдардың 1% ауырады. Ер адамдар әйелдерге қарағанда жиірек ауырады. Паркинсон ауруының негізінде мидағы қара субстанция (черная субстанция) нейрондарының азаюы және ондағы Леви денешігінің құрылуымен байқалады.

Этиологиясы (себебі):

Тұқым қуалаушылық, аутосомды доминантты түрде кездеседі.

Жүйке жүйесінің жедел және созылмалы инфекциясынан кейін пайда болуы мүмкін (мысалы кенелік немесе басқа энцефалиттер)

Ми қанайналымының жедел және созылмалы бұзылыстары.

Жүйке жүйесінің травмасы немесе ісіктері (обыр).

Сонымен қатар паркинсонизм кейбір дәрілерді ұзақ тоқтатпай қабылдаудан пайда болуы мүмкін. Оған фенотиазинді топтағы дәрілер (аминазин, трифтазин), метилдофа, кейбір наркотикалық заттар жатады.

Патогенезі: Негізгі патогенетикалық звено, экстрапиримидті жүйедегі дофамин алмасудың бұзылуы. Дофамин бұл қозғалыс актілеріне көмекші және медиаторлы функцияны атқарады, оның негізгі түзілетін орны қара субстанция (Substantia nigra). Қара субстанция қызметі бұзылған кезде, бас ми қыртысындағы экстрапирамидалық жүйенің және corpus striatum жіберген сигналдарды жұлынның алдыңғы мүйізіне жетпейді.

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SKMA -1979-	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казakhstanская медицинская академия»
«Клиникалық пәндер» кафедрасы	044-67/11	
Әдістемелік нұсқаулық		

Сонымен қатар, сол уақытта жұлын алдыңғы мүйізіне бозғылт дене (pallidum) және қара субстанцияның ингибирлеуші импульстері келіп тұрады. Нәтижесінде жұлындағы альфа және гамма мотонейрондар циркуляциясы белсеніп, альфа белсенділігі басым бола бастайды. Бұл экстрапирамидалық ригидтілікті тудырады.

Патоморфология. Паркинсон ауруында негізгі патологоанатомиялық бұзылыстар қара субстанцияда және бозғылт денешікте дегенеративті өзгерістер мен жүйке жасушаларының өлуі байқалады. Өлген жасушалар орнында глиальдік элементтер немесе бос орын қалып қояды. Паркинсон ауруының клиникалық көрінісі Олигокинезия Брадикинезия Бұлшықет ригидтілігі Тыныштық жағдайда ретті стереотипті тремор Пропульсия, ретропульсия, латеропульсия Ауалы жастық симптомы ,қарсыласу феномені ,жуыршақ жүрісі ,бір қалыпты баяу сөйлеу, жазудың өзгеруі микрография гипомимия. Негізгі клиникалық көрінісі акинетико-ригидті немесе гипертонико –гипокинетикалық синдромдармен көрінеді. Ол өз кезегінде келесідей триададан тұрады: олиго-, барикинезия, бұлшықет ригидтілігі, тремор. Науқаста өзіндік бүгілген поза пайда олады: басы және денесі алға қарай еңкейген, қолдары шынтақ, қәріжілік-білезік және фалангалық буындарда бүгілген. Сөйлеуі ақырын, монотонды, модуляциясыз, сөздің соңында ақырындап өшіп қалады (затухание). Жүру кезінде қолды қалыпты сілтеп жүру қасиеті жоқ (ахейрокинез).

Постуральді тұрақсыздық – жүру және қозғалу кезінде ауырлық орталығын (центр тяжести) ұстау шектеледі. Жиі пропульсия –дене қалыпын түзету үшін алға жүгіруге бейім болады. Егер мұндай науқасты сәл алға немесе артқа қарай итеріп қалатын болса, ол сол жаққа қарай өз ауырлық центрін қуып жету үшін, құламас үшін жүгіре жөнеледі.

Мұндай жағдайлар отырғанда, басын артқа шалқайтқанда да көрінеді. Бұлшықет тонусын зерттегенде бұлшықет антогоноисттердің тонусы жоғарылағандықтан қарсыласу байқалады. Мысалы, жастықсыз жатқан науқастың басын қолымызбен көтеріп ұстап тұрып, бірден жіберіп қалсақ, бас төсекке өте баяу түрде түседі. Мұны «ауалы жастық феномені» деп (феномен воображаемой подушки) деп атайды.

Діріл (тремор) – Паркинсонизмге тән көріністердің бірі. Әрдайым болатын, ретсіз, санамен реттелуге бағынбайтын, қол, бет бұлшықетінің, бас және төменгі жақтың, тілдің тыныштық кезінде дірілдеуімен көрінеді. Тремор жүру кезінде және басқа да белсенді қозғалыс кезінде жоғалады. Діріл жиілігі 4-6 рет секундына. Дірілдеу мазасыздану, уайымдау кезінде күшейе түсіп, бірақ ұйқы кезінде жоғалады. Жоғарыда келтірілген белгілермен қоса баяу ойлау, әрекетсіздік, енжарлық құбылыстары (брадипсихия), сондай-ақ бір айтқан тілегін немесе ренішін әлденеше рет қайталау, айтқанынан қайтпау (акайрия) байқалады. Паркинсон ауруының ағымы прогрессирлеуші болып келеді. Ауру бас кезінде біржақты ғана көріністері байқалады. Уақыт өте келе олар екіжақты түрде, жиі көріне бастайды.

Паркинсон ауруының емі

Дер кезінде басталған ем, аурудың ағымын баяулата алады. Дерттің соңғы сатыларында ем нәтижесі азая түспек. Паркинсон ауруының бастапқы кездерінде дофаминдік рецептор агонистері (бромокриптин, пирибедил), амантадин, моноаминоксидаза В селективті ингибиторлары (селегилин), антихолинэстераздық препараттар (циклодол) беріледі. Қазіргі уақытта паркинсонизм айқын клиникалық көрінісі бар кезінде леводопа препаратына мән беріледі. Бұл препарат ОЖЖ түскеннен кейін, базальді ганглийлердің қалыпты функциясы үшін қажетті дофаминге декарбоксилденіп өз әсерін көрсетеді. Көпшілік жағдайда леводопаны декорбаксилаза

OÑTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SKMA -1979-	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Клиникалық пәндер» кафедрасы		044-67/11
Әдістемелік нұсқаулық		

ингибиторларымен бірге комбенирленген түрде тағайындайды. Мұндай жағдайдың артықшылығы леводопа мөлшерін азайтып, оның жана әсерін алдын алуға мүмкіндік береді.

5.5. Оқыту және оқыту әдістері (шағын топтар, пікірталастар, ситуациялық есептер, жұппен жұмыс, презентациялар, кейс-стади және т.б.).

5.6. Әдебиет. Соңғы бетте

5.7. Бақылау (сұрақтар, тесттер, тапсырмалар және т. б.)

Тесттер:

1 Паркинсон ауруын емдегенде L-допаның күнделікті дозасы... аспауы керек.

- 3г
- 2 г
- 2.5 г
- 3.5 г
- 4г

2 Паркинсон ауруымен ауыратын науқаста...болса холинергиялық препараттармен емдеуге болмайды.

- глаукома
- катаракта
- гипертониялық ретинопатия
- диабеттік ретинопатия
- тауық соқырлығы

3 Паллидо-нигральды жүйе зақымданғанда ... болады.

- гиперкинез
- дизартрия
- түсініксіз сөйлеу
- аклюзия
- аграфия

4 Паллидо-нигральды жүйе зақымдалғанда, . . . жүруі.

- қадамды майда сілтеп басып
- спастикалық
- спастикалық-атактикалық
- гемипаретикалық
- парапаретикалық

5 Сөйлеудің бұзылуы экстрапирамидалық жүйе зақымданғанда пайда болады... .

- тыныш, бір сарынды сөйлеу
- дизартрия
- афония
- агнозия
- аграфия

6 Есту агнозиясы ... зақымдану кезінде анықталады.

- төбе бөлігі
- самай бөлігі
- шүйде бөлігі
- маңдай бөлігі
- мишық

7 Альцгеймер ауруының негізгі белгілері ... болады.

O'NTUSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SKMA -1979-	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Клиникалық пәндер» кафедрасы		044-67/11
Әдістемелік нұсқаулық		

- a. деменция
 - b. атаксия
 - c. мәнерлеп сөйлеу
 - d. аяқ – қолдарда шеткері парез
 - e. жүйке бағаналарында тартылу симптомы
- 8 Гемибаллизм ... зақымдану кезінде анықталады.
- a. Льюис субталамикалық ядросының
 - b. қара субстанцияның
 - c. қызыл ядрның
 - d. бозғылт шардың
 - e. ішкі капсуланың

5-сабақ

5.1. Сабақтың тақырыбы: Жүйке жүйесі дамуының ақаулары. этиологиясы, классификациясы, диагностикасы, емі.

5.2. Сабақтың мақсаты: медициналық қызметкерлерге жұмыс шеңберінде науқастарға күтім жасау, манипуляциялар мен процедураларды меңгеру, ішкі синдромдар мен негізгі синдромдар, диагностика және алғашқы медициналық көмек дағдыларын игеру бойынша практикалық дағдыларды қалыптастыру.

5.3. Сабақтың міндеттері:

- жүйке жүйесінің функционалдық анатомиясы және физиологиясы бойынша алған білімдерін қолдану;
- негізгі неврологиялық синдромдардың жүйке ауруларының және даму механизмін ажырату;
- жүйке ауруларының жалпы симптомдарын анықтау;
- науқастарды лабораториялық және инструменттік дайындау;
- медбикелік диагнозды қою;
- неврология бөлімшесіндегі мейіргер жұмысын ұйымдастыру
- неврологиядағы науқастарға медициналық көмек көрсетудің этикалық және заңды аспектілерін сақтау;
- шұғыл жағдайларда медициналық көмек көрсету іс-дағдыларын демонстрациялау;
- медициналық құжаттарды жүргізу;
- жүйке ауруларының алдын-алу іс-шараларын жүргізе білу дағдыларын қалыптастыру.

5.4. Тақырыптың негізгі сұрақтары:

1. Жүйке жүйесі дамуының ақаулары.
2. Орталық жүйке жүйесің туа біткен ақауының дамуы
3. Жүйке жүйесі дамуының ақауларың этиологиясы.
4. Анэцефалия, микроцефалия, микрогирия, порэнцефалия,
5. Гидроцефалия (сыртқы, ішкі).
6. Жүйке жүйесі дамуының ақаулары, классификациясы, диагностикасы, емі.

Орталық жүйке жүйесінің туа біткен ақауының дамуы. Этиология және патогенез. Жүктілік кезеңінде вальпроаттарды қолдану және аналарда фолий қышқылының жетіспеушілігі, гипоксин, сәулелік энергия, ішімдік (хинин, гидантоин және басқалар),

OŃTŪSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SKMA -1979-	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Клиникалық пәндер» кафедрасы		044-67/11
Әдістемелік нұсқаулық		

дәрілікпрепараттар, коксак, цитомегалиялық вирустардың әсерідеп болжалданып, қарапайым герпес, адамның иммундықтапшылығы дәл белгіленген қызылша вирусы нақтыэкзогендік факторлар болады.

Ақаудың ең ауыр түрлері жүйке түтігінің пайда болубарысында болған зақымданудан туындайды (жатыршілікөмірінің 3-4 аптасында) Барлық жүйке жүйесі ауруларының 2/3 бөлігінің түпкі тамырыперинаталды кезеңмен тығыз байланысты. Зерттеулер балалардыңжүйке жүйесінің перинаталды зақымдануының клиникалық көріністері мен метаболиттік механизмдерін зерттеуге арналған.Перинаталдық энцефалопатиялардың проблемалары ауыр дәрежелімедико-социалды себеп-салдарға:ағзаның жалпы әлсізденуі,созылмалы және жүйелік инфекциялардың дамуына, ойлау қабілетінің, психо-эмоционалдық сфераның төмендеуіне және бұлкөріністердің жиілеу себебіне байланысты уақыт өткен сайынотандық, сонымен қатар көптеген шетел зерттеушілерінің назарынаударуда.Статистикалық талдау мәліметтері перинаталдықэнцефалопатиялардың өсу жиілігін көрсетеді; Ресейде соңғы 5 жылішінде сырқаттылық 20% өссе, Қазақстан бойынша 10%жоғарылағаны анықталған.

Балалардың неврологиялықсырқаттанулығын емдеу мен алдын алу шаралары ағзаның жеке дамуымен, олардың сыртқы орта әсерлерімен тығыз байланысты. Әдебиеттік талдаулар балалардағы неврологиялық өзгерістердіңБалалардағы жүйке жүйесінің перинаталдық ауруына әсер ететінсебептерге анасының социалды-биологиялық мінездемесі, босанужағдайы, қоршаған ортаның эпидемиологиялық, экологиялық,социалды-гигиеналық факторлары жатады. Кейбір авторлардыңайтуы бойынша әлеуметтік орта, экономика, демографиялықжағдайлар, саяси құрылымдардың өзі перинаталдық патологияның дамуына алып келеді. Ана мен ұрықтың ағзалары тығыз байланыстаболуынан, плацентарлық барьер арқылы әр түрлі дәрілікпрепараттар мен инфекциялардың ену мүмкіндігі де қарастырылған.Перинаталды инфекциялар эмбрион немесе ұрықтың өліміне әкеліп, мүшелер мен жүйелердің туа біткен аномалияларына әкеледі.Анасының жүктілік кезіндегі соматикалық және эндокриндікаурулары баласының жүйке жүйесінің патологиясымен туылуыныңүлкен қаупін төндіреді. Оның ішінде үнемі дәрілік заттардықабылдайтын созылмалы аурулар жатады. Жүкті әйелдің қантдиабеті ОЖЖ-нің органикалық зақымдануына,микро- жәнегидроцефалияға, менингоцеле, әр түрлі гиперкинездерге әкеліп соқтырады . Нәрестелердегі перинатальды нерв жүйесі зақымдануының классификациясы.Оттегінің жетіспеушілігінен ОНЖ зақымдануы: Бас-ми ишемиясы.

Гипоксиялық генездің әсерінен басмиына қан құюлуар Бас-ми ишемиясы (Жеңіл дәрежелі)

Бас-ми ишемиясы (Ауыр дәрежелі)

Бас-ми ишемиясы(Орта дәрежелі)

.Гипоксиялық генездің әсерінен бас-миына қан құюлуар• Ми қарынша ішілікқан құюлулар.

I степень

II степень III степень

Біріншілік субарахнойдальды қан құюлуларМи затына (ақ немесе сұр) қан құюлулар

Нәрестелердегі перинатальды нерв жүйесі зақымдануының классификациясы

II. ОНЖ травмалық зақымдануы: Бас-миының туылу кезіндегі жарақаты .Жұлынның

туылу кезіндегі жақаты .Перифериялық нервтің туылу кезіндегі жарақаты. Нәрестелердегі

перинатальды нерв жүйесізақымдануының классификациясы III. ОНЖ-гі зат алмасу

O'NTUSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SKMA -1979-	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Клиникалық пәндер» кафедрасы	044-67/11	
Әдістемелік нұсқаулық		

жәнетоксикалық алмасу функциясының бұзылысы Өтпелі метаболикалық бұзылыстар ОНЖ-нің улыметаболикалық бұзылыстары.

Нәрестелердегі перинатальды нерв жүйесі зақымдануының классификациясы IV. Перинатальды кезеңде ОНЖ аурулармен зақымдануы Жатыршілік инфекция әсерінен ОНЖ зақымдануы Неонтальдық сепсис кезінде ОНЖ зақымдануы

ОЖЖ туа біткен ең ауыр ақаулары Анэнцефалия - бас мидың агнезиясы, бұнда алдыңғы, ортаңғы, кейде оның артқыбөліктері болмайды. Сопакша және артқы мибөлігі сақталады. Бас миын бөлек нейрондармен нейроглия жасушалары кездесетін яғни қантамырларға бай байланыструшы ткань. Анэнцефалия бас сүйек күмбезінің сүйексізшектері тері мен оладың тканді жұмсақжабынымен үйлеседі. Порэнцефалия – бас миындағы түрлі көлемдегі кисталардың пайда болуы, мидың ми қапталдарындағы қарыншалар, шыққан эпендимомалар. Нақты порэнцефалидің жалған түрін айыруға болады, мұнда кисталар ми сұйықтығы ағынының жолдарымен берілмейді және бас миының бұрынғы ткандердің жұмсаруынан пайда болады.

Туа біткен гидроцефалия - ми қарыншасындағы ми сұйықтығының жиылуы (ішкігидроцефалия) немесе субарахноидальды кеңістіктегі (сыртқы гидроцефалия) бас сүйек үлкеюімен және беттің оған сәйкессіздігімен айқындалады, бет кішкентай, шеке үлкен болып көрінеді.

Бас сүйектің жұқаруы мен алшақтауы байқалады, еңбектің ісінуі. Бас мидың атрофиясы өскені, көбінесе үлкен миға байланысты атрезин түтіктері немесе бөлінісі, стеноз салдарынан ми сұйықтығының ағуына байланысты жағдайлар (сильев су құбыры), қапталдарындағы қарынша аралық саңылаулары мен ми қарыншасының VI қабырға саңылаулары мен ортаңғы атрезиясы.

Жұлын жарығы – құрсақішілік даму үдерісінде бір немесе бірнеше омыртқалар қылқанды өсінділер тұсында түйіспей, бос қалған саңылауға қабықшалармен жұлын түсетін, туа біткен ауытқу. Жұлын жарығы – омыртқаның туа бітті бітелмеуімен бір уақытта терімен жабылған мидың қатты қабығының жарықты дүрдіюімен бір сипатталатын, ауыр даму кемістігі. Жарықтық ішінде жұлын сұйықтығы не жұлын болады. Поуляциялық жиілігі жаңа туылған сәбилердің 1:1000. Кемістіктің этиологиясы мультифакторлы. Шала туылған балалардың жедел кезеңіндегі патологиялық жағдайлар (өкпеге жасанды желдендіру – 63,5%, гемодинамикалық бұзылыстар – 30,8%), арнайы соматикалық және неврологиялық патологиялар (сепсис – 15,4%, некротикалық энтероколит – 16,3%, бронхөкпелік дисплазия – 11,5%, қарынша ішілік қанқұйылу – 21,2% және перивентрикулярлы лейкомаляцияның кистозды түрі – 12,5%) және туа пайда болған даму ақаулары емдеудің қолайсыз нәтижесіне алып келеді.

5.5. Оқыту және оқыту әдістері (шағын топтар, пікірталастар, ситуациялық есептер, жұппен жұмыс, презентациялар, кейс-стади және т.б.).

5.6. Әдебиет. Соңғы бетте

5.7. Бақылау (сұрақтар, тесттер, тапсырмалар және т. б.)

Тесттер:

1. Есеңгіреу ... пайда болмайды.
 - a. шизофрения нәтижесінде
 - b. улану нәтижесінде (алкоголь, күкіртті газ және т.б)
 - c. бас-ми жарақаттары нәтижесінде

OÑTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Клиникалық пәндер» кафедрасы	044-67/11
Әдістемелік нұсқаулық	

- d. тамырлық және басқа да ОЖЖ ауруларының нәтижесінде
 e. инфекциянды психоздардың нәтижесінде
- 2.Қабылдау өзгерістеріне жатпайтын бұзылыстар
- абулия
 - парастезия
 - анестезия
 - гипестезия
 - сенестопатия
- 3.Ступорлық жағдайға ... симптом жатпайды.
- пикнолептикалық
 - бұлшық еттік қату
 - кататониялық
 - негативистік
 - апатикалық
- 4.Ес пен интеллекттің бұзылуы ... тән емес.
- неврастенияларға
 - эпилепсияларға
 - өршімелі салдануға
 - церебральді атеросклерозға
 - шизофренияға
- 5.Корсаков синдромына ... кірмейді.
- ассоциативті үдерістің жылдамдауы
 - өршімелі амнезия
 - фиксациянды амнезия
 - конфабуляция немесе псевдореминисценция
 - кеңістік пен уақыттағы дезориентация
- 6.Танымдық қызметтің тұрақты төмендеуімен жүретін ертеректе алған білімнің және тәжірибелі дағдылардың жоғалуы ... деп аталады.
- деменция
 - олигофрения
 - псевдодеменция
 - амнезия
 - психикалық инфантилизм
7. Нистагм...зақымданған кезде пайда болады.
- мишық
 - маңдай қыртысы
 - құйрықты ядро
 - ми сабақтары
 - алдыңғы ми
8. Экстрапирамидалық жүйенің зақымдануы кезінде ... пайда болады.
- акинезия
 - апраксия
 - парез
 - паралич
 - сенсублизация

O'NTUSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SKMA -1979-	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Клиникалық пәндер» кафедрасы		044-67/11
Әдістемелік нұсқаулық		

5.1.Сабақтың тақырыбы: Миастения және миастениялық синдром. этиологиясы, классификациясы, диагностикасы, емі.

5.2. Сабақтың мақсаты: медициналық қызметкерлерге жұмыс шеңберінде науқастарға күтім жасау, манипуляциялар мен процедураларды меңгеру, ішкі синдромдар мен негізгі синдромдар, диагностика және алғашқы медициналық көмек дағдыларын игеру бойынша практикалық дағдыларды қалыптастыру.

5.3. Пәннің міндеттері:

жүйке жүйесінің функционалдық анатомиясы және физиологиясы бойынша алған білімдерін қолдану;

негізгі неврологиялық синдромдардың жүйке ауруларының және даму механизмін ажырату;

жүйке ауруларының жалпы симптомдарын анықтау;

науқастарды лабораториялық және инструменттік дайындау;

медбикелік диагнозды қою;

неврология бөлімшесіндегі мейіргер жұмысын ұйымдастыру

кневрологиядағы науқастарға медициналық көмек көрсетудің этиалық және заңды аспектілерін сақтау;

шұғыл жағдайларда медициналық көмек көрсету іс-дағдыларын демонстрациялау;

медициналық құжаттарды жүргізу;

жүйке ауруларының алдын-алу іс-шараларын жүргізе білу дағдыларын қалыптастыру.

5.4.Тақырыптың негізгі сұрақтары:

1. Миастенияның симптомдары.

2.Миастения және миастениялық синдромдар.

3.Миастенияның этиологиясы, классификациясы,

4.Миастенияның диагностикасы,

5. Миастенияның емі.

6.Тұқым қуалаушылық-дегенеративтік сырқаттармен науқастарға медициналық көмекті ұйымдастыру.

Миастениялық және холинергиялық криздер.Миастения –әр-түрлі топ бұлшықеттерінің жоғары әлсіздігімен ,нерв импульстерін бұлшықетке жеткізу қызметі бұзылған,нерв бұлшықет синапстарының аутоиммундық ауруы.Ауру патогенезіндеацетилхолин жеткіліксіздігі жатыр.

Мионевральді синапс аймағының қозғалтқыш аппараты зақымдалады. Кезкелген топ бұлшықеті көбіне бет,ерін,көз,тіл,мойын бұлшықеті.Әйелдер ерлерге қарағанда 2 есе жиі ауырады,ауру жиі ерте жаста басталады.

Этиологиясы: Аутоиммунды. Миастения тимус безінің ісігі немесе гиперплазиясымен қосарланып жүреді.

Клиникасы: Бұлшықеттер әлсіздігімен,әсіресе көзбұлшықеттері(қылилық,1 немесе 2 жақты птоз,күн соңына қарай). Шайнау және бет бұлшықеттерініңәлсіздігі. Сойлеу және жұтынудың қиындауы. Тереңрефлексдердің төмендеуі. Ауру ерекшелігідемағнан кейін бұлшықеттердің күшейуімен қайтадан күш түскенде әлсіреуі. Кенет басталатын

OÑTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SKMA -1979-	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Клиникалық пәндер» кафедрасы		044-67/11
Әдістемелік нұсқаулық		

миастениялық криздер инфекциялар, стрессті жағдайлардан соң басталады және өмірге қауіпті. Ағымы, ауыр прогресирленеді. Ремиссия болып отырады. Миастениялық криздер жиіленуінен өліммен аяқталуы мүмкін.

Диагностикасы. Шағымдарға негізделі отырып яғни үдемелі бұлшықет әлсіздігі, проздың айқын білінуі. Диагностикалық мақсатта прозеринді сынақ жасалады. Тері астына 1-2 мл/л 0,05 пайыз ерітіндімен жіберіледі. 30-60 мин соң симптомдар жоғалады. Прозериннің парасимпатикалық әсерін тоқтату үшін 0,01 мл/кг атропин береді.

Емі. Ацетилхолин жеткіліксіздігін жоюға және аутоиммунды процесті басуға бағытталған.

Антихолинэстераза препараттары: прозерин, оксазил, калимин.

Преднизолон. Миастениялық криз кезінде прозерин дозасын жоғарылатып бұлшықет ішіне 2-3мл 2-3 сағ сайын енгіземіз. Су электролит балансын қадағалай отырып 1 пайыз гидрокарбонат натрий в/в. Патогенетикалық ем мақсатында операция жасалынады (тимэктомия), бірақ тимус безі ісігі қарсы көрсеткіш болып табылады. Дорсопатия-тірек – қимыл және жүйке жүйесінің омыртқа бөліктерінің зақымдалуымен жүретін полифакториальді дегенеративті – дистрофиялық өзгерістермен сипатталатын аурулар тобы.

Этиологиясы. Гиподинамия, дұрыс тамақтанбау, қолайсыз жерде жұмыс істеу, микро-макро жарақат, зат алмасу бұзылыстары, витамин тапшылық, инфекциялық зақымданулар, климаттық жетіспеушілік.

Жіктелуі. Ағымына байланысты: Жедел-3 аптаға дейін; Жеделдеу-3-12 апта; Созылмалы-12 аптадан көп; Орналасу орнына байланысты: 1. Мойын-омыртқалық бөлігі 2. Кеуделік бөлік

3. Бел-сегізкөздік Омыртқаны – зақымдау түріне байланысты:

1. Деформациялаушы дорсопатиялар яғни лордоз, сколиоз т.
2. Спондилопатия 3. Басқада дорсопатиялар-дисктер дегенерациясы, грыжа дегенерациясы. Дегенерациясы дәрежелері:
3. 1. Хондроз-дистрофиялық – дегенеративті өзгеріс тек омыртқааралық дискпен ғана шектеледі, жеңіл дискомфорт болады, рентгенде өзгеріссіз. 2. Клиникалық көрінісінде ауырсыну пайда болады, омыртқа негізі, денесі фиброзды сақинаның функциясы бұзылады яғни омыртқа бекітілуі бұзылады. Патологиялық қозғалыс пайда болады, үдей келе нервтер, тамырлар зақымдалады • 3. Патологиялық процесс өрши түседі, фиброзды сақина жыртылып ядро сыртқа шығып, жарық пайда болады, қатты ауырсыну сезімімен жүреді. Зақымдалған омыртқа бойында патологиялық процесс кифоз, сколиоз. 4. Омыртқалардың ығысуы
4. сипатталады. Деформацияланған омыртқа аралық диск омыртқа денесін толық байланыстыра алмайды, және ығысу пайда болады.

Клиникасы. Рефлекторлық синдром-бел ауырсынуы кенеттен басталады (люмбаго) ауырсыну жетелгенде, түшкіргенде, аласа орынға отырғанда күшейе түседі. Керілу симптом, Тақта симптом-тізерлейді, қолды тізеге қойып, еңкейіп тұрады, бұлшықет қатаюы байқалады. Көпір симптом-орындық шетіне отырады өйткені нерв тітіркеніп ауырсыну тудырады. Дуылдап, күйдіретін, қысатын ауырсыну тән.

Мачкевич симптом-ішпен жатқанда тізе

буынын бүккенде жамбастың алдыңғы бетінде ауырсынуудың пайда болуы. Вассерман-ішпен жатып созылған аяғын тізе-жа мбас буынында жазады, ауырсыну пайда болса L-3 зақымдануын көрсетеді. Ласег-арқамен жатады патологиялық аймақта аяғын көтеру

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SKMA -1979-	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Клиникалық пәндер» кафедрасы		044-67/11
Әдістемелік нұсқаулық		

қиындайды. Бармақпен батыра басқанда пароверттебральдық нүктелер мен қылқанды өсінділерде (гарауырсыну нүктелері) және шонданай нерві (валле нүктесі) бойында ауырсыну білінеді. Аса айқын білінетін түбіршектік синдромдар: L1 сегменті -зақымдалса шап аймағында ауырсыну мен сезімталдықтың төмендеуі; L2-санның алдыңғы 3\1 мен іш жағында сезімталдықтың төмендеуі, тізе реф төмендеуі; L3-вассерман симптомы пайда болады, сирақтың ішкі жағында; • L4-бел аймағынан санның алдыңғы сырт жағы, сирақтың алдыңғы ішкі жиегі және аяқ ұшына дейін таралатын ауырсыну синдромы L5-бөксең жоғарғы бөлігі, сан сыртында сирақтың алдыңғы сыртында, аяқ ұшының үстінде ауырсыну, үлкен бақай жазылмайды.

Диагностикасы. Науқастан сұрастыру шағымы, неврологиялық тексеру, ауырсыну синдромын бағалау, пальпация, рентгенологиялық зерттеу.

Емі. Медикаментозды, медикаментозды емес және оперативті. Төсектік режим 7-күн. Имобилизациялайтын протездер, ауырсынуды басатын опиоидтық емес анельгетиктер (спазмалгон, беналгин) стероидты емес қабынуға қарсы препараттар нимесулид 100 мг күніне 2 рет. Антигистаминді препараттар, Тырысуға қарсы нейролептиктер: Хондропротекторлар. Ем нәтижесіз болса операция жасалынады яғни дискэктомия. Сонымен қоса лазерлі терапия, массаж, ЛФК, балшықпен емдеу. Нерв жүйесінің тұқым қуалайтын – дегенеративті ауруларың жіктелуі. Нерв жүйесінің тұқым қуалайтын – дегенеративті ауруларың жіктелуі.

1) нерв-бұлшық ет аппаратының зақымдануы 2) пирамидалық жүйенің зақымдануы 3) экстрапирамидалық жүйенің зақымдануы 4) көру нервісінің зақымдануы 5) факоматоздар

Спинальды амиотрофия. Нерв-бұлшықет аурулары тұқым қуалайтын аурулардың ең жиі кездесетін түрі. Негізінде жұлынның алдыңғы мүйізінің перифериялық нервтердің, және қаңқалық бұлшықеттердің генетикалық зақымдануы жатыр. Бұл топқа прогрессирлеуші бұлшықеттік дистрофиялар, неврогенді және жұлындық амиотрофия, пароксизмальді миоплегияның әр-түрлі формалары, миотония, және миостения кіреді. Аурудың жетекші симптомы-бұлшықет гипотониясы және семуімен қосарланатын бұлшықет әлсіздігі.

Спинальді амиотрофия – жұлын мотонейрондарының талғашқы зақымдануынан болатын үдемелі нерв бұлшықет ауруы. Аутосомды рецессивті, аутосомды доминантты X хромосомамен тіркесіп тұқым қуалайды.

5.5. Оқыту және оқыту әдістері (шағын топтар, пікірталастар, ситуациялық есептер, жұппен жұмыс, презентациялар, кейс-стади және т.б.).

5.6. Әдебиет. Соңғы бетте

Негізгі әдебиеттер:

1. Душанова, Г. А. Неврология. I-бөлім: оқу құралы. - Алматы : Эверо, 2010. - 102 бет – 40 экз
2. Душанова, Г. А. Неврология. II-бөлім: оқу құралы Алматы : Эверо, 2010. - 176 бет- 40 экз
3. Душанова, Г. А. Жүйке жүйесі аурулары жіктелуі оқу құралы - Алматы : Эверо, 2010. - 44 бет.-40 экз.
4. Төлеусаринов, А. М Жалпы неврология: оқулық - Алматы : Эверо, 2009. - 274 бет - 41 экз.

Қосымша әдебиеттер:

1. Неврология. Национальное руководство. Краткое издание: руководство / под ред. Е. И. Гусева. - М. : ГЭОТАР - Медиа, 2016. - 688 с. 10 экз.

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SKMA -1979-	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Клиникалық пәндер» кафедрасы		044-67/11
Әдістемелік нұсқаулық		

2. Абдрахманова, М. Г. [Современные принципы реабилитации неврологических больных] : учебно методическое пособие / М. Г. Абдрахманова, Е. В. Епифанцева, Д. С. Шайкенов ; М-во здравоохранения и социального развития РК. КГМУ. - Караганда : ИП "Ақнұр", 2015. - 228 с-80 экз.
3. Абдрахманова, М. Г. Неврологиялық науқастарды оңалтудың заманауи принциптері: оқу-әдістемелік құрал / М. Г. Абдрахманова, Е. В. Епифанцева, Д. С. Шайкенов 2015-100 экз.

Ақпаратпен қамтамасыз ету және интернет ресурстар

№	Атауы	Сілтеме
1	Электронды кітапхана	http://lib.ukma.kz
2	Электронды каталог - ішкі пайдаланушылар үшін - сыртқы пайдаланушылар үшін	http://10.10.202.52 http://89.218.155.74
3	Республикалық жоғары оқу орындары аралық электронды кітапхана	http://rmebrk.kz/
4	«Студент кеңесшісі» Медициналық ЖОО электронды кітапханасы	http://www.studmedlib.ru
5	«Параграф» ақпараттық жүйе «Медицина» бөлімі	https://online.zakon.kz/Medicine
6	«Заң» құқықтық ақпараттың электронды дереккөзі	https://zan.kz
7	Ғылыми электрондық кітапхана	https://elibrary.ru/
8	«BooksMed» электронды кітапханасы	http://www.booksmed.com

5.7. Бақылау (сұрақтар, тесттер, тапсырмалар және т. б.)

Тесттер:

- 1 Миастенияға ... тән.
 - a. синаптикалық тесікте ацетилхолин құрамының төмендеуі
 - b. синаптикалық тесікте ацетилхолин құрамының жоғарлауы
 - c. дофамин құрамының жоғарлауы
 - d. дофамин құрамының төмендеуі
 - e. ГАМК жоғарлауы
- 2 Экстрапирамидалық жүйенің зақымдануы кезінде ... пайда болады.
 - a. акинезия
 - b. апраксия
 - c. парез
 - d. паралич
 - e. сенсублизация
- 3 Полинейропатияны шақыратын ... даму себебі болып табылады.
 - a. қант диабетінің
 - b. бүйрек ауруының
 - c. ревматизмнің
 - d. пернициозды анемияның
 - e. гипертониялық ауруының
- 4 Кене энцефалитінің жедел кезеңінде ... тағайындалады.



- a. реконвалесцент немесе жануарлармен иммунизацияланған сары суы
 - b. гаммаглобулин
 - c. жұлын ми пункциясы қайта
 - d. гипотензивті дәрі-дәрмектер
 - e. антикоагулянттар
- 5 Миастени диагностикасында қолданылады:
- a. 1-2 мл 0,05% прозерин ерітіндісімен сынама
 - b. қан және зәрдегі қанттың құрамын анықтау
 - c. ЖМС зерттеу
 - d. зәр анализін анықтау
 - e. 0,5мл т/а атропин сынамасы
- 6 Субарахноидальды қан құйылуда ... асқынуы мүмкін емес.
- a. энцефалиттің
 - b. жабық бас ми жарақатының
 - c. ми тамырларының туа пайда болған аневризмасының
 - d. ми тамырларының жүре пайда болған аневризмасының
 - e. васкулиттің
- 7 Жедел полиомиелитке ... тән емес
- a. беткей сезімталдық бұзылысы
 - b. аурудың басталуында қызудың көтерілуі
 - c. көбіне балалардың зақымдалуы
 - d. сіңір рефлекстерінің жоғалуымен "таңғы" салдануы
 - e. бульбарлы бұзылыстары
- 8 Барлық хромосомды аурулар ... белгілермен жүреді.
- a. интеллекттің бұзылысы
 - b. минеральды алмасуының өзгерісі
 - c. түрлі гиперкинездердің
 - d. менингеальды синдромдар
 - e. ОЖЖ көп ошақты зақымдануы

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН

**MEDISINA
AKADEMIASY**

«Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ



SOUTH KAZAKHSTAN

**MEDICAL
ACADEMY**

АО «Южно-Казакстанская медицинская академия»

«Клиникалық пәндер» кафедрасы

044-67/11

Әдістемелік нұсқаулық

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН

**MEDISINA
AKADEMIASY**

«Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ



SOUTH KAZAKHSTAN

**MEDICAL
ACADEMY**

АО «Южно-Казакстанская медицинская академия»

«Клиникалық пәндер» кафедрасы

044-67/11

Әдістемелік нұсқаулық

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН

**MEDISINA
AKADEMIASY**

«Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ



SOUTH KAZAKHSTAN

**MEDICAL
ACADEMY**

АО «Южно-Казакстанская медицинская академия»

«Клиникалық пәндер» кафедрасы

044-67/11

Әдістемелік нұсқаулық