

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Неврология, психиатрия, реабилитология және нейрохирургия» кафедрасы		044-56/11Б
Дәріс кешені		1стр. из 44

ДӘРІС КЕШЕНІ

Пәні: Неврология, психиатрия және наркология

Пәннің коды: NPN 3303

ОН: 6В10103 «Стоматология»

Оқыту сағаты/кредит көлемі: 120 сағат/4 кредит

Курс және оқу семестрі: 3 курс, 6 семестр

Дәріс көлемі: 10 сағат

Шымкент, 2023 г

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Неврология, психиатрия, реабилитология және нейрохирургия кафедрасы		044-56/11Б
Дәріс кешені		44 беттің 2 беті

Дәріс кешені «Неврология, психиатрия және наркология» пәнінің жұмыс оқу бағдарламасына (силлабус) сәйкес әзірленді және кафедра отырысында талқыланды.

Құрастырған:  кафедра ассистенті Муминова Р.К.

 кафедра ассистенті Орманова Ж.А.

Каф.менгерушісі, м.ғ.к., профессор  Н.А.Жаркинбекова

Хаттама № 1 «28» 08 2023 ж.

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Неврология, психиатрия, реабилитология және нейрохирургия кафедрасы		044-56/11Б
Дәріс кешені		44 беттің 3 беті

№1 Дәріс

1. Тақырыбы: Пирамидалық жүйе, зақымдану белгілері мен синдромдары, зерттеу әдістері.

2. Мақсаты: Студенттерді пирамидалық жүйенің зақымдануының негізгі қызметтерімен, белгілерімен және синдромдарымен таныстыру. Теориялық білім мен тәжірибелік дағдыларды бекіту.

3. Дәріс тезистері: Адамның қозғалтқыш жүйесі жүйке жүйесінің көптеген деңгейлерімен реттеледі: ми қыртысы, қыртыс асты түзілістері, мишық, жұлын.

Барлық қозғалыстар ерікті (мақсатты) еріксіз (автоматтандырылған) болып екіге бөлінеді.

Ерікті қозғалыстар пирамидалық жүйемен, еріксіз – экстрапирамидалық (стрио-паллидар) және мишық арқылы реттеледі. Бұл жүйелердің қызметі адамның әрбір қозғалысын пропорционалды, тегіс және дәл етеді. Анатомиялық негізі ерікті қозғалыстардың жүйке механизмдері кортико-бұлшықет жолы (пирамидалық жол) болып табылады.

Кортико-бұлшықет жолы-бұл эфферентті жол екі нейроннан тұрады: орталық және перифериялық. Орталық нейрондардың денелері алдыңғы орталық гируста, ал перифериялық денелер жұлынның алдыңғы мүйіздерінде және бас сүйек нервтерінің қозғалтқыш ядроларында орналасқан. Кортикальды қозғалтқыш жасушаларынан жұлынның алдыңғы мүйіз жасушаларына дейінгі жол кортико-жұлын жолы

деп аталады. Пирамида жолының бас сүйек нервтерінің қозғалтқыш ядроларына баратын бөлігі кортико-ядролық жолды құрайды. Пирамида талшықтарының көп бөлігі үлкен желке саңылауының проекциясында (85-90%) кросс жасайды – қарама-қарсы жақтың жұлынның бүйір сымына өтеді, аз бөлігі (10%) алдыңғы сымда қалады (Түрік шоғыры) оның жағында. Кортико-нуклеарлық жол бас сүйек нервтерінің қозғалтқыш ядроларының алдында ішінара қиылысады. Перифериялық нейрондардың аксондары бас сүйек және жұлын нервтерінің қозғалтқыш бөлігін құрайды және Адамның бас, магистраль және аяқ-қолдарының бүкіл бұлшықеттерін нервтендіреді. Прецентральды гируста адам денесінің қарама-қарсы жартысының белгілі бір проекциясы бар. Жоғарғы бөлімдерде аяқ, ортаңғы–магистраль және қол, төменгі – бет, тіл, жұтқыншақ бұлшықеттері. Кез-келген деңгейде кортико-бұлшықет жолының патологиясы бұлшықетке импульс жүргізу мүмкін болмайтындығына және ол сал болып қалатындығына әкеледі. Паралич болуы мүмкін толық-plegia және ішінара-parez. В зависимости от распространенности параличей различают: моноплегия, монопарез (паралич одной конечности), гемиплегия, гемипарез (утрата или ограничение движения в одной половине тела, парапарез, параплегия (утрата или ограничение движения в паре верхних или нижних конечностей)

тетрапарез, тетраплегия (утрата или ограничение движения всех 4 конечностей).
Топикалық түрде параличтер бар:

- *орталық (спастикалық) паралич - егер кортико-бұлшықет жолының Орталық нейроны зақымдалса,*

-*перифериялық (летаргиялық) паралич-перифериялық нейронның қатысуымен кез келген деңгейде.* Орталық (спастикалық) паралич синдромы

Бұлшықет гипертониясы-бұлшықет тонусының жоғарылауы;

Гиперрефлексия-сіңір және периостальды рефлексстердің жоғарылауы. Клонустар-белгілі бір шақыру әдістерімен бұлшықет тобының ритақты, ұзақ уақытқа созылатын жиырылуы. Экстензорлы және иілгіш патологиялық рефлексстер. Экстензорлы (Бабинский, Оппенгейм, Гордон рефлексстері), иілгіш (россолимо, Жуковский,

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Неврология, психиатрия, реабилитология және нейрохирургия кафедрасы		044-56/11Б
Дәріс кешені		44 беттің 4 беті

Джейкобсон-Ласка рефлекстері). Салданған аяқтың тітіркенуі кезіндегі қорғаныс рефлекстері (инъекция). Патологиялық синкинезия-еріксіз Достық қозғалыстар

аяқтың салдануы. *Патологиялық рефлексстер*

Патологиялық рефлексстерді тудыру әдістері. Қолдың патологиялық рефлексстері:

1 — Россолимо рефлексінің аналогы;

2 — Жуковский рефлексі;

3 — Якобсона — Ласка рефлексі.

Аяқтың экстензорлы және иілгіш патологиялық рефлексстері:

4 — Бабинский рефлексі;

5 — Оппенгейм рефлексі;

6 — Шеффер рефлексі;

7 — Гордон рефлексі;

8 — Россолимо рефлексі;

9 — рефлекс Бехтерева I;

10 — Жуковский рефлексі;

11 — Бехтерев II рефлексі.

Негізгі патологиялық қорғаныс рефлексстерін тудыру әдістері:

12 — Мари-Фуа сынама;

13 — суық сынама

Орталық паралич синдромының патофизиологиялық негізі-ми кыртысының интраспинальды автоматизмдерге тежегіш әсерінің жоғалуы. Перифериялық (летаргиялық) паралич синдромы: бұлшықет атониясы немесе гипотензиясы – бұлшықет тонусының жоғалуы немесе төмендеуі; арефлексия немесе гипорефлексия – сіңір рефлексстерінің болмауы немесе төмендеуі; бұлшықет атрофиясы – бұлшықеттердің тамақтануының бұзылуы; бұлшықеттердің электроқозғыштығының бұзылуы– дегенерация реакциясы (катодзамикальды жиырылу – КЗС – анодзамикальды жиырылуға тең немесе одан аз – ЖКС), фибриллярлық немесе фасцикулярлық жиырылу.

Топикалық диагностика І-церебральды зақымданулар: прецентральный гирустағы фокустарда: моноплегия (монопарез) немесе фокустың қарама-қарсы жағындағы гемиплегия; алдыңғы орталық гирустың тітіркенуі эпилепсиялық конвульсиялық ұстамаларды тудырады; фокуста тізде және ішкі капсуланың артқы аяғында: орталық типтегі VII және XII нервтердің қатысуымен гемиплегия немесе гемипарез дамиды. Ми бағанасындағы пирамида жолының зақымдануы: қарама-қарсы жақтағы орталық гемиплегия. Әдетте бұл процеске альтернативті синдромдардың дамуымен ми нервтерінің ядролары қатысады.

Пирамидалық кросс аймағындағы жеңіліс ошақ жағында қолдың және қарама-қарсы жақта аяқтың сал ауруына әкеледі.

Топикалық диагностика II - жұлынның зақымдануы: жоғарғы мойын деңгейіндегі жұлынның зақымдануы (C1-C4): орталық тетраплегия, зақымдану деңгейінен төмен сезімталдықтың барлық түрлерінің жоғалуы, орталық зәр шығарудың бұзылуы (кешігу, мезгіл-мезгіл ұстамау); Жатыр мойнының қалындауы деңгейіндегі жұлынның зақымдануы (C5-D1): жоғарғы аяқтың перифериялық сал ауруы және төменгі аяқтың орталық сал ауруы, өткізгіш типтегі сезімталдықтың бұзылуы, зәр шығарудың орталық бұзылуы; кеуде деңгейіндегі жұлынның зақымдануы (D2-D12): төменгі аяқтың спастикалық сал ауруы, орталық зәр шығарудың бұзылуы, өткізгіш типтегі сезімталдықтың бұзылуы;

Белдің қалындауы деңгейіндегі зақымдану (L1-S1): төменгі аяқтың салдануы және анестезиясы, орталық зәр шығарудың бұзылуы;

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Неврология, психиатрия, реабилитология және нейрохирургия кафедрасы		044-56/11Б
Дәріс кешені		44 беттің 5 беті

Алдыңғы мүйіз аймағының, алдыңғы тамырлардың және перифериялық нервтердің зақымдануы тиісті иннервациялық аймақта перифериялық сал ауруын тудырады.

4. Иллюстрациялық материал: кафедраның YouTube арнасындағы презентация, бейнематериалдар.

5. Әдебиеттер:

Негізгі:

1. Е.И. Гусев Неврология и нейрохирургия. В 2 т. Т. 1. Неврология.: учебник / Е. И. Гусев, А. Н. Коновалов, В. И.Скворцова. - 4-е изд. доп.; Мин. образования и науки РФ. Рекомендовано ГБОУ ВПО "Первый Московский гос. мед.ун-т им. И.М. Сеченова". - М.: ГЭОТАР - Медиа, 2015.

2. Ахметова Ж.Б. Семиотика поражения черепно-мозговых нервов : учебное пособие / Ж. Б. Ахметова. - 2-е изд. - Караганда : АҚНҰР, 2019. - 162 с. Экземпляры: всего:15 - ЧЗ-2(2), ЧЗ-3(1), АУЛ(12)

3. Киспаева Т. Т. Атлас по неврологии : учебное пособие / Т. Т. Киспаева. - 2-е изд. - Караганда : АҚНҰР, 2019. - 126 с. Экземпляры: всего:25 - ЧЗ-2(2), ЧЗ-3(1), АУЛ(22)

Қосымша:

1. Неврология. Национальное руководство. Краткое издание: руководство / под ред. Е. И. Гусева. - М. : ГЭОТАР - Медиа, 2016.в)

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

Электрондық ресурстар:

1. Консультант врача. Неврология. Версия. 1. 2 [Электронный ресурс]: руководство. - Электрон.текстовые дан. (127 Мб). - М. : ГЭОТАР - Медиа, 2009.

2. Нейрохирургия [Электронный ресурс] : учебник / С.В. Можаяев [и др.]. - 2-е изд., перераб. и доп. - Электрон. текстовые дан. (50,3 Мб). - М.: Изд. группа "ГЭОТАР-Медиа", 2009.

3. Нервные болезни для врачей общей практики [Мультимедиа]: учебное пособие / под ред. И. Н. Денисова. - Электрон. дан. (105 Мб). - Алматы: АТПГ Kazakhstan при участии Кордис & Медиа, 2006.

4. Физиология высшей нервной деятельности [Электронный ресурс]: методические рек. для студентов мед. фак. / сост. Д. А. Адильбекова.- Электрон. текстовые дан. (388 Кб). - Шымкент : Б. и., Б. г. - эл. опт. диск (CD-ROM).

5. Электрондық база

	Атауы	Сілтеме
1	ЮКМА репозиторийі	http://lib.ukma.kz/repository/
2	Республикалық ЖОО аралық электрондық кітапхана	http://rmebrk.kz/
3	Студент кеңесшісі	http://www.studmedlib.ru/
4	Қазақстанның ашық университеті	https://openu.kz/kz
5	Заң (анықтамалық-ақпараттық сектордағы қолжетімділік)	https://zan.kz/ru
6	Параграф	https://online.zakon.kz/Medicine/
7	Ғылыми Электронды кітапхана	https://elibrary.ru/
8	Ашық кітапхана	https:// kitap.kz/

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Неврология, психиатрия, реабилитология және нейрохирургия кафедрасы		044-56/11Б
Дәріс кешені		44 беттің 6 беті

9	Thomson Reuters	www.webofknowledge.com
10	ScienceDirect	http://www.sciencedirect.com/
11	Scopus	https://www.scopus.com/

6. Бақылау сұрақтары:

1. Адамның моторлық функциясы жүйке жүйесінің қандай бөліктерімен қамтамасыз етіледі
2. Кортико-бұлшықет жолы дегеніміз не
3. Орталық және перифериялық моторлы нейрондар қайда орналасқан
4. Орталық сал ауруы дегеніміз не
5. Орталық сал ауруының негізгі белгілерін атаңыз
6. Перифериялық паралич дегеніміз не
7. Перифериялық параличтің негізгі белгілерін атаңыз
8. Патологиялық рефлексстерді атаңыз

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Неврология, психиатрия, реабилитология және нейрохирургия кафедрасы		044-56/11Б
Дәріс кешені		44 беттің 7 беті

№2 Дәріс

1. Тақырыбы: Экстрапирамидалық жүйе, зақымдану белгілері мен синдромдары, зерттеу әдістері.

2. Мақсаты: студенттерді экстрапирамидалық жүйенің зақымдануының негізгі функцияларымен, белгілерімен және синдромдарымен таныстыру. Теориялық білім мен практикалық дағдыларды бекіту.

Дәріс тезистері: Стриопаллидальды жүйе (экстрапирамидалық)– көптеген сақиналық байланыстары және әртүрлі ауысу деңгейлері бар күрделі өзін-өзі реттейтін жүйе.

Экстрапирамидалық жүйенің функциялары: күрделі автоматтандырылған қозғалыстар (қозғалыс, жүзу және т.б.); өзін-өзі сақтаудың инстинктивті қозғалыстары (старт-рефлекстер, сегменттік аппаратты әрекетке дайын ұстау); экспрессивті мимикалық қозғалыстарды қамтамасыз ету; пластикалық тонусты реттеу.

Стриопаллидальды жүйенің негізгі түзілімдері: каудат ядросы (nuc. caudatus); қабықтан (путамен) және бозғылт глобустан (globus pallidus) тұратын жасымық тәрізді ядро (n. lenticularis); Қызыл ядро (n. ruber); Соммерингтің қара субстанциясы (substantia nigra); Льюистің субталамикалық денесі,

Кейбір авторлар Даркшевичтің ядроларын, амигдаланы, зәйтүнді және басқа құрылымдарды санайды. Филогенез бойынша стрипаллидальды жүйе бөлінеді: жас бөлікке – стриатум, оған каудальды ядро мен қабық кіреді, ал ежелгі бөлігі-паллидум, оған бозғылт шар, қара зат, қызыл ядро және субталамикалық ядро кіреді. Кортексте экстрапирамидалық жүйе негізінен фронтальды лобта ұсынылған. Экстрапирамидалық жүйенің ерікті қозғалыстарға қосылуы күшті кортико-паллидальды және кортико-стриарлық жолдардың арқасында жүреді. Кортекс, экстрапирамидалық жүйе және таламус арасындағы байланыстар екі жақты және әртүрлі қозғалыстарды орындау үшін дөңгелек нейрондық шеңберлер құрайды. Жұлын деңгейінде экстрапирамидалық эсерлер альфа-кіші және гамма-моторлы нейрондар арқылы жүзеге асырылады. Стрио - паллидарлы жүйенің зақымдануымен зақымданудың екі негізгі синдромы дамиды: гипертониялық-гипокинетикалық (акинетикалық-ригидті, паркинсонизм синдромы), паллидумның зақымдануымен дамиды (негізінен қара зат, стриатумның (каудальды ядро мен қабықтың) зақымдануымен пайда болатын гипотониялық-гиперкинетикалық синдром). Қалыпты жағдайда бір жағынан ацетилхолин мен гистамин (тежеу медиаторлары), екінші жағынан допамин мен серотонин (қозу медиаторлары) арасында тепе – теңдік болады. Экстрапирамидалық бұзылулардың патогенезі: медиаторлар арасындағы тепе-теңдіктің бұзылуы экстрапирамидалық патологияның клиникалық көрінісіне әкеледі. Паркинсонизм синдромы болған кезде қозу медиаторларының төмендеуі, ал гипотониялық-гиперкинетикалық синдромда тежегіш медиаторлардың төмендеуі және қоздырғыш медиаторлардың артық болуы анықталды.

Акинетикалық-қатты синдром: Олигокинезия (қозғалыс кедейлігі) және брадикинезия (баяу қозғалыстар). Олиго - және брадипсихия (кедейлік және психикалық функциялардың баяулауы). "Іліу позасы "және баяу," Кәрілік " аралас жүріс. Гипомимия, сирек жыпылықтау, бет реакцияларын тоникалық бекіту. Баяу, әлсірейтін, монотонды және аз модуляцияланған сөйлеу (брадилалия). Тісті доңғалақ типі бойынша бұлшықет тонусының жоғарылауы (Негро симптомы). Тыныштық треморы (бас, төменгі жақ, қолдар – "монеталарды санау" немесе "таблеткаларды айналдыру" сияқты). Физиологиялық синкинезияның жоғалуы. Пропульсия, ретропульсия, латеропульсия. Парадоксалды құбылыстар. Микрография (ұсақ, бұлыңғыр қолжазба). Вегетативті бұзылулар (гипергидроз, гиперсаливация).

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Неврология, психиатрия, реабилитология және нейрохирургия кафедрасы		044-56/11Б
Дәріс кешені		44 беттің 8 беті

Гипотониялық-гиперкинетикалық синдром: бұлшықет гипотензиясы әр түрлі гиперкинездер-аяқ-қолдар мен магистральдардың еріксіз қозғалысы.

Гиперкинездің түрлері: Атетоз (грек. тұрақсыз) каудат ядросы мен қабығы зақымданған кезде пайда болады, дистальды аяқ-қолдардың баяу стереотиптік, құрт тәрізді қозғалыстарымен, бет бұлшықеттерінде сипатталады.

Бұралу дистониясы (лат. айналу, бұралу), бозғылт шар, таламус ядролары, субталамус ядролары әсер етеді, баяу тоникалық, айналмалы қозғалыстармен, магистральдың, мойынның, аяқ-қолдардың бұралуымен көрінеді.

Гемибаллизм (грек. лақтыру) гиперкинезге қарама-қарсы жағында Льюис денесі зақымданған кезде пайда болады. Қозғалыстар өткір, сыпырғыш, тартымды, қолында көрінеді.

Тремор (лат. дірілдеу) - аяқтың дистальды бөліктеріндегі ритакты гиперкинез, төменгі жақта, тілде сирек кездеседі.

Миоклония (грек. соққылар, тұрақсыз қозғалыстар) - бұл айтарлықтай қозғалыс әсерінсіз жылдам, тұрақсыз қысқа жиырылулар.

Тики (франц.)- бет, мойын бұлшықеттерінің клоникалық жиырылуы, жылдам ,итакты емес, стереотиптік.

Спастикалық тортиколлис (тортиколлис) – тоникалық, тоник-клоникалық сипаттағы локализацияланған гиперкинез, мойын бұлшықеттерінің жиырылуымен немесе бастың бүйіріне қарай ауытқуымен сипатталады.

Жазу спазмы-жазу кезінде пайда болатын қол саусақтарының қысылуы.

Бет геми - немесе параспазм беттің жартысында немесе тыныштықта немесе сөйлеу, тамақтану, күлімсіреу кезінде екі жағынан симметриялы және синхронды түрде пайда болады.

4. Иллюстрациялық материал: кафедраның YouTube арнасындағы презентация, бейнематериалдар.

5. Әдебиеттер:

Негізгі:

Е.И. Гусев Неврология и нейрохирургия. В 2 т. Т. 1. Неврология.: учебник / Е. И. Гусев, А. Н. Коновалов, В. И.Скворцова. - 4-е изд. доп.; Мин. образования и науки РФ. Рекомендовано ГБОУ ВПО "Первый Московский гос. мед.ун-т им. И.М. Сеченова". - М.: ГЭОТАР - Медиа, 2015.

1. Ахметова Ж.Б. Семиотика поражения черепно-мозговых нервов : учебное пособие / Ж. Б. Ахметова. - 2-е изд. - Караганда : АҚНҰР, 2019. - 162 с. Экземпляры: всего:15 - ЧЗ-2(2), ЧЗ-3(1), АУЛ(12)

2. Киспаева Т. Т. Атлас по неврологии : учебное пособие / Т. Т. Киспаева. - 2-е изд. - Караганда : АҚНҰР, 2019. - 126 с. Экземпляры: всего:25 - ЧЗ-2(2), ЧЗ-3(1), АУЛ(22)

Қосымша:

1. Неврология. Национальное руководство. Краткое издание: руководство / под ред. Е. И. Гусева. - М. : ГЭОТАР - Медиа, 2016.в)

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

Электронды ресурстар:

1. Консультант врача. Неврология. Версия. 1. 2 [Электронный ресурс]: руководство. - Электрон.текстовые дан. (127 Мб). - М. : ГЭОТАР - Медиа, 2009.

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Неврология, психиатрия, реабилитология және нейрохирургия кафедрасы		044-56/11Б
Дәріс кешені		44 беттің 9 беті

2. Нейрохирургия [Электронный ресурс] : учебник / С.В. Можаяев [и др.]. - 2-е изд., перераб. и доп. - Электрон. текстовые дан. (50,3 Мб). - М.: Изд. группа "ГЭОТАР-Медиа", 2009.

3. Нервные болезни для врачей общей практики [Мультимедиа]: учебное пособие / под ред. И. Н. Денисова. - Электрон. дан. (105 Мб). - Алматы: АТПГ Kazakhstan при участии Кордис & Медиа, 2006.

4. Физиология высшей нервной деятельности [Электронный ресурс]: методические рек. для студентов мед. фак. / сост. Д. А. Адильбекова.- Электрон. текстовые дан. (388 Кб). - Шымкент : Б. и., Б. г. - эл. опт. диск (CD-ROM).

5. Электрондық база

	Атауы	Сілтеме
	ЮКМА репозиторийі	http://lib.ukma.kz/repository/
	Республикалық ЖОО аралық электрондық кітапхана	http://rmebrk.kz/
	Студент кенесшісі	http://www.studmedlib.ru/
	Қазақстанның ашық университеті	https://openu.kz/kz
	Заң (анықтамалық-ақпараттық сектордағы қолжетімділік)	https://zan.kz/ru
	Параграф	https://online.zakon.kz/Medicine/
	Ғылыми Электронды кітапхана	https://elibrary.ru/
	Ашық кітапхана	https:// kitap.kz/
	Thomson Reuters	www.webofknowledge.com
0	ScienceDirect	http://www.sciencedirect.com/
1	Scopus	https://www.scopus.com/

6. Бақылау сұрақтары:

1. Стриопаллидаальды жүйе дегеніміз не (экстрапирамидалық)
2. Экстрапирамидалық жүйенің негізгі функцияларын атаңыз
3. Стриопаллидаальды жүйенің негізгі түзілімдерін атаңыз
4. Филогенез бойынша стрипаллидтік жүйе қандай бөлімдерге бөлінеді
5. Стриопаллидаальды жүйенің қатысуымен қандай екі негізгі синдром дамиды
6. Экстрапирамидалық бұзылулардың патогенезі
7. Акинетикалық-ригид синдромының белгілерін атаңыз
8. Гипотониялық-гиперкинетикалық синдромның белгілерін атаңыз
9. Гиперкинездің негізгі түрлерін атаңыз

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Неврология, психиатрия, реабилитология және нейрохирургия кафедрасы		044-56/11Б
Дәріс кешені		44 беттің 10 беті

№3 Дәріс

1. Тақырыбы: Сезімталдық. Үстірт және терең сезімталдық жолдары. Сезімталдықты зерттеу әдістері. Сезімталдықтың бұзылуының түрлері: анестезия, гипестезия, гиперестезия, гиперпатия, парестезия, ауырсыну. Ауырсынуды қалыптастыру туралы идеялар.

2. Мақсаты: студенттерді сезімтал аймақтың зақымдануының негізгі функцияларымен, белгілерімен және синдромдарымен таныстыру. Теориялық білім мен практикалық дағдыларды бекіту.

3. Дәріс тезисі: Өз функцияларын орындау үшін жүйке жүйесі үлкен рецепторлық аппаратпен, соның ішінде сезім мүшелерімен қабылданатын ішкі және сыртқы ортаның жағдайы туралы үздіксіз ақпарат алуы керек. Импульстардың жалпы ағынынан организм қабылдаудан айырмашылығы сезімталдық ретінде анықталатын бөлікті ғана қабылдайды. Сезімталдық - бұл адамның ішкі және сыртқы тітіркендіргіштердің әсерін сезіну қабілеті. Қабылдау-барлық сезім мүшелерімен қамтамасыз етілетін сыртқы әлемді қабылдау. Сезімталдық пен сезім мүшелерін ажырату әдеттегідей. Сезімталдық түрлерінің жіктелуі рецепторлардың рөлін анықтауға негізделген, олардың құрылымдық ерекшеліктері бүкіл анализатор жүйесінің қызметін анықтайды. Ол рецепторлық бөлімді, соңғы (кортикальды) бөлімді өткізетін жолдарды қамтиды. Ми қыртысында тітіркенуді талдау және синтездеу жүзеге асырылады, нәтижесінде сезім пайда болады. Рецепторлардың түрлері теріде және шырышты қабаттарда орналасқан экстерорецепторлар; бұлшықеттерде, сіңірлерде, буындарда, жартылай шеңберлі арналарда және лабиринтте орналасқан проприорецепторлар; ішкі органдарда, тамырларда орналасқан висцерорецепторлар (интерорецепторлар).

Сезімталдықтың жіктелуі:

- сезімталдықтың қарапайым түрлері-үстірт (тактильді, ауырсыну, температура) және терең (бұлшықет-буын сезімі, діріл сезімі, салмақ сезімі, қысым сезімі);
- сезімталдықтың күрделі түрлері - үстірт (локализация сезімі, екі өлшемді кеңістіктік сезім, кемсітушілік сезім) және терең (стереогноз, тері-кинестетикалық сезім).

Сезімтал жолдардың жалпы сипаттамасы: афферентті, үш нейрондық, қиылысқан (қарама-қарсы жаққа ауысады). Беттік сезімталдық жолдары (ауырсыну, температура):

Экстрарецепторлардан жолдың басталуы

I нейронның локализациясы-омыртқааралық ганглияда

II нейронның локализациясы-жұлынның артқы мүйіздері (tractus spino-talamicus)

III нейронның локализациясы-визуалды туберкулездің вентролатеральды ядролары (tractus thalamo-corticalis)

Жұлынның алдыңғы сұр адгезиясы деңгейіндегі кросс

Жол ми қыртысының постцентральды гирусында аяқталады.

Терең сезімталдық жолдары (тактильді, бұлшықет-буын):

Жолды проприорецепторлардан бастау

I нейронның локализациясы-омыртқааралық ганглияда (fasciculus gracilis, fasciculus cuneatus)

Медулладағы Голль мен Бурдахтың II нейрондық ядросының локализациясы (tractus bulbo-talamicus)

III нейронның локализациясы-визуалды туберкулездің вентролатеральды ядролары (tractus thalamo-corticalis)

Медулла облонгата деңгейіндегі кросс (lemniscus medialis)

Жол ми қыртысының постцентральды гирусында аяқталады.

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Неврология, психиатрия, реабилитология және нейрохирургия кафедрасы	044-56/11Б 44 беттің 11 беті	
Дәріс кешені		

Виды чувствительных расстройств

Количественные: анестезия - утрата чувствительности; гипестезия - понижение чувствительности; гиперестезия - повышение чувствительности.

Сапалық: дизестезия-сезімталдықтың бұрмалануы (жанасуды ауырсыну ретінде қабылдау); аллохейрия – тітіркенуді қолдану орнында емес, дененің симметриялы жартысында жүзеге асырылған кезде патологиялық қабылдау; полистезия – ауырсыну сезімталдығының бұрмалану түрі, онда бірлік тітіркенулер бірнеше болып қабылданады; гиперпатия-сезімтал бұзылулардың бір түрі, онда ең аз тітіркену ұзақ мерзімді салдары бар өте жағымсыз сезімдермен бірге жүруі мүмкін; сенестопатиялар-әртүрлі ауыр, науқастарды ұзақ уақыт Мазалайтын жану сезімі, қысым және т.б. айқын органикалық себептері жоқ; синестезия – тітіркену аймағында ғана емес, сонымен қатар симметриялы аймақта қабылдау; парестезия – өздігінен пайда болатын жану сезімі, шаншу, қаздың жорғалауы және т. б., көрінетін сыртқы әсерлерсіз.

Ауырсыну-клиникалық медицинада әрең кездеседі басқа жиі кездесетін және әр түрлі көріністердің сипаты және оны тудыратын құбылыс ауырсыну ауырсыну бастапқыда өмірлік маңызды қорғаныс биологиялық құбылыс болып табылады. Ауырсыну түрлері: жергілікті-ауырсыну тітіркенуін қолдану аймағында пайда болады. Проекциялық-берілген нервтің немесе нервтердің иннервациясының проекциясы аймағында пайда болады. Бұл сондай-ақ аяқ-қолды ампутациялаған адамдарда фантомдық ауырсынуды қамтиды, жетіспейтін аяқ-қолдардағы ауырсыну елесін жасайды. Иррад-тітіркену нервтің бір тармағынан екіншісіне таралады (бір тістің пульпы болған кезде екі жақтың ауыруы). Шағылысқан-сонымен қатар ішкі ағзалардың аурулары кезінде тітіркенудің сәулеленуінің нәтижесі (Захарин-Геда аймағының стенокардиясымен қолдың және иық пышағының астындағы ауырсыну).

Ауырсыну белгілерінің арасында жұлынның жүйке діңдері мен тамырларына әсер ететін шиеленіс белгілері маңызды. Ласега, Нери, Сикара, Мацкевич, Вассерман Белгілері.

Сезімталдықтың бұзылуының түрлері: I-перифериялық тип (Мононевротикалық тип – зақымдалған нервтің иннервация аймағындағы барлық сезімталдықтың бұзылуы. Полиневротикалық-нервтердің бірнеше зақымдануы "шұлық", "шұлық", "қолғап" сияқты сезімталдықтың барлық түрлерінің симметриялы дистальды бұзылуымен бірге жүреді. Плексус-плексустың зақымдануы осы плексустан шығатын нервтердің иннервация аймағында сезімталдықтың барлық түрлерінің бұзылуын тудырады. Радикулярлы-жұлынның артқы тамырына әсер еткенде, тиісті сегменттік аймақтарда сезімталдықтың барлық түрлерінің бұзылуы байқалады.); II-жұлын түрі (жұлынның артқы мүйізі зақымданған кезде диссоциацияланған сезімталдықтың бұзылуы пайда болады: терең сезімталдықты сақтай отырып, аттас жағында тиісті сегменттік аймақта беттік сезімталдықтың жоғалуы. Алдыңғы сұр адгезияға әсер еткенде, екі жағынан сегменттік типтегі беттік сезімталдықтың бұзылуы байқалады (жол қиылысы). Жұлынның артқы сымдарына әсер еткенде, беткі сезімталдықты сақтай отырып, терең сезімталдықтың бұзылуы байқалады. Сезімталдық өткізгіш түріне байланысты, яғни оның локализация деңгейінен төмен. Клиникада қозғалысты үйлестірудің бұзылуы дамиды-артқы бағаналы немесе сезімтал атаксия. Жұлынның бүйір сымының зақымдануы қарама-қарсы жағында беткі сезімталдықтың бұзылуына, ал ошақ жағында орталық парездер мен параличтердің пайда болуына әкеледі. Жұлынның жартылай зақымдануы кезінде (Браун-Секар синдромы) бұл белгілерге зақымдану деңгейінен төмен терең сезімталдықтың бұзылуы қосылады. Жұлынның бүкіл диаметрі үзілгенде, ол пара немесе тетраплегиямен, жамбас мүшелері мен қысым жараларының функцияларының бұзылуымен бірге зақымдану деңгейінен Үстірт және терең сезімталдықтың барлық түрлерінің жоғалуымен көрінеді.);

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Неврология, психиатрия, реабилитология және нейрохирургия кафедрасы		044-56/11Б
Дәріс кешені		44 беттің 12 беті

III – церебральды тип (мидың зақымдануымен (церебральды тип) - сезімталдықтың бұзылуының өткізгіш және кортикальды түрі (бағаналы және жарты шар тәрізді). Ми бағанының жартысының зақымдануы балама (кросс) синдромдармен бірге жүреді. Сезімталдықтың бұзылуының жарты шар синдромы-қарама-қарсы гемианестезияның немесе гемигипестезияның дамуы. Оның ошақтың орналасуына байланысты кейбір ерекшеліктері бар. Ішкі капсуладағы ошақтарда гемианестезия қарама-қарсы жақта гемиплегиямен және гемианопсиямен (көру өрістерінің жартысы) біріктіріледі ("үш геми"синдромы). Қарама-қарсы жақтағы көру түйнегіндегі ошақтарда гемианестезия, гемианопсия, сезімтал гемиатаксия және ерекше таламикалық ауырсыну (жану сезімі) дамиды. Үлкен жарты шардың қыртысының сенсорлық аймағында фокуста қарама - қарсы жағында моно – немесе гемианестезия, сезімталдықтың нәзік және күрделі түрлерінің бұзылуы (өрескел және қарапайым сақталған кезде), ал тітіркенген кезде сенсорлық фокальды эпилепсия байқалады.).

4. Иллюстрациялық материал: кафедраның YouTube арнасындағы презентация, бейнематериалдар.

5. Әдебиеттер:

Негізгі:

1. Е.И. Гусев Неврология и нейрохирургия. В 2 т. Т. 1. Неврология.: учебник / Е. И. Гусев, А. Н. Коновалов, В. И.Скворцова. - 4-е изд. доп.; Мин. образования и науки РФ. Рекомендовано ГБОУ ВПО "Первый Московский гос. мед.ун-т им. И.М. Сеченова". - М.: ГЭОТАР - Медиа, 2015.

2. Ахметова Ж.Б. Семиотика поражения черепно-мозговых нервов : учебное пособие / Ж. Б. Ахметова. - 2-е изд. - Караганда : АҚНҰР, 2019. - 162 с. Экземпляры: всего:15 - ЧЗ-2(2), ЧЗ-3(1), АУЛ(12)

3. Киспаева Т. Т. Атлас по неврологии : учебное пособие / Т. Т. Киспаева. - 2-е изд. - Караганда : АҚНҰР, 2019. - 126 с. Экземпляры: всего:25 - ЧЗ-2(2), ЧЗ-3(1), АУЛ(22)

Қосымша:

1. Неврология. Национальное руководство. Краткое издание: руководство / под ред. Е. И. Гусева. - М. : ГЭОТАР - Медиа, 2016.в)

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

Электрондық ресурстар:

1. Консультант врача. Неврология. Версия. 1. 2 [Электронный ресурс]: руководство. - Электрон.текстовые дан. (127 Мб). - М. : ГЭОТАР - Медиа, 2009.

2. Нейрохирургия [Электронный ресурс] : учебник / С.В. Можаяев [и др.]. - 2-е изд., перераб. и доп. - Электрон. текстовые дан. (50,3 Мб). - М.: Изд. группа "ГЭОТАР-Медиа", 2009.

3. Нервные болезни для врачей общей практики [Мультимедиа]: учебное пособие / под ред. И. Н. Денисова. - Электрон. дан. (105 Мб). - Алматы: АТПГ Kazakhstan при участии Кордис & Медиа, 2006.

4. Физиология высшей нервной деятельности [Электронный ресурс]: методические рек. для студентов мед. фак. / сост. Д. А. Адильбекова.- Электрон. текстовые дан. (388 Кб). - Шымкент : Б. и., Б. г. - эл. опт. диск (CD-ROM).

5. Электрондық база

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Неврология, психиатрия, реабилитология және нейрохирургия кафедрасы		044-56/11Б
Дәріс кешені		44 беттің 13 беті

	Атауы	Сілтеме
1	ЮКМА репозиторийі	http://lib.ukma.kz/repository/
2	Республикалық ЖОО аралық электрондық кітапхана	http://rmebrk.kz/
3	Студент кеңесшісі	http://www.studmedlib.ru/
4	Қазақстанның ашық университеті	https://openu.kz/kz
5	Заң (анықтамалық-ақпараттық сектордағы қолжетімділік)	https://zan.kz/ru
6	Параграф	https://online.zakon.kz/Medicine/
7	Ғылыми Электронды кітапхана	https://elibrary.ru/
8	Ашық кітапхана	https:// kitap.kz/
9	Thomson Reuters	www.webofknowledge.com
10	ScienceDirect	http://www.sciencedirect.com/
11	Scopus	https://www.scopus.com/

6. Бақылау сұрақтары:

1. Сезімталдықты анықтаңыз
2. Рецепторлардың негізгі түрлерін атаңыз
3. Сезімталдықтың қарапайым түрлерін атаңыз
4. Сезімталдықтың күрделі түрлерін атаңыз
5. Сезімтал жолдардың жалпы сипаттамасын атаңыз
6. Беттік сезімталдық жолдарын белгілеңіз (ауырсыну, температура)
7. Терең сезімталдық жолдарын белгілеңіз (тактильді, бұлшықет-буын)
8. Сезімтал бұзылулардың түрлерін атаңыз
9. Ауырсыну туралы түсінік беріңіз
10. Сезімталдықтың бұзылуының түрлерін атаңыз

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Неврология, психиатрия, реабилитология және нейрохирургия кафедрасы		044-56/11Б
Дәріс кешені		44 беттің 14 беті

№4 Дәріс

1.Тақырыбы: 12 жұп бас сүйек нервтерін зерттеудің функциялары мен әдістері.

2. Мақсаты: студенттерді бас сүйек нервтерінің қызметін зерттеу әдістерімен, бас сүйек нервтері мен ми бағанының зақымдануының негізгі синдромдарын әртүрлі деңгейде топикалық диагностикалау негіздерімен таныстыру.

3. Дәріс тезистері: Бет бұлшықеттерінің, көз алмаларының, жұмсақ таңдайдың, жұтқыншақтың, дауыс сымдарының және тілдің қозғалтқыш қызметі, сондай-ақ бет терісінің, көздің шырышты қабығының, ауыз қуысының, мұрын-жұтқыншақ пен көмейдің сезімталдығы бас сүйек нервтерімен қамтамасыз етіледі. Бас сүйек нервтерінің 12 жұбының ішінен I, II және VIII жұптар таза сезімтал, қозғалтқыш-III, IV, VI, VII, XI және XII жұптар және аралас-V, IX, X паралар. Олардың көпшілігінде вегетативті талшықтар бар (III, VII, IX және X пара). Сезімтал нервтер анализаторлардың перифериялық бөлімдерін құрайды: иіс сезу (I), көру (II), есту (VIII), вестибулярлық (VIII) және дәм сезу (VII, IX). Бұл нервтер қоршаған орта туралы ақпаратты негізінен қашықтағы рецепторлар арқылы таратады. Бас сүйек нервтерінің алғашқыларының екеуі (иіс сезу және көру) құрылымы жағынан басқалардан ерекшеленеді (олар мидың периферияға шығарылған бөліктері сияқты). Бас сүйек нервтерінің қалған 10 жұбы, олардың әрқайсысының өзіндік ерекшелігінен басқа, жұлын тамырлары мен нервтерімен ортақ қасиеттерге ие. Бас сүйек нервтерінің қозғалтқыш ядросы-жұлынның алдыңғы мүйіз жасушаларына гомологты нейрондар кешені. Бір немесе басқа бас сүйек нервтерінің қозғалтқыш ядросының зақымдануы нервтендірілген бұлшықеттердің бір жақты сал ауруына әкеледі. Паралитче перифериялық нейронның зақымдану белгілері болады. Орталық параличтің толық емес қиылысуы нәтижесінде бас сүйек нервтерінің ядросына сәйкес келетін кортико-ядролық талшықтардың біржақты зақымдануы себеп болмайды, өйткені олардың қызметі айқаспаған талшықтармен өтеледі. VII-ші және толық XII жұптың төменгі бөлігі ғана толығымен қиылысады.

Кортико-ядролық талшықтардың екі жақты үзілісі сәйкес бас сүйек нервтерінің екі жақты сал ауруына әкеледі. Сал ауруында орталық нейронның зақымдану белгілері болады. Сезімтал өткізгіштер, бас сүйек нервтері де жұлын нервтерінің аналогиялық түзілімдерімен ортақ белгілерге ие. Екеуінде де үш нейрондық құрылым, перифериялық (рецепторлық) нейрон тиісті бас сүйек нервтерінің ганглиясында, екінші нейрон сезімтал ядрода, ал үшінші нейрон көру туберкулезінің вентролярлық ядросында орналасқан. Моторлы бас сүйек нервтерінің ядроларына тек орталық моторлы нейроннан ғана емес, сонымен қатар басқа супрасегментальды құрылымдардан, ең алдымен экстрапирамидалық және церебральды жүйелерден импульстар келеді. Сондықтан, осы жүйелердің зақымдануымен моторлы бас сүйек нервтерінің дисфункциясы ғана емес, сонымен қатар амимия, брадикинезияның көрінісі ретінде тыныш модуляцияланбаған сөйлеу, артикуляцияға қатысатын синергистер мен антагонистердің өзара әрекеттесуінің бұзылуына байланысты дауысты сөйлеу және т.б. бас сүйек нервтерінің Окуломоторлы тобы. Бас сүйек нервтерінің бұл тобы көру мүшесінің тиімді жұмысын қамтамасыз етуге арналған. Көз алмасының қозғалысын үш жұп нервтермен (окуломоторлы, блокты және ұрлаушы) нервтендірілген бұлшықеттер жүзеге асырады. Олар көру өрістерінің шектеулілігімен максималды көрінуді қамтамасыз етеді. Ұрлаушы жүйке (VI жұп), көздің сыртқы тік бұлшықетін, блок нервін (IV жұп) нервтендіреді, көздің жоғарғы қиғаш бұлшықетін нервтендіреді, және окуломоторлы жүйке (III жұп), көздің бес сыртқы бұлшықетінің иннервациясын қамтамасыз етеді: жоғарғы қабақты көтеру, төменгі қиғаш және үш түзу - ішкі, жоғарғы және төменгі. Тік бұлшықеттердің қызметі: олар көз алмасын сәйкес бағытқа бұрады. Жоғарғы қиғаш бұлшықет көз алмасын төмен және

ONTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Неврология, психиатрия, реабилитология және нейрохирургия кафедрасы		044-56/11Б
Дәріс кешені		44 беттің 15 беті

сыртқа, төменгі қиғашты төмен және сыртқа, төменгі қиғашты жоғары және сыртқа бұруға қатысады. Жоғарғы қабақты көтеретін бұлшықеттің қызметі оның атауынан айқын көрінеді. Көзді иннервациялау. Көз алмасының ерікті қозғалысын жүзеге асыру үшін ми қыртысынан импульстар окуломоторлы нервтер тобының ядроларына түсуі керек. Әдетте, көз алмалары барлық бағытта достасады.

Көз алмасының көлденең жазықтықтағы рефлекторлық аралас қозғалысы. Екінші фронтальды гирустың артқы бөлімінде (прецентральды гирустың бет аймағына жақын) көздің қарама-қарсы бағытта бұрылуына әсер ететін аймақ орналасқан. Бұл орталық нейрондардың аксондары ішкі капсуланың алдыңғы аяғының бөлігі ретінде, содан кейін ми сабағында өтеді, ал ми көпірінде олардың негізгі бөлігі ұрлаушы нервтің ядросына қарама-қарсы жаққа өтеді. Ұрлаушы жүйке нейрондарының (көздің сыртқы тік бұлшықеті) окуломоторлы нервтің гетеролатеральды үлкен жасушалы ядросының (ішкі тік бұлшықет) нейрондарымен байланысы медиальды бойлық байлам жүйесімен қамтамасыз етіледі.

Көздің жоғары, төмен, айналмалы қозғалыстардағы біріктірілген бұрылыстары. Мұндай қозғалыстарды орындау үшін екі көз алмасының көптеген бұлшықеттерінің бір уақытта жиырылуы қажет. Бұл медиальды бойлық сәулені қамтамасыз етеді. Көз алмасының қозғалысы, көп жағдайда бастың және тіпті магистральдың тиісті бағытта бұрылуымен үйлеседі, ерікті түрде де, рефлекторлы түрде де - белгілі бір визуалды, сондай-ақ вестибулярлық, есту және басқа тітіркенулерден туындайды. Бұл байламның ядролары медиальды бойлық байламның ядросы және Даршкевич пен Кахалдың аралық ядросы болып табылады. Олар сантехниканың түбінде және 4 қарыншада орналасқан. Өткізгіштер ортаңғы мидың қақпақшасынан басталып, ми мен IV қарыншаның сантехникасының түбінен жұлынға түсіп, мойын сегменттерінің алдыңғы мүйіз жасушаларына жақындайды. Медиальды бойлық байлам окуломоторлы топтағы жүйке ядроларын есту және вестибулярлық ядролармен, сондай-ақ жұлынмен байланыстырады. Бұл бастың бұрылыстарында көзді қамтамасыз етеді. Көз алмасының біріктірілген қозғалыстарына визуалды анализатор да қатысады. Оксипитальды аймақта оксипитальды окуломоторлы байлам пайда болады, ол қарама-қарсы бағытта жүреді Грациол шоғыры ішкі капсуланың артқы аяғы арқылы өтіп, жоғарғы қорғандарда аяқталады тетрахолмия. Көз алмасының жылдам қозғалысын қарама - қарсы жарты шардың маңдай қыртысының премоторлы аймағы, ал тегіс бағытталған қозғалыстарды желке-париетальды қыртыс басқарады деп саналады. Фронтальды окуломоторлы жолдың зақымдануымен көлденең жазықтықтағы Достық қозғалыстар бұзылып, көздің сал ауруы пайда болады: көз алмаларын ерікті түрде қарама-қарсы жаққа апару мүмкін емес, олар зардап шеккен жарты шарға қарап "науқас ошаққа қарайды". Егер ошақ көпір деңгейінде орналасса, онда көз алмалары рефлекторлы түрде қарама-қарсы жаққа "науқас ошақтан бұрылады". Екінші фронтальды гирустың (Джексон эпилепсиясы) қабығының тітіркенуі кезінде көз алмасының фокусқа қарама-қарсы бағытта конвульсиялық жиырылуы пайда болады.

Ортаңғы мидың шатыр аймағына әсер еткенде, жоғары, сирек төмен қараудың сал ауруы пайда болады, көбінесе конвергенция параличімен және оқушылардың бұзылуымен (Парино синдромы) біріктіріледі. Көз алмасының тігінен біріктірілген қозғалысы бұзылады.

Медиальды бойлық байламның ішінара зақымдануы көз алмаларының көлденең сызыққа қатысты әртүрлі позицияларда болуына әкелуі мүмкін — тігінен дивергентті страбизм: ошақ жағындағы көз алмасы төмен және ішке, ал екіншісі жоғары және сыртқа ауытқиды (Гертвиг — Мажанди симптомы). Медиальды бойлық сәуленің толық үзілісімен

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Неврология, психиатрия, реабилитология және нейрохирургия кафедрасы		044-56/11Б
Дәріс кешені		44 беттің 16 беті

ядроаралық офтальмоплегиялар пайда болады. Медиальды бойлық сәуле жүйесінің зақымдануы әдетте нистагммен бірге жүреді.

Екі көздің байланысты қозғалыстарының бұзылуы қосарланудың пайда болуына әкеледі, өйткені кескін тордың асимметриялық аймақтарына проекцияланады.

Көпір церебральды бұрышындағы нервтер тобы. Церебральды жарты шардың жоғарғы жағында орналасқан көпір мен медулла облонгатының түйіскен жері церебральды көпір деп аталады. Мұнда олар ми діңінен шығады: вестибуло - кохлеарлық нервтің каудальды тамырлары (VIII жұп), ал алдыңғы жағында - бет нерві (VII жұп). Бет нервінің тамырынан алдыңғы жағында Көпірдің көлденең талшықтарының (ортаңғы церебральды аяқтар) шығу деңгейінде тригеминальды жүйке тамыры шығады.

Вестибулярлық кохлеарлық жүйке сезімтал функцияға ие, тригеминальды және бет нервтері аралас, яғни. олардың моторлы, сезімтал және вегетативті функциялары бар.

Бас сүйек нервтерінің каудальды тобы

Бас сүйек нервтерінің каудальды тобы: гипоглоссальды жүйке (XIIпара), қосымша (XIпара), кезбе (X жұп) және глоссофарингеальды (IXпара). Бұл нервтерді бульбар тобының нервтері деп те атайды, өйткені олардың ядролары медулла облонгатында орналасқан. Гипоглоссальды нервтің ядросы гауһар тәрізді шұңқырдың төменгі бұрышында ең каудальды орналасқан, ал хиіхпардың қозғалтқыш ядросы (Қос ядро) оның алдыңғы және сыртында, шинаның ретикулярлық формациясының қалыңдығында орналасқан. Топографиялық тұрғыдан алғанда, мұны есте ұстаған жөнхіінерв бас сүйегінің қуысынан желке сүйегінің негізінің аттас арнасы арқылы бөлек шығады, ал IX, X және XI нервтері мойын саңылауы арқылы шығады. Гипоглоссальды жүйке тілдің тиісті жартысының бұлшықеттерін нервтендіреді, ал кезбе және глоссофарингеальды - жұтқыншақ, көмей және жұмсақ таңдайдың бұлшықеттері. Қосымша нервтің алдыңғы C1-C5 мүйіздерінен шыққан жұлын бөлігі және жоғарыда аталған X және IX нервтердің Қос ядросынан басталатындықтан, вагус деп аталатын церебральды бөлігі бар, содан кейін оның талшықтары вагус нервіне қосылады.

Жұлын бөлігі қызықты, өйткені оны құрайтын C1-C5 тамыр талшықтары үлкен оксипитальды тесікке көтеріледі, ол арқылы бас сүйек қуысына енеді, онда олар кезбе бөлікке қосылып, қосымша нервті құрайды. Алайда, церебральды бөліктің талшықтары одан вагус нервіне қарай созылады, ал жұлын бөлігінің қалған талшықтары бас сүйек қуысынан мойын саңылауы арқылы шығып, трапеция және стерноклеидомастоидты бұлшықеттерге бағытталады.

Бас сүйек нервтерінің каудальды тобының функцияларын бағалау науқаспен қарым-қатынас кезінде басталады. Зақымдану белгілері-дауыстың мұрын реңктері-ринолалия, сондай - ақ сөйлеудің бұзылуы-дизартрия, "ауыздағы ботқа". Науқас жиі жұтылған кезде тұншығып қалады - дисфагия (науқасқа су ішуді, шайнауды немесе жұтуды ұсыну керек, мысалы, бір тілім нан және т.б.). Сондай-ақ, науқасқа аузын ашып, мұрын-жұтқыншақ пен тілді тексеру ұсынылады. Жұмсақ таңдайдың салбырауы және фонация кезінде оның қозғалғыштығының төмендеуі немесе болмауы (Науқастан "а-а" дыбысын айтуды сұрау керек) - бас сүйек нервтерінің IX - X жұптарының зақымдануының белгісі. Бұл әдетте жұтқыншақ рефлексінің төмендеуімен немесе болмауымен бірге жүреді.

Бульбарлы және псевдобульбарлы синдромдар

Бульбар синдромы. Перифериялық типтегі глоссофарингеальды, вагус және гипоглоссальды нервтердің бірлескен зақымдануы бульбарлы сал ауруының дамуына әкеледі. Бұл медулла облонгата аймағындағы IX, X және XII жұп бас сүйек нервтерінің ядроларына немесе олардың ми негізіндегі тамырларына немесе нервтердің өздеріне әсер еткенде пайда болады. Бұл бір жақты және екі жақты зақымдану болуы мүмкін. Соңғысы

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Неврология, психиатрия, реабилитология және нейрохирургия кафедрасы		044-56/11Б 44 беттің 17 беті

өмірмен үйлеспейді. Ол амиотрофиялық бүйірлік склерозда, медулла облонгата аймағындағы қан айналымының бұзылуында, дің ісіктерінде, бағаналы энцефалиттерде, сиригобульбияда, полиоэнцефаломиелитте, полиневритте, үлкен оксипитальды аномалияда, бас сүйегінің түбінің сынуында және т. б. байқалады.

Жұмсақ таңдайдың, эпиглоттистің, көмейдің сал ауруы бар. Дауыс мұрынға, саңырауға және қарлығуға айналады (афония), сөйлеу түсініксіз (дизартрия) немесе мүмкін емес (анартрия), жұту әрекеті бұзылады: сұйық тамақ мұрынға, көмейге (дисфагия) енеді, жұтқыншақ пен таңдай рефлекстері жоқ. Тексеру кезінде палатиндік доғалар мен дауыс сымдарының қозғалмайтындығы, тіл бұлшықеттерінің фибриллярлық жиырылуы, олардың атрофиясы, тілдің қозғалғыштығы глоссоплегияға дейін шектелген. Дененің өмірлік маңызды функцияларының бұзылуы (тыныс алу және жүрек қызметі) байқалады.

Жұтылу, фонация және сөйлеу артикуляциясының ұқсас бұзылыстары бас сүйек нервтерінің IX, X және XII жұптары емес, ми қыртысын бас сүйек нервтерінің тиісті ядроларымен байланыстыратын кортико-ядролық жолдар әсер еткен жағдайларда пайда болуы мүмкін. Бұл жағдайда медулла облонгата әсер етпейтіндіктен, бұл синдром "жалған" бульбарлық сал ауруы (псевдобульбарлық синдром) деп аталды. Псевдобульбарлық синдром. Псевдобульбарлық синдромның басты айырмашылығы орталық паралич бола отырып, ол медулла облонгатасымен байланысты шартсыз бағаналы рефлексстердің пролапсына әкелмейді.

Супрануклеарлы жолдардың біржақты зақымдануымен олардың ядроларының екі жақты кортикальды иннервациясына байланысты глоссофарингеальды және вагус нервтері тарапынан ешқандай бұзылулар болмайды. Бұл жағдайда гипоглоссальды жүйке функциясының бұзылуы тек зақымдануға қарама-қарсы жаққа (яғни, тілдің әлсіз бұлшықетіне қарай) шыққан кезде тілдің ауытқуымен көрінеді. Бұл жағдайда сөйлеу бұзылыстары әдетте болмайды. Осылайша, псевдобульбар синдромы бас сүйек нервтерінің IX, X және XII жұптарының орталық моторлы нейрондарының екі жақты зақымдалуымен ғана пайда болады. Кез-келген орталық паралич сияқты, бұлшықет атрофиясы және электрокозғыштықтың өзгеруі болмайды. Дисфагиядан, дизартриядан басқа, ауызша автоматизм рефлексстері көрінеді: назолабиальды, лабиальды, пробоскопиялық, алақан-иек Маринеску — Радовичи және т.б., сондай-ақ зорлық-зомбылық жылау және күлу. Кортико-ядролық жолдардың зақымдануы әртүрлі церебральды процестерде болуы мүмкін: қан тамырлары аурулары, ісіктер, инфекциялар, интоксикация және ми жарақаттары.

МИ БАҒАНЫНЫҢ ЗАҚЫМДАНУЫНДАҒЫ БАЛАМА СИНДРОМДАР

Ми бағанының негізі аймағындағы патологиялық процестерде альтернативті синдромдар пайда болады: патологиялық фокустың жағында белгілі бір бас сүйек нервтің перифериялық параличі және Орталық - керісінше, сезімтал жолдардың патологиялық процесіне қатысқан кезде альтернативті гемианестезияның дамуы мүмкін.

Ең жиі кездесетін синдромдар-Джексон (XII жұптың сал ауруы), Авелис (X және IX жұптар), Шмидт (IX және X, XI жұптар), Милляр-Гублер (VII жұп), Фовилл (VI немесе vi және VII жұптар), Вебер (III жұп).

Тиісінше ми бағанасындағы зақымдану локализациясы балама синдромдар болып бөлінеді:

а) педункулярлы (мидың аяғы зақымданған кезде); б) понтиналық немесе көпір (ми көпірі зақымданған кезде); в) бульбарлы (медулла облонгата зақымданған кезде).

Педункулярлық балама синдромдар. Вебер синдромы фокус жағында окуломоторлы нервтің зақымдалуымен және қарама-қарсы жағында бет пен Тіл бұлшықеттерінің

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Неврология, психиатрия, реабилитология және нейрохирургия кафедрасы		044-56/11Б
Дәріс кешені		44 беттің 18 беті

орталық парезімен (кортико-ядролық жолдың зақымдануы) гемиплегиямен сипатталады. Бенедикт синдромы ортаңғы мидың медиальды-дорсальды бөлігінде локализация кезінде пайда болады, фокус жағында окуломоторлы нервтің зақымдануымен, хореоатетозбен және қарама-қарсы аяқтардың қасақана дірілдеуімен көрінеді. Клод синдромы фокустық жағында окуломоторлы нервтің зақымдануымен және қарама-қарсы жағында церебральды белгілермен (атаксия, адиадохокинез, дисметрия) сипатталады. Кейде дизартрия және жұтынудың бұзылуы байқалады. Фуа синдромы окуломоторлы нервтің (жоғарғы қызыл ядро синдромы) қатысуынсыз алдыңғы қызыл ядроның оқшауланған зақымдануымен дамиды; церебральды белгілерден, интенциялық гемитреморадан, хореоатетоздан, сезімталдықтың бұзылуынан, көру өрістерінің өзгеруінен тұрады.

Понтин (көпір) альтернативті синдромдары Миллард-Гюблер синдромы көпірдің төменгі бөлігінің зақымдануымен пайда болады, фокус жағында бет нервiнiң перифериялық зақымдалуымен, қарама-қарсы аяқтардың орталық сал ауруымен сипатталады. Бриссо-Сикара синдромы бет нервiнiң ядросының жасушалары тітіркенген кезде фокус жағындағы мимикалық бұлшықеттердің жиырылуы және спастикалық гемипарез немесе қарама-қарсы аяқ-қолдардың гемиплегиясы түрінде анықталады. Фовиль синдромы фокус жағында бет және ұрлаушы нервтердің зақымдалуымен (көздің сал ауруымен бірге) және гемиплегиямен, кейде қарама-қарсы аяқ-қолдардың гемианестезиясымен (медиальды ілмектің зақымдалуына байланысты) сипатталады. Раймонд — Сестан синдромы бір жағында патологиялық фокусқа, атаксияға және хореоатетозға қарай парездің қарама-қарсы жағында гемипарез және гемианестезиямен үйлесуімен сипатталады.

Бульбарлы альтернативті синдромдар Джексон синдромы фокус жағында гипоглоссальды нервтің перифериялық зақымдануымен және қарама-қарсы жақтың аяқ-қолының гемиплегиясымен немесе гемипарезімен сипатталады. Авеллис синдромына глоссофарингеальды және вагус нервтерінің зақымдануы (жұмсақ таңдайдың және фокустың бүйіріндегі вокалдық сымның салдануы, тамақ ішкен кезде мұрынға сұйық тамақтың түсуі, дизартрия және дисфония) және қарама-қарсы жақтағы гемиплегия жатады. Бабинский-Нажотта синдромы гемиатаксия, гемиасинергия, латеропульсия (төменгі церебеллярлық аяқтың, оливодеребеллярлық талшықтардың зақымдануы нәтижесінде), миоз немесе фокус жағында Бернард — Хорнер синдромы және қарама-қарсы жағында гемиплегия және гемианестезия түрінде церебеллярлық белгілермен көрінеді. Шмидт синдромына вокалдық сымдардың, жұмсақ таңдайдың, трапеция тәрізді және стерноклеидомастоидты бұлшықеттердің зақымдану жағындағы сал ауруы (IX, X және XI нервтер), қарама-қарсы аяқ-қолдардың гемипарезі жатады. Валленберг-Захарченко синдромы фокустық симптомдармен сипатталады: жұмсақ таңдай мен вокалдық сымның сал ауруы, жұтқыншақ пен көмейдің анестезиясы, беттегі сезімталдықтың бұзылуы, Бернард — Хорнер синдромы, церебральды жолдардың зақымдануындағы гемиатаксия және тыныс алудың бұзылуы (медулла облонгатасында кең фокуста) және қарама-қарсы жағында: гемиплегия, анальгезия және термоанестезия.

4. Иллюстрациялық материал: кафедраның YouTube арнасындағы презентация, бейнематериалдар.

5. Әдебиеттер:

Негізгі:

1. Е.И. Гусев Неврология и нейрохирургия. В 2 т. Т. 1. Неврология.: учебник / Е. И. Гусев, А. Н. Коновалов, В. И.Скворцова. - 4-е изд. доп.; Мин. образования и науки РФ. Рекомендовано ГБОУ ВПО "Первый Московский гос. мед.ун-т им. И.М. Сеченова". - М.: ГЭОТАР - Медиа, 2015.

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Неврология, психиатрия, реабилитология және нейрохирургия кафедрасы		044-56/11Б
Дәріс кешені		44 беттің 19 беті

2. Ахметова Ж.Б. Семиотика поражения черепно-мозговых нервов : учебное пособие / Ж. Б. Ахметова. - 2-е изд. - Караганда : АҚНҰР, 2019. - 162 с. Экземпляры: всего:15 - ЧЗ-2(2), ЧЗ-3(1), АУЛ(12)

3. Киспаева Т. Т. Атлас по неврологии : учебное пособие / Т. Т. Киспаева. - 2-е изд. - Караганда : АҚНҰР, 2019. - 126 с. Экземпляры: всего:25 - ЧЗ-2(2), ЧЗ-3(1), АУЛ(22)

Қосымша:

1. Неврология. Национальное руководство. Краткое издание: руководство / под ред. Е. И. Гусева. - М. : ГЭОТАР - Медиа, 2016.в)

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 "Акнұр", 2015

Электрондық ресурстар:

1. Консультант врача. Неврология. Версия. 1. 2 [Электронный ресурс]: руководство. - Электрон.текстовые дан. (127 Мб). - М. : ГЭОТАР - Медиа, 2009.

2. Нейрохирургия [Электронный ресурс] : учебник / С.В. Можаяев [и др.]. - 2-е изд., перераб. и доп. - Электрон. текстовые дан. (50,3 Мб). - М.: Изд. группа "ГЭОТАР-Медиа", 2009.

3. Нервные болезни для врачей общей практики [Мультимедиа]: учебное пособие / под ред. И. Н. Денисова. - Электрон. дан. (105 Мб). - Алматы: АТПГ Kazakhstan при участии Кордис & Медиа, 2006.

4. Физиология высшей нервной деятельности [Электронный ресурс]: методические рек. для студентов мед. фак. / сост. Д. А. Адильбекова.- Электрон. текстовые дан. (388 Кб). - Шымкент : Б. и., Б. г. - эл. опт. диск (CD-ROM).

5. Электрондық база

	Атауы	Сілтеме
1	ЮКМА репозиторийі	http://lib.ukma.kz/repository/
2	Республикалық ЖОО аралық электрондық кітапхана	http://rmebrk.kz/
3	Студент кеңесшісі	http://www.studmedlib.ru/
4	Қазақстанның ашық университеті	https://openu.kz/kz
5	Заң (анықтамалық-ақпараттық сектордағы қолжетімділік)	https://zan.kz/ru
6	Параграф	https://online.zakon.kz/Medicine/
7	Ғылыми Электронды кітапхана	https://elibrary.ru/
8	Ашық кітапхана	https:// kitap.kz/
9	Thomson Reuters	www.webofknowledge.com
10	ScienceDirect	http://www.sciencedirect.com/
11	Scopus	https://www.scopus.com/

6. Бақылау сұрақтары:

1. Тек мотор функциясы бар СНМН деп атаңыз
2. Тек сезімтал функциясы бар СНМН деп атаңыз
3. Құрамында моторлы және сезімтал ядролары бар СНМН деп атаңыз
4. Көзді иннервациялау қалай жүзеге асырылады
5. Бас сүйек нервтерінің каудальды тобына кіретін CMN атаңыз

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Неврология, психиатрия, реабилитология және нейрохирургия кафедрасы		044-56/11Б
Дәріс кешені		44 беттің 20 беті

6. Булбар синдромының белгілерін көрсетіңіз
7. Псевдобульбар синдромының белгілерін көрсетіңіз
8. Балама синдромдар дегеніміз не
9. Мидың аяғы зақымданған кезде қандай балама синдромдар дамиды
10. Ми көпірі зақымданған кезде қандай балама синдромдар дамиды
11. Медулла облонгата зақымданған кезде қандай балама синдромдар дамиды

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Неврология, психиатрия, реабилитология және нейрохирургия кафедрасы		044-56/11Б
Дәріс кешені		44 беттің 21 беті

№5 Дәріс

1. Тақырыбы: Бет пен ауыз қуысының вегетативті иннервациясы, зақымдану белгілері мен синдромдары, зерттеу әдістері.

2. Мақсаты: студенттерді вегетативті жүйке жүйесінің құрылымымен, зақымдану белгілері мен синдромдарын диагностикалаудың негізгі мәселелерімен және вегетативті жүйке жүйесін зерттеу әдістерімен таныстыру.

3. Дәріс тезісі: Вегетативті жүйке жүйесі

(автономды, висцеральды, түйіндік жүйке жүйелері-бұл ағзадағы ішкі органдардың, ішкі және сыртқы секреция бездерінің, қан және лимфа тамырларының, тіндердің трофикасы мен гомеостаздың қызметін, сондай-ақ организмнің қоршаған ортаның өзгеретін сыртқы жағдайларына бейімделуін реттейтін жүйке жүйесінің бөлімі. VNS автономия, өзін-өзі реттеу принциптерінде жұмыс істейді, оның қызметі негізінен еріксіз және тікелей санамен бақыланбайды. Физиологиялық, морфологиялық және морфофункционалды белгілерге сүйене отырып, Ans сегменттік және супрагменттік бөлімдерді, сондай-ақ сегменттік бөлімде симпатикалық және парасимпатикалық бөліктерді ажыратады.

Суперсегментарлы (орталық) АНС (ми бағанының ретикулярлы түзілуі, гипоталамус, таламус, амигдала, лимбиялық жүйе, үлкен жарты шардың қыртысы) барлық сегменттік аппараттардың бірігуін жүзеге асырады, олардың қызметін бүкіл ағзаның жалпы функционалдық міндеттеріне бағындырады. Сегменттік жүйке жүйесі дененің жеке сегменттерінің және оларға қатысты ішкі органдардың вегетативті иннервациясын қамтамасыз етеді. Вегетативті жүйке жүйесінің сегменттік бөлімі: SNS симпатикалық бөлімі, SNS парасимпатикалық бөлімі.

Симпатикалық жүйке жүйесі. Оның құрамында интрацеребральды және экстрацеребральды бөліктер ажыратылады. SNS интрацеребральды бөлігі жұлынның бүйір мүйіздерінде VIII жатыр мойны-II бел сегменті деңгейінде орналасқан жүйке жасушаларымен ұсынылған SNS жұлын бөлімі сегменттік ұйымдарға тән белгілерге ие. SNS-те жұлын мен жұмыс органы арасында қосымша байланыс бар бұл ганглия деп аталатын жүйке жасушаларының жиынтығы. Ганглия омыртқаның бүйір бетінде орналасқан және 24 жұп симпатикалық түйіндері бар симпатикалық Магистраль деп аталатын тізбекті құрайды: 3 мойын, 12 кеуде, 5 бел және 4 сакральды. Симпатикалық нервтердің негізгі медиаторы-норадреналин. SNS-тің негізгі қызметі-трофикалық, тотығу процестерін, қоректік заттарды тұтынуды, бұлшықеттерге оттегінің түсуін реттейді. Ол вазоконстрикторларды белсендіреді, Қарашық пен көз саңылауын кеңейтеді, бронхтар мен асқазан-ішек жолдарының тегіс бұлшықеттерін босаңсытады, іш қатуды тудырады.

Парасимпатикалық жүйке жүйесі. Парасимпатикалық нейрондардың денелері ми бағанасында және жұлынның сакральды бөлігінде жатыр.

Нейрондар жұлынның бүйір мүйіздерінен жамбас мүшелерінің қызметін бақылайтын 2-4 сакральды сегменттер деңгейінде, сондай-ақ ми бағанасының вегетативті ядроларында (III, VII, IX, X бас сүйек нервтері) пайда болады. Бұл жұптасқан және жұпталмаған ұсақ жасушалы ядро (қарашықты тарылтады, көздің орналасуын жүзеге асырады), секреторлық, көз жасын бөлетін ядро, жоғарғы төменгі сілекей бөлетін ядролар (сілекей бездерін нервтендіреді), кезбе нервтің дорсальды ядросы, одан талшық бүкіл ішкі органға өтеді.

Вегетативті жүйке жүйесінің супрасегментальды бөлімі лимбиялық-ретикулярлық кешенмен (LRC) ұсынылған (мидың спецификалық емес түзілімдерінің басқа атауы) - қайда кіреді

- ретикулярлық формация,

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Неврология, психиатрия, реабилитология және нейрохирургия кафедрасы		044-56/11Б
Дәріс кешені		44 беттің 22 беті

- гипоталамус,
- таламус,
- бадамша бездер,
- гиппокамп,
- бөлім.

Лимбиялық-ретикулярлық кешен әр түрлі қызмет түрлерін (тамақтану және жыныстық мінез-құлық) қамтамасыз етуге бағытталған вегетативті-висцерогормоналды функцияларды реттеуге қатысады. Жүйені реттеудегі түрді сақтау процестері, ұйқы мен ояу зейінді, эмоционалды саланы қамтамасыз етеді есте сақтау процестері, осылайша соматовегетативті интеграцияны жүзеге асырады. Лимбиялық жүйе, ең алдымен, туа біткен қажеттіліктерді – инстинкттерді (тамақ алу, өзін-өзі сақтау, көбею, тәрбиелеу) қанағаттандыру кезінде мінез-құлық пен психикалық белсенділікті реттейді.

SNS сегменттік деңгейінің зақымдануының негізгі синдромдары Симпаталгиялық синдром симпатикалық түйіндердің, симпатикалық нервтердің, аралас нервтердегі симпатикалық талшықтардың (сиатикалық, медианалық, тригеминальды және т.б.) зақымдануы нәтижесінде жану, басу, жару сипатындағы ауырсынумен көрінеді. Көбінесе симпаталгия аяқ-қолдарда және бет аймағында локализацияланған (тригеминальды невралгия, қанат-таңдай түйінінің невралгиясы), (Слодер синдромы).

Тамырлы синдром терінің және шырышты қабаттардың жергілікті түсінің бұзылуымен көрінеді (Рейно ауруы, Квинкенің ісінуі). Трофикалық синдром әртүрлі жергілікті бұзылулармен сипатталады трофиктер сегменттік-вегетативті иннервацияға байланысты тіндердің (тері, шырышты қабаттар, бұлшықеттер, байламдар). Құрғақ теріден жараларға, сүйектердің өздігінен сынуына және т.б. дейін ауырлық дәрежесі, (сирингомиелия). Висцеральды синдромдар белгілі бір ішкі органның АНС тарапынан сегменттік иннервацияға байланысты. Симпатикалық магистральдық түйін ауруларының бұл тобы (ганглиотрунциттер). Айта кету керек, симпатикалық иннервация соматикалық иннервациямен бірдей емес.

Клод-Бернард-Хорнер синдромы-жұлынның C8-D1 сегменттерінің бүйір мүйізінің цилиоспинальды орталығы зақымданған кезде дамиды, симптомдардың үштігімен көрінеді: птоз, миоз, энофтальм.

Жамбас функциясының бұзылуының синдромы (зәр шығару, дефекация). Парасимпатикалық иннервация орталығы S1 – S4 сегменттеріне, жамбас мүшелеріне әсер еткенде, сфинктердің босаңсуына байланысты зәр мен нәжісті ұстамау пайда болады.

Ans зақымдануының супрегментті деңгейінің синдромдары. А.в. Вейн гипоталамустың зақымдануының келесі клиникалық формаларын ажыратады: нейроэндокриндік алмасу формасы; вегетативті – тамырлы; вегетативті – висцеральды; терморегуляцияның бұзылуы; жүйке – бұлшықет; ояу және ұйқының бұзылуы; псевдоневрастеникалық және псевдопсихопатологиялық эпилепсия.

Егер лимбиялық миға әсер етсе, уақытша эпилепсия, пароксизмальды психомоторлық қозу, интеллектуалды-мнестикалық бұзылулар және т. б.

Ретикулярлық формацияның зақымдануы акинетикалық мутизмді, миастен тәрізді және псевдомиопатиялық синдромдарды, симптоматикалық гипертонияны, ұйқының және оянуудың бұзылуын тудырады.

Зерттеу әдістері

Вегетативті жүйке жүйесін зерттеу кезінде бастапқы вегетативті мәртебені анықтау қажет. Ол үшін тамыр тонусының реттелу күйі тексеріледі, терінің вегетативті рефлекстері (дермографизм), ауырсыну вегетативті нүктелері, терморегуляция және

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Неврология, психиатрия, реабилитология және нейрохирургия кафедрасы		044-56/11Б
Дәріс кешені		44 беттің 23 беті

терлеу-бөліну зерттеледі, қажет болған жағдайда фармакологиялық сынамалар (адреналин, пилокарпин, атропинмен сынамалар) жүргізіледі.

1. Тамыр тонусын реттеуді зерттеу:

1.1. Данини-Ашнердің көз рефлексі. Науқас жатып жатыр. Жүрек соғу жиілігі 1 минутта есептеледі, содан кейін екі көз алмасына (қысым сезімі пайда болғанға дейін) 15-25 с ішінде басылады, содан кейін жүрек соғу жиілігі қайта есептеледі. Әдетте, жүрек соғу жиілігінің баяулауы 1 минутта 4-8 соққы шегінде болуы керек, парасимпатикалық тонус басым болған кезде - 8 - 12-ден астам, ал симпатикалық тонус басым болған кезде жүрек соғу жиілігінің баяулауы болмайды немесе реакцияның айналуы байқалады-бастапқы тонуспен салыстырғанда жүрек соғу жиілігінің жоғарылауы.

1.2. Клиноортостатикалық сынақ. Зерттелуші тік күйден көлденең күйге ауысқан кезде импульс минутына 10-12 соққыға баяулайды. Көлденеңнен тікке ауысқан кезде импульс минутына 10-12 соққыға жиілейді. Минутына 20-дан астам соққы кезінде импульстің үдеуі симпатикотония ретінде қарастырылады, ал үдеудің болмауы немесе тіпті импульстің баяулауы ваготонияның белгісі ретінде қарастырылады.

2. Дермографизмді зерттеу.

2.1. Шағын дермографизм. Ақ дермографизм. Инъекциялық иненің доғал ұшын (немесе неврологиялық балғаның тұтқасын) кеуде терісіне немесе әдетте аз қысыммен арқаға өткізіңіз. 10 - 20 с-тан кейін тітіркенуге ұшыраған тері аймағында ақ дермография лалагүлі пайда болады, ол 10 минут ішінде жоғалады. Терінің бозаруы капиллярлардың аздап тітіркенуімен спазмына байланысты.

2.2. Қызыл дермография. Терідегі тік сызықтар ақ дермографияны тудыруға қарағанда біршама көп күш жұмсайды. 10 - 15 С-тан кейін тітіркену орнында қызыл жолақ пайда болады, ол бір сағат немесе бір жарым сағат ішінде жоғалады. Терінің қызаруы капиллярлардың айтарлықтай тітіркенуімен кеңеюінен туындайды.

2.3. Керемет дермографизм. Доғал затпен теріге тік сызықтар айтарлықтай күш жұмсайды. Содан кейін алдымен терінің тітіркену орнында қызыл, ал 1-2 минуттан кейін қызыл қырлы шекарамен қоршалған ақ биік жолақ пайда болады.

2.4. Рефлекторлық дермографизм. Иненің жеңіл жанасуымен теріге сызық сызыңыз. 10 - 30 с-тан кейін ені 1 - 6 мм ашық қызыл жолақ пайда болады, оның жиектері біркелкі емес, оның ішінде терінің бозғылт немесе қалыпты аймақтары бар. Қызару артериолалардың рефлекторлық кеңеюіне байланысты пайда болады және вазомоторлы рефлекс болып табылады.

3. Ауырсыну вегетативті нүктелері.

3.1. Бирбрайр Нүктелері. Бұл дененің бетіндегі ауырсыну нүктелері, олардың әртүрлі комбинациясы ішкі ағзалардың ауруларын анықтауға тән. Уақытша артериялар аймағында, каротид артерияларының проекциясы аймағында стерноклеидомастоидты бұлшықеттің медиальды жағында, клавикула мен стерноклеидомастоидты бұлшықеттің арасындағы бұрышта қысым ауырсынуға әкеледі.

3.2. Гринштейн Нүктесі. Көз ұясының ішкі бұрышындағы ауырсыну нүктесі. Ол қызғылт саусақтың ұшымен орбитаның сүйек қабырғасының ішкі бетіне жоғарғы-ішкі бағытта басу арқылы анықталады. Ауырсынудың пайда болуы супраорбитальды артерияның симпатикалық плексусының қатысуын көрсетеді.

3.3. Үлкен Палатин нервiнiң шығу нүктесі. Вегетативті патология жағдайында шпательмен (немесе саусақпен) оң және сол жақ таңдайға (нүктеге) кезекпен басу зақымдану жағында бо-лейдің пайда болуына әкеледі.

кафедраның YouTube арнасындағы презентация, бейнематериалдар.

O'NTUSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Неврология, психиатрия, реабилитология және нейрохирургия кафедрасы		044-56/11Б
Дәріс кешені		44 беттің 24 беті

4. Иллюстративный материал: презентация, видеоматериалы на YouTube канале кафедры.

5. Әдебиеттер:

Негізгі:

1. Е.И. Гусев Неврология и нейрохирургия. В 2 т. Т. 1. Неврология.: учебник / Е. И. Гусев, А. Н. Коновалов, В. И.Скворцова. - 4-е изд. доп.; Мин. образования и науки РФ. Рекомендовано ГБОУ ВПО "Первый Московский гос. мед.ун-т им. И.М. Сеченова". - М.: ГЭОТАР - Медиа, 2015.

2. Ахметова Ж.Б. Семиотика поражения черепно-мозговых нервов : учебное пособие / Ж. Б. Ахметова. - 2-е изд. - Караганда : АҚНҰР, 2019. - 162 с. Экземпляры: всего:15 - ЧЗ-2(2), ЧЗ-3(1), АУЛ(12)

3. Киспаева Т. Т. Атлас по неврологии : учебное пособие / Т. Т. Киспаева. - 2-е изд. - Караганда : АҚНҰР, 2019. - 126 с. Экземпляры: всего:25 - ЧЗ-2(2), ЧЗ-3(1), АУЛ(22)

Қосымша:

1. Неврология. Национальное руководство. Краткое издание: руководство / под ред. Е. И. Гусева. - М. : ГЭОТАР - Медиа, 2016.в)

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 "Акнұр", 2015

Электрондық ресурстар:

1. Консультант врача. Неврология. Версия. 1. 2 [Электронный ресурс]: руководство. - Электрон.текстовые дан. (127 Мб). - М. : ГЭОТАР - Медиа, 2009.

2. Нейрохирургия [Электронный ресурс] : учебник / С.В. Можаяев [и др.]. - 2-е изд., перераб. и доп. - Электрон. текстовые дан. (50,3 Мб). - М.: Изд. группа "ГЭОТАР-Медиа", 2009.

3. Нервные болезни для врачей общей практики [Мультимедиа]: учебное пособие / под ред. И. Н. Денисова. - Электрон. дан. (105 Мб). - Алматы: АТПГ Kazakhstan при участии Кордис & Медиа, 2006.

4. Физиология высшей нервной деятельности [Электронный ресурс]: методические рек. для студентов мед. фак. / сост. Д. А. Адильбекова.- Электрон. текстовые дан. (388 Кб). - Шымкент : Б. и., Б. г. - эл. опт. диск (CD-ROM).

5. Электрондық база

	Атауы	Сілтеме
	ЮКМА репозиторийі	http://lib.ukma.kz/repository/
	Республикалық ЖОО аралық электрондық кітапхана	http://rmebrk.kz/
	Студент кеңесшісі	http://www.studmedlib.ru/
	Қазақстанның ашық университеті	https://openu.kz/kz
	Заң (анықтамалық-ақпараттық сектордағы қолжетімділік)	https://zan.kz/ru
	Параграф	https://online.zakon.kz/Medicine/
	Ғылыми Электронды кітапхана	https://elibrary.ru/
	Ашық кітапхана	https:// kitap.kz/
	Thomson Reuters	www.webofknowledge.com

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ			 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Неврология, психиатрия, реабилитология және нейрохирургия кафедрасы		044-56/11Б	
Дәріс кешені		44 беттің 25 беті	

0	ScienceDirect	http://www.sciencedirect.com/
1	Scopus	https://www.scopus.com/

6. Бақылау сұрақтары:

1. Вегетативті жүйке жүйесіне анықтама беріңіз
2. Ans қандай бөлімдерді қамтиды
3. Симпатикалық жүйке жүйесінің негізгі функцияларын атаңыз
4. Парасимпатикалық жүйке жүйесінің негізгі функцияларын атаңыз
5. Вегетативті жүйке жүйесінің супрасегментальды бөліміне не кіреді
6. Лимбиялық-ретикулярлық кешеннің негізгі функцияларын атаңыз
7. Сегменттік деңгейдегі зақымданудың негізгі синдромдарын бөліңіз
8. SNS зақымдануының супрегментті деңгейінің негізгі синдромдарын бөліңіз
9. Ans зерттеудің негізгі әдістерін атаңыз

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Неврология, психиатрия, реабилитология және нейрохирургия кафедрасы		044-56/11Б
Дәріс кешені		44 беттің 26 беті

№6 Дәріс

1. Тақырыбы: Психикалық патология, ойлау, есте сақтау, қабылдау, эмоциялар, интеллект деңгейлері.

2. Мақсаты: студенттерді есте сақтау, зейін және интеллект бұзылыстарының психологиясы мен психопатологиясымен таныстыру; студенттерді есте сақтау, зейін және интеллект патологиясының негізгі түрлерімен таныстыру. Теориялық білім мен практикалық дағдыларды бекіту.

3. Дәріс тезисі: Зейіннің келесі негізгі қасиеттері бар: көлем, таралу, тұрақтылық, шоғырлану, ауысу. Психикалық процестердің селективті сипатын қамтамасыз ететін факторлардың кем дегенде екі тобы бар: сыртқы тітіркендіргіштердің құрылымы (сыртқы өрістің құрылымы) және субъектінің өзіне қатысты әртүрлі ішкі факторлар (ішкі өрістің құрылымы). Зейіннің екі негізгі түрі бар — еріксіз, пассивті және ерікті, белсенді. Психикалық ауруларда көлемнің тарылуы, тереңдіктің төмендеуі, сарқылудың жоғарылауы, қаттылық, зейіннің өзгеруі, парапрозексия, апрозексия, зейіннің таралуының әлсіреуі сияқты зейіннің бұзылуы мүмкін. Парапросексия. Апрозексия. Зейінді бөлу қабілетінің әлсіреуі. Сарқылу, тұрақсыздық, алаңдаушылықтың жоғарылауы түріндегі зейіннің бұзылуы астениялық жағдайлардың тән белгісі болып табылады.

Жад-Бұл әртүрлі тәжірибелерді бекітуді (қабылдауды, импрегнацияны), сақтауды (ұстауды) және көбейтуді (көбейтуді) қамтамасыз ететін, ақпаратты сақтауға және бұрынғы тәжірибені пайдалануға мүмкіндік беретін психикалық функция. Сонымен қатар, есте сақтаудың ерекше механизмі бар — импринтинг (түсіру), туылғаннан кейін көп ұзамай қосылады және бірінші, ең берік тіркеменің нысандарын бекітеді. Сондай-ақ, ұмытып кету сияқты есте сақтау процесі туралы айтуға болады, оның заңдылықтары психологияда зерттелген.

Бейнелі жады — заттардың бейнелерін есте сақтау қабілеті: визуалды (визуалды немесе иконикалық жады), есту (есту немесе эко жады), дәм және т.б. мотор жады ұғымы қозғалыстардың реттілігі мен формулаларын есте сақтау қабілетін анықтайды. Жадты ішкі күйлерге бөліңіз, мысалы, эмоционалды (эмоционалды жады), висцеральды сезімдер (ауырсыну, ыңғайсыздық және т.б.). Тұрақты патологиялық жағдайдың тұтас байланыс жүйесінің сипаттамаларын көрсететін жад матрицасын құруға болады. Бұл байланыс жүйесін ми патологиялық фактор жойылғаннан кейін де есте сақтау арқылы көбейте алады. Бұл жағдайды ескеру патогенезді түсіну және созылмалы ауруларды емдеу үшін қажет. Адамға тән символдық жады, онда есте сақтау сөздер (символдар) және ойлар, идеялар (логикалық жады) бойынша ажыратылады. Есте сақтау бұзылыстары әртүрлі ақпарат пен жеке тәжірибені есте сақтау, Сақтау, ұмыту және көбейту бұзылыстарымен көрінеді. Есте сақтау іздерінің әлсіреуімен, жоғалуымен немесе күшеюімен көрінетін сандық бұзылулар және жалған естеліктер, өткен мен бүгіннің, нақты мен қиялдың араласуы байқалатын сапалық бұзылулар (парамнезиялар) бар.

Есте сақтаудың сандық бұзылыстарына амнезия, гипермнезия және гипомнезия жатады. Амнезия. Фиксациялық амнезия. Прогрессивті амнезия. Бірте-бірте өсіп келе жатқан және ауқымды есте сақтау қабілетінің бұзылуы. Ретроградтық амнезия. Антероградтық амнезия. Өтпелі амнестикалық эпизодтар. Жүйелі (жүйелі) амнезиялар. Жадтың мамандандырылғ

ан түрлерінің жоғалуы (беттерге, түстерге, иістерге, рәміздерге, дағдыларға). Амнезияның бұл түріне Афазия, агнозия, апраксия сияқты бұзылулар жатады. Агнозия. Апраксия. Аффектогендік амнезия. Мерзімді амнезия. Гипомнезия. Гипермнезия.Парамнезия (бұрмалау, алдау) немесе есте сақтаудың сапалы бұзылуы.

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Неврология, психиатрия, реабилитология және нейрохирургия кафедрасы	044-56/11Б 44 беттің 27 беті	
Дәріс кешені		

Бұрын көрген, естіген, бастан өткерген, сыналған, баяндалған құбылыстар (deja vu, deja entendu, deja vu, deja eprouve, deja raconte). Бұрын-соңды көрмеген, естімеген, бастан өткермеген құбылыстар (jamais vu, jamais vecu, jamais entendu және т.б.). Тану Елесі. Псевдореминисценция (жалған естеліктер). Конфабуляция. Криптомнезия.

Интеллект (лат. intellectus-түсіну, таным) - танымдық (танымдық, ақыл-ой) қабілеттердің жалпыланған сипаттамасы; білімді игеру және тиімді пайдалану қабілеті. балаларға да, ересектерге де арналған көптеген интеллект тестілері жасалды. Олардың ішіндегі ең танымалы-балалар мен ересектерге арналған Векслер сынағы. науқастармен клиникалық әңгіме барысында интеллект жоғарыда сипатталған деңгейлер бойынша бағаланған кезде интеллектті клиникалық бағалау:

1. Ақыл-ойдың алғышарттары ретінде қарастыруға болатын психикалық процестердің жағдайы. Мысалы, есте сақтаудың немесе зейіннің айқын бұзылуы ақыл-ой мәселелерін шешуге, бұрын болған білім мен дағдыларды игеруге және пайдалануға толық қабілетсіздікке әкелуі мүмкін. Осы психикалық функциялардың осындай тұрақты және қайтымсыз бұзылулары жағдайында деменция диагнозы қойылады (төменде қараңыз).

2. Білім базасы. Науқастың алған білімінің ерекшеліктері, оның үлгерімі бағаланады. Егер бұл жеткіліксіз болса, онда әлеуметтік-психологиялық факторлардың тәуелсіз үлесін және оқу бағдарламасымен күресудің интеллектуалды қабілетсіздігін бағалау қажет. Алынған білімнің сақталуы, пациенттің жалпы мәселелердегі эрудициясы, сөйлеу сауаттылығы, еркін оқу, санау және т.б. бағаланады.

3. Интеллект өз мағынасында-пациенттің күрделі психикалық мәселелерді шешу қабілеті, оның абстрактілі ойлау қабілеті, стандартты емес жағдайларда шешім табу және т. б. клиникалық әңгіме барысында мақал-мәтелдер мен мақал-мәтелдерге түсініктеме беру қабілеті бағаланады (қарапайымнан күрделі және екіұштыға дейін), ерекше сұрақтарға тез жауап табу ("қайсысы ауыр: 1 кг мамық немесе 1 кг темір?", "көлдің қанша жағалауы бар?"және т. б.)

Интеллект патологиясы (деменция) туа біткен және жүре пайда болуы мүмкін.

Туа біткен деменция: ақыл-ойдың артта қалуы — ерте балалық шақта (3 жасқа дейін) туа біткен немесе жүре пайда болған интеллектуалдық қабілеттердің айтарлықтай жеткіліксіздігімен психиканың жалпы дамымау жағдайы. Ақыл-ойдың артта қалуы жатырдың дамуы, босану немесе өмірдің алғашқы жылдарында әсер ететін әртүрлі этиологиялық және патогенетикалық факторларға байланысты болуы мүмкін. Ақыл-ой кемістігін диагностикалау критерийі IQ<70 болып табылады.

Ұзақ уақыт бойы ақыл-ой кемістігі жағдайлары үшін жалпы қабылданған термин "олигофрения" термині болды (грек тілінен аударғанда. олигос-кішкентай, френ-ақыл, яғни ақылсыздық), бірақ қазіргі психикалық аурулардың жіктелуінде ол "ақыл-ойдың артта қалуы"терминімен ауыстырылды.

Жүре пайда болған деменция: деменция (лат. de - онсыз + mens-ақыл) - мидың әртүрлі ауруларына байланысты бұрын қалыптасқан интеллекттің тұрақты, қайтымсыз жоғалуы. Бұл бұрын қалыптасқан зияткерлік және практикалық дағдылардың, білімнің жоғалуымен, психикалық қызметтің жалпы өнімділігінің төмендеуімен, тұлғаның өзгеруімен көрінеді.

Ақыл-ойдың артта қалуы ауыр процесс емес, патологиялық жағдай, бір кездері жұмыс істеген зияндылықтың нәтижесі және прогрессияға бейімділігі жоқ.

Бұрын ақыл ой кемістігінің ауырлығының үш дәрежесі бөлінді:

- Ақымақтық (грек тілінен. - idiotea, надандық).

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Неврология, психиатрия, реабилитология және нейрохирургия кафедрасы		044-56/11Б
Дәріс кешені		44 беттің 28 беті

• Имбецилділік (лат. — im — + baculus жоқ-таяқша, балдақ, яғни интеллектуалды қолдаусыз жасай алмау).

Дебильділік (лат. - debilis-мүгедек, әлсіз, әлсіз).

10-шы қайта қаралған аурулардың халықаралық классификациясында (1994) ақыл — ой кемістігі ауырлығы бойынша төрт дәрежеге бөлінеді: жеңіл, орташа, ауыр және терең (яғни имбецилділік екі деңгейге бөлінеді-орташа және ауыр ақыл-ой кемістігі).Интеллекттің төмендеуі, ми ауруларының салдарынан бұрын алынған когнитивті қабілеттердің жоғалуы белгілі бір континуум болып табылады-ең жеңіл, нәзік және адамның жұмысына аздап әсер ететін бұзылулардан бастап, психикалық белсенділіктің толық бұзылуымен бірге жүретін терең бұзылуларға дейін.

Бұл континуумдағы деменцияны диагностикалау критерийі интеллектуалды қабілеттердің төмендеу дәрежесі болып табылады, ол күнделікті өмірде өз бетінше жұмыс істеу қабілетін жоғалтуға әкелетін деңгейге жетеді. Бұл жағдайда Тәуелсіздіктің жоғалуы басқа себептерге емес, тікелей когнитивті бұзылуларға байланысты болуы керек-физикалық әлсіздік, қозғалыс немесе сенсорлық (соқырлық, саңырау) бұзылулар, әлеуметтік факторлар. Тәуелсіздіктің жоғалуы деменциямен ауыратын адамдар алдымен күнделікті іс-әрекеттерінің ең күрделісін, соның ішінде "аспаптық" (маңызды сатып алулар жасау, шоттар бойынша төлеу, дәрі-дәрмектерді "басқару") дербес жеңе алмайтындығынан көрінеді, содан кейін интеллектуалды қызметтің ыдырауы жұмыс істеудің қарапайым аспектілеріне әсер етеді. қарапайым өзіне-өзі қызмет көрсету дағдыларына дейін (киіну, жуу, тамақтану).

4. Иллюстрациялық материал: кафедраның YouTube арнасындағы презентация, бейнематериалдар.

5. Әдебиеттер:

Негізгі:

1. Психиатрия и наркология: учебник / Н. Н. Иванец [и др.]. -; Рек. УМО по мед. и фарм. образованию вузов России. - М. : ГЭОТАР - Медиа, 2012. - 832 с.

2. Цыганков, Б. Д. Психиатрия: учебник / Б. Д. Цыганков, С. А. Овсянников ; М-во образования и науки РФ. - ; Рек. ГБОУ ВПО "Первый МГУ им. И. М. Сеченова". - М. : ГЭОТАР - Медиа, 2012. - 496 с.

3. Психопатологические особенности детского, подросткового и юношеского возраста : учебное пособие / Н. Ш. Ахметова. - 3-е изд. - Караганда : АҚНҰР, 2019. - 140 с. Экземпляры: всего: 25 - ЧЗ-2(2), ЧЗ-3 (1), АУЛ (22)

4. Незнанов, Н. Г. Психиатрия: учебник / Н. Г. Незнанов. - ; Рек. ГОУ ВПО ММА им. И. М. Сеченова. - М. : ГЭОТАР - Медиа, 2010. - 496с.

5. Цыганков, Б. Д. Психиатрия: учеб. для вузов / Б. Д. Цыганков. - Рек. Учеб.-методическим объедин. по мед. и фарм. образованию вузов России. - М. : ГЭОТАР - Медиа, 2009

Қосымша:

1. В.Д. Менделевич. Психиатрическая пропедевтика: практическое рук./ В.Д. Менделевич.- 5-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР - Медиа, 2012. - 576 с.

2. Арндт, П. Психосоматика и психотерапия. Справочник: справочник / П. Арндт, Н. Клинген ; Пер. с нем. - М. : Медпресс-информ, 2014. - 368 с. : ил.

3. Гейслер, Е. В. Психиатрия: конспект лекций / Е. В. Гейслер, А. А. Дроздов. - М. : Эксмо, 2007. - 159 с.

Электрондық ресурстар:

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Неврология, психиатрия, реабилитология және нейрохирургия кафедрасы		044-56/11Б
Дәріс кешені		44 беттің 29 беті

1. Психиатрия и наркология [Электронный ресурс]: учебник / Н. Н. Иванец [и др.]. - Электрон. текстовые дан. (56,5 Мб). - М.: ГЭОТАР - Медиа, 2012. - 832 с. эл. опт. диск (CD-ROM)

2. Незнанов, Н. Г. Психиатрия [Электронный ресурс] : учебник / Н. Г. Незнанов. - Электрон. текстовые дан. (35,9 МБ). - М. : Издательская группа "ГЭОТАР- Медиа", 2010. - 496 с. эл. опт. диск (CD-ROM).

3. Консультант врача. Психиатрия. Версия 1.1 [Электронный ресурс] : руководство. - Электрон. текстовые дан. (110 Мб). - М. : Изд. группа "ГЭОТАР-Медиа", 2009. - эл. опт. диск (CD-ROM)

4. Электрондық база

	Атауы	Сілтеме
	ЮКМА репозиторийі	http://lib.ukma.kz/repository/
	Республикалық ЖОО аралық электрондық кітапхана	http://rmebrk.kz/
	Студент кенесшісі	http://www.studmedlib.ru/
	Қазақстанның ашық университеті	https://openu.kz/kz
	Заң (анықтамалық-ақпараттық сектордағы қолжетімділік)	https://zan.kz/ru
	Параграф	https://online.zakon.kz/Medicine/
	Ғылыми Электронды кітапхана	https://elibrary.ru/
	Ашық кітапхана	https:// kitap.kz/
	Thomson Reuters	www.webofknowledge.com
0	ScienceDirect	http://www.sciencedirect.com/
1	Scopus	https://www.scopus.com/

6. Бақылау сұрақтары:

1. Жадтың анықтамасын беріңіз.
2. Назар дегеніміз не. Назар аудару түрлері.
3. Интеллект-анықтама.
4. Есте сақтау психопатологиясы.
5. Сандық есте сақтау қабілетінің бұзылуы.
6. Есте сақтаудың сапалы бұзылуы.
7. Зейін психопатологиясы.
8. Интеллект-бұл не.
9. Интеллект психологиясы.
10. Интеллектті клиникалық бағалау
11. Ақыл – ойдың артта қалуы-туа біткен түрі.
12. Деменция. Анықтама. Түрлері.

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Неврология, психиатрия, реабилитология және нейрохирургия кафедрасы		044-56/11Б
Дәріс кешені		44 беттің 30 беті

7 ДӘРІС

1. Тақырыбы: Мотор-ерік саласы мен сананың бұзылуы.

2. Мақсаты: студенттерді мотор-ерік саласы мен сананың бұзылуымен таныстыру.

Теориялық білім мен практикалық дағдыларды бекіту.

3. Дәріс тезісі: Эмоциялар (эмоверден — козу, толқын, ынталандыру) — жануарлар мен адамның сыртқы және ішкі тітіркендіргіштерге реакциясының ерекше түрі. Бұл адамның өмірдің әртүрлі құбылыстарына қатынасы көрсетілген реакциялар. Эмоциялар — бұл белгілі бір оқиғалардың біз үшін қаншалықты маңызды екендігі, біздің қажеттіліктерімізге сәйкес келетін немесе болмайтындығы туралы ақпарат көзі. Эмоцияларды елеуге, басуға, тіпті оларды жасанды түрде басқаруға тырысу, мысалы, химия құралдары, сондықтан жеке тұлға үшін орны толмас шығындарға айналады.

Әр түрлі эмоциялар бар. Эмоцияларды белгісі, модальділігі, физиологиялық процестердің белсендіру дәрежесі мен сипаты, қарқындылығы мен ұзақтығы, даму деңгейі бойынша ажырату әдеттегідей.

Белгі бойынша жағымды және жағымсыз эмоциялар ажыратылады. Эмоциялардың әртүрлі модальділігі бар: сағыныш, мазасыздық, қорқыныш, реніш, кінә, көңілсіздік, зерігу, қуаныш, рахат, ашу және басқалар. Тыныштық пен күту эмоцияларын да ажыратыңыз. Адамның эмоционалды тәжірибесі тұлғаның дамуы барысында субъектінің басқа адамдардың психикалық күйлерін олармен сәйкестендіру, моторлық және аффективті реакцияларға еліктеу, түсінуге ұмтылу нәтижесінде өзгереді және байытылады. Эмоциялар адамның қарым-қатынасының маңызды факторы болып табылады.

Эмоциялардың көріністерінің бірнеше формалары бар: аффекттер, құмарлықтар, көңіл-күй және ситуациялық реакциялар. Көңіл-күйдің бұзылуы. Апатия. Гипотимия (көңіл-күйдің төмендеуі). Гипертимия (көңіл-күйдің жоғарылауы). Эйфория. Дисфория. Шатасу. Дабыл. Сандырақ (негізгі) көңіл-күй. Эмоционалды реакциялардың бұзылуы: эксплуатация, эмоционалды тұтқырлық, эмоционалды монотондылық, эмоционалды дөрекілік, эмоционалды күңгірттік, эмоционалды резонанстың жоғалуы, паратимия, эмоционалды парадоксальдылық, эмоционалды екіұштылық және патологиялық әсер. Эмоционалды реакциялардың патологиясы көбінесе жалпы аффективті көзқарастың өзгеруіне негізделеді (дисфория, депрессия және т.б.).

Ерік-саналы мақсаттарға жетуге бағытталған жоспарлы, ұйымдастырылған іс-әрекетке қабілеттілік. Ерікті тек осы қызметтің болашақ нәтижелері туралы идеялармен реттелетін қызметті қарастырған жөн. Ерікті белсенділік тек адамға ғана тән, жануарлар бұл қабілеттен айырылады, дегенмен олардың нақты қажеттіліктері объектілерінің пайда болу мүмкіндігімен анықталған қасақана әрекеттер түріндегі рудименттері бар. мінез-құлықтың бұзылу түрлері: белсенділіктің бұзылуы (абулия, гипербулия); дискінің бұзылуы; мінез-құлық мотивациясының бұзылуы (парабулия); психомоторлық бұзылулар; басқа ерік-жігердің бұзылуы. Бұл таксономия шартты.

Туа біткен диск жетектерінің әртүрлі бұзылыстары бар: жыныстық, тамақтану, өзін-өзі сақтау инстинкті, ата-аналық инстинкт. Жыныстық құмарлықтың ауытқулары әртүрлі. Тамақтанудың бұзылуы. Қауіпсіздік инстинктінің бұзылуы (өзін-өзі сақтау) қорқыныш, агрессия және суицидтік мінез-құлықты білдіреді. Психомоторлық бұзылулар мотивациясыз, ойланбайтын, гиперкинезге жақын қозғалыстар мен әрекеттермен, сондай-ақ имобилизация күйлерімен көрінеді.

Сана-адамға тән шындықты психикалық бейнелеудің ең жоғары, интегративті түрі. Бұл сыртқы және ішкі әлем туралы білімнің тұтас күйі.

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Неврология, психиатрия, реабилитология және нейрохирургия кафедрасы		044-56/11Б
Дәріс кешені		44 беттің 31 беті

Пәндік сана мен өзін-өзі тануды шартты түрде ажыратыңыз. Пәндік сана-бұл барлық сыртқы әсерлер біріктірілген динамикалық құрылым немесе өріс. Өзін — өзі тану-бұл сезім жүйесі, өзі туралы білім, басқалармен қарым-қатынас, оның ішкі әлемі. Жеке сана, оның даму дәрежесі екі фактормен анықталады: қоғамдық сана деңгейі және жеке адам оны өзінің ішкі өмірінің фактісіне айналдырды. Өзін-өзі танудың бұзылуы

Науқастардың өзгеру, жоғалту, иеліктен шығару немесе жеке басының бірлігін жоғалту сезімі — аутопсихикалық иесіздендіру, олардың денесі ("дене "мен") — соматопсихикалық иесіздендіру, сондай — ақ шындыққа жанаспау және қоршаған әлемді иеліктен шығару тәжірибесі-аллопсихикалық иесіздендіру немесе дереализация туралы шағымдарымен көрінеді. Өзін-өзі танудың әртүрлі бұзылыстары бар.

Дереализация

Эмоционалды резонансты жоғалту

Өмірлік сананың жоғалуы

Ауру фактісі туралы хабардар болу әртүрлі дәрежеде көрінуі мүмкін. Нозогнозия-аурудың айқын санасының болуы (немесе ауруға сыни көзқарас). Ауру фактісі ғана емес, нақты түсініледі. Бұл психикалық бұзылыс сенімді түрде анықталады, оның көріністері мен барысы туралы науқастар нақты және сенімді ақпарат береді. Анозогнозия-бұл жалпы ауруға және оның жеке көріністеріне қатысты сананың толық болмауы. Ресми нозогнозия-бұл аурудың нәтижесінде науқас болған сыртқы жағдайларды және оның қазір ойнауға мәжбүр болған рөлін ескере отырып, психикалық бұзылыстың фактісі туралы мәлімдеме: "олар емделгеннен кейін, Али ауырады, өйткені мен али ауруханасында жүрмін". Амбивалентті нозогнозия-ауруға қосарланған қатынас, нозогнозия мен анозогнозияның қатар өмір сүруі тұрақсыз нозогнозия — көңіл-күйге немесе белгілі бір әл-ауқатқа байланысты аурудың санасы пайда болады немесе жоғалады. Гипернозогнозия-ауруға сыни көзқарастың болуы, оның көріністерінің ауырлығын сандық қайта бағалаумен бірге жүреді.

Паранозогнозия-аурудың табиғаты туралы тұрақты және дұрыс емес идеялардың үстемдігімен бірге жүретін ауру фактісін нақты түсіну.

Сандық (сананы өшіру) және сананың сапалық бұзылыстары бар.

Нарушения сознания



К помрачениям сознания относят состояния, характеризующиеся совокупностью следующих признаков (критерии К.Ясперса):

1. **отрешённость**, то есть расстройство чувственного познания, отделяющее пациента от внешнего мира;
2. **нарушение рационального познания**, дезорганизованное мышление и, как следствие, поведение;
3. **дезориентировка** во времени, пространстве, обстановке, ситуации и нередко в собственной личности;
4. **затруднение запоминания** => амнезия периода помраченного сознания (конградная, полная или частичная)

Количественные расстройства сознания — выключение сознания

Признак	Оглушение		Сопор	Кома
	Умеренное	Глубокое		
Ориентировка	Частичная	Нарушена	Нет	Нет
Словесный ответ	<u>Ограничен</u>	Отсутствует	Нет	Нет
Выполнение инструкций	Замедлено	<u>Элементарные</u>	Нет	Нет
Открывание глаз	Сохранено	Сохранено	+/-	Нет
Двигательная реакция на боль	Целенаправленная (отталкивание)	Целенаправленная (отталкивание)	<u>Есть</u> (отдёргивание)	Нет

Делирий-бұл сананың күңгірттенуінің ең көп таралған нұсқасы, кез-келген сыртқы (экзогендік) зияндылыққа жауап ретінде пайда болуы мүмкін (экзогендік типтегі

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Неврология, психиатрия, реабилитология және нейрохирургия кафедрасы		044-56/11Б 44 беттің 33 беті

реакцияларды қараңыз), соның ішінде интоксикацияға байланысты (психоактивті заттар, соның ішінде алкоголь мен есірткі, дәрі-дәрмектер, жұқпалы аурулардағы интоксикация, бүйрек, бауыр жеткіліксіздігі және т. б.), ауыр соматикалық аурулар, бас сүйек-ми жарақатының өткір кезеңінде, цереброваскулярлық жедел бұзылулар және т. б. Делирий сананың қараңғылығы ретінде танымдық процестердің бұзылуына негізделген (қабылдау, ойлау және түсіну, зейін, есте сақтау), бұл жағдай, әсіресе егде жастағы науқастарда, деменциямен дифференциалды диагностиканы қажет етеді. Делирий тез дамиды, танымдық процестердің күйі өзгермелі, эмоционалды реакциялар мен психомоторлық сфера ретінде, нашарлау түнгі уақытқа тән, қабылдаудың алдауымен сипатталады (иллюзиялар, галлюцинациялар). Деменциямен интеллектуалды-мнестикалық төмендеу айқын және тұрақты, ол белгілі бір дәрежеде біртіндеп дамумен сипатталады. Делирий деменция аясында дамуы мүмкін екенін ескеру қажет.

- Сананың онейроидтық қараңғылығы (грек тілінен. Oneiros-арман, — eides-ұқсас, ұқсас) — "арман тәрізді", арман тәрізді сананың күңгірттенуі-фантастикалық ұқсас псевдогаллюцинациялардың, фантастикалық сенсорлық сандырақтардың (депрессиялық немесе экспансивті болуы мүмкін) және қозғалыс бұзылыстарының (кататоникалық ступор) ағынымен сананың күңгірттенуі.

- Сананың ерет қараңғылығы. Сананың ерет қараңғылығына тән:
- * Кенеттен пайда болуы және аяқталуы.
- * Қоршаған ортаны қабылдаудың бұзылуы: фрагменттік қабылдаудан бастап толық бөлінуге және бағдарсыздыққа дейін.
- * Қозғалтқыш саласы: сыртқы реттелген автоматтандырылған мінез-құлықтан айқын қозуға дейін.

Опциялар:

- Амбулаториялық автоматизмдер-сананың қараңғылануы кезінде адам автоматтандырылған әрекеттерді орындайды, мінез-құлық сыртқы жағынан дұрыс көрінуі мүмкін, бет әлпеті көңілсіз, мәлімдемелер стереотиптік немесе жоқ. Егер ол еріксіз серуендеумен бірге жүрсе: ояу күйде — фуга (бірнеше минут) немесе транс (ұзақ уақыт, соның ішінде үйден кету, саяхаттау); ұйқы кезінде — сомнамбулизм (ұйықтау).

Сананың галлюцинаторлық-сандырақ помт қараңғылығы - науқастың өнімді байланысы жоқ, бірақ оның мінез-құлқына сәйкес, сананың қараңғылануы кезінде ол әртүрлі галлюцинацияларды (визуалды, есту, оның ішінде императивті, иіс сезу және т.б.) бастан кешіреді деп болжауға болады, олармен бірге қайталама сенсорлық сандырақ (қудалау, ұлылық) қалыптасады. Сонымен қатар, аффективті бұзылулар бар — айқын қорқыныш, алаңдаушылық, ашуланшақтық, ынта, экстаз. Кейде олар агрессиямен және деструктивті әрекеттермен айқын қозумен бірге жүруі мүмкін. Бақытымызға орай, мұндай жағдайлар салыстырмалы түрде сирек кездеседі, олар әдетте сот-психиатриялық сарапшылардың қарауына айналады.

* Сананың қараңғылығынан шыққаннан кейін — толық амнезия (нақты оқиғалар мен олардың тәжірибелеріне), көбінесе шыққаннан кейін-әлсіздік, ұйқыға деген құштарлық, сондықтан олар орынсыз жерлерде ұйықтайды.

* Патологиялық мас болу-аз мөлшерде алкогольді қолдану аясында дамыған сананың ерет қараңғылығы (алкоголь тек жағдайдың қоздырғышы болды, ең айқын мас болу болған жоқ). Кәдімгі мас күйімен ерекшеленеді.

* Патологиялық әсер-психо-травматикалық оқиғаға жауап ретінде дамыған сананың ерет қараңғылығы (психо-травма, әдетте шамалы, сананың қараңғылануының дамуына триггер бола алады). Физиологиялық әсермен (күшті психикалық толқу) ажыратылады.

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Неврология, психиатрия, реабилитология және нейрохирургия кафедрасы		044-56/11Б
Дәріс кешені		44 беттің 34 беті

Аменция, сананың аментивті күңгірттенуі немесе аментивті синдром (лат. amentia-ақылсыздық) - шатасу, ойлау мен сөйлеудің үйлесімсіздігі, қозғалыстардың ретсіздігі басым болатын сананың қараңғылану синдромы.

4. Иллюстрациялық материал: кафедраның YouTube арнасындағы презентация, бейнематериалдар.

5. Әдебиеттер:

Негізгі:

1. Психиатрия и наркология: учебник / Н. Н. Иванец [и др.]. - ; Рек. УМО по мед. и фарм. образованию вузов России. - М. : ГЭОТАР - Медиа, 2012. - 832 с.

2. Цыганков, Б. Д. Психиатрия: учебник / Б. Д. Цыганков, С. А. Овсянников ; М-во образования и науки РФ. - ; Рек. ГБОУ ВПО "Первый МГУ им. И. М. Сеченова". - М. : ГЭОТАР - Медиа, 2012. - 496 с.

3. Психопатологические особенности детского, подросткового и юношеского возраста : учебное пособие / Н. Ш. Ахметова. - 3-е изд. - Караганда : АҚНҰР, 2019. - 140 с. Экземпляры: всего: 25 - ЧЗ-2(2), ЧЗ-3 (1), АУЛ (22)

4. Незнанов, Н. Г. Психиатрия: учебник / Н. Г. Незнанов. - ; Рек. ГОУ ВПО ММА им. И. М. Сеченова. - М. : ГЭОТАР - Медиа, 2010. - 496с.

5. Цыганков, Б. Д. Психиатрия: учеб. для вузов / Б. Д. Цыганков. - Рек. Учеб.-методическим объедин. по мед. и фарм. образованию вузов России. - М. : ГЭОТАР - Медиа, 2009

Қосымша:

1. В.Д. Менделевич. Психиатрическая пропедевтика: практическое рук./ В.Д. Менделевич.- 5-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР - Медиа, 2012. - 576 с.

2. Арндт, П. Психосоматика и психотерапия. Справочник: справочник / П. Арндт, Н. Клинген ; Пер. с нем. - М. : Медпресс-информ, 2014. - 368 с. : ил.

3. Гейслер, Е. В. Психиатрия: конспект лекций / Е. В. Гейслер, А. А. Дроздов. - М. : Эксмо, 2007. - 159 с.

Электрондық ресурстар:

1. Психиатрия и наркология [Электронный ресурс]: учебник / Н. Н. Иванец [и др.]. - Электрон. текстовые дан. (56,5 Мб). - М.: ГЭОТАР - Медиа, 2012. - 832 с. эл. опт. диск (CD-ROM)

2. Незнанов, Н. Г. Психиатрия [Электронный ресурс] : учебник / Н. Г. Незнанов. - Электрон. текстовые дан. (35,9 МБ). - М. : Издательская группа "ГЭОТАР- Медиа", 2010. - 496 с. эл. опт. диск (CD-ROM).

3. Консультант врача. Психиатрия. Версия 1.1 [Электронный ресурс] : руководство. - Электрон. текстовые дан. (110 Мб). - М. : Изд. группа "ГЭОТАР-Медиа", 2009. - эл. опт. диск (CD-ROM)

4. Электрондық база

	Атауы	Сілтеме
	ЮКМА репозиторийі	http://lib.ukma.kz/repository/
	Республикалық ЖОО аралық электрондық кітапхана	http://rmebrk.kz/
	Студент кеңесшісі	http://www.studmedlib.ru/
	Қазақстанның ашық университеті	https://openu.kz/kz
	Заң (анықтамалық-ақпараттық сектордағы	https://zan.kz/ru

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Неврология, психиатрия, реабилитология және нейрохирургия кафедрасы		044-56/11Б
Дәріс кешені		44 беттің 35 беті

	қолжетімділік)	
	Параграф	https://online.zakon.kz/Medicine/
	Ғылыми Электронды кітапхана	https://elibrary.ru/
	Ашық кітапхана	https:// kitap.kz/
	Thomson Reuters	www.webofknowledge.com
0	ScienceDirect	http://www.sciencedirect.com/
1	Scopus	https://www.scopus.com/

6.Бақылау сұрақтары:

1. Эмоциялар психологиясы.
2. Эмоциялар психопатологиясы.
3. Ерік ұғымы.
4. Ерікті бұзушылықтар.
5. Сана, өзін-өзі тану анықтамасын беріңіз.
6. Сананың бұзылуының белгілері, Jaspersке сәйкес
7. Аносогнозия дегеніміз не. Ауырлық дәрежесі.
8. Сананың сандық бұзылуы. Сана деңгейін анықтау шкалалары.
9. Сананың сапалы бұзылуы.
10. Делирийге анықтама беріңіз.
11. Онейроидты сананың бұзылуы дегеніміз не.
12. Аменция дегеніміз не.
13. Сананыңерет қараңғылығына анықтама беріңіз.
14. Дифференциалды диагностика бұлыңғыр сана.

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Неврология, психиатрия, реабилитология және нейрохирургия кафедрасы		044-56/11Б
Дәріс кешені		44 беттің 36 беті

№8 Дәріс

1. Тақырыбы: Шизофрения.

2. Мақсаты: студенттерді клиникамен, диагностикамен және шизофренияны емдеудің негізгі әдістерімен таныстыру.

3. Дәріс тезистері: Шизофрения-психиканың бөлінуі. Әдебиеттегі синонимдер: dementia praecox, Блейлер ауруы. Алғаш рет "dementia praecox" терминін Эмиль Креппелин енгізді. Евгению Блейлер 4 негізгі симптомды (4 "А") анықтады: аутизм, ассоциативті бұзылулар, екіұштылық, аффективті күңгірт.

Шизофрения халықтың 0,5-1,5% - страд әсер етеді, сандар диагностикалық критерийлерге байланысты өзгереді. Аурудың дебюті әдетте 18-30 жаста болады, ерлер мен әйелдер бірдей жиілікте ауырады, бірақ ер адамдар үздіксіз, ал әйелдер мезгіл – мезгіл жүреді.

Міндетті жоғары спецификалық белгілер-пролапс белгілері (синонимдер: жетіспеушілік белгілері, теріс, тапшылық).

I. ресми ойлау бұзылыстары

Аутистік ойлау-бұл шындықтан өрескел ажыратылған ойлау. Мұндай ойлау басқаларға, кейде науқастың өзіне түсініксіз.

Ойлаудың бұзылуы-сөйлемнің лингвистикалық құрылымын сақтай отырып, сөйлеудегі себеп-салдарлық байланыстардың бұзылуы. ("Мен бүгін процедураларға барған жоқпын, өйткені Еділ Каспий теңізіне құяды").

II. Эмоционалды саланың бұзылуы

Сенсорлық күңгірт (эмоционалды нивелирлеу, тегістеу, скучно) – сезімнің жылуын жоғалту, апатияға дейін (толық немқұрайлылық күйі). "Дәрігер, мені бүгін түнде өлтіретін шығар" - мұндай науқас тыныш дауыспен айта алады. Апатия жағдайындағы адам үйде басталған өртке назар аудармайды.

Эмоционалды жеткіліксіздік-бұл реакцияны тудырған оқиғаға эмоционалды реакцияның күші мен (немесе) белгісінің сәйкес келмеуі.

Амбиваленттілік-пациент ынталандырмайтын эмоциялардың бөлінуі. "Дәрігер, сен өте жақсысың! Мен сені жек көретінім сонша, мен өлтіруге дайынмын. »

Гипобулия (ерікті төмендеу) - өмірлік қажеттіліктерді орындамағанға дейін ұзақ уақыт бойы (апталар мен айларға дейін) әрекетсіздік. Науқас ыңғайсыздықты сезінеді (мысалы, өзін-өзі зәр шығару немесе аш болу), бірақ оның мінез-құлқына үстемдік етпейді.

Шизофрения диагнозын қою үшін аталған барлық белгілердің болуы міндетті емес.

Қосымша (факультативті) симптомдар аурудың нұсқасын, клиникалық түрін анықтайды. Олардың көп болуына байланысты шизофрения полиморфты бұзылыс деп аталады. Симптомдарды тізімдемей, қандай бұзылулар бар екенін көрсетеміз шизофрениямен:

сананы өшіру және күңгірттеу синдромы, қоспағанда. анейроидты;

есте сақтау мен интеллекттің өрескел бұзылуы (деменция, психоорганикалық синдром).

Негізгі белгілер неғұрлым көп болса, соғұрлым қосымша белгілер аз болады. Ауру әдетте қосымша белгілермен дебют жасайды, манифест кезеңінде негізгі және қосымша белгілердің біркелкі таралуы байқалады, аурудың нәтижесінде негізгі белгілер басым болады.

Қарапайым пішін. Simplex синдромы: негізгі белгілердің жоғарылауы. Таңдау белгілері аз. Қатерлі ісіктің жоғары дәрежесі: ауру тез арада тұлғаның шизофрениялық ақауының пайда болуына әкеледі. Жасөспірім кезіндегі дебют.

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Неврология, психиатрия, реабилитология және нейрохирургия кафедрасы		044-56/11Б
Дәріс кешені		44 беттің 37 беті

Гебефрениялық форма. Гебефрениялық синдром факультативті белгілермен бірге жүреді. "Бақытсыз сайқымазақ" синдромы: орынсыз, оғаш мінез-құлық, ақымақ және қауіпті әзілдер. Жасөспірім кезіндегі Дебют. Болжам қолайсыз.

Кататоникалық түрі. Ол негізгі белгілермен және кататоникалық синдроммен сипатталады.

Параноидтық форма. Галлюцинаторлық сандырақ бұзылулар түріндегі қосымша белгілер. Паранойя синдромымен Дебют. Аурудың биіктігі – Кандинский-Клерамбо психикалық автоматизм синдромы. Нәтиже парафрен синдромы(фантастикалық, күлкілі сандырақ).

ICD-10-ға келесі формалар да кіреді:

Шизофренияның дифференциалданбаған түрі диагностикалық критерийлердің жетіспеушілігімен.

Постшизофрениялық депрессия. Өнімді симптомдар басылғаннан кейін байқалады. Мұның себебі-адамның реакциясы (оның ауруы және басқалардың қарым-қатынасы туралы тәжірибе), антипсихотиктермен терапияның нәтижесі.

Қалдық (қалдық) шизофрения-пациент толық емес ремиссияда болған кезде шизофренияның бір түрі.

Үздіксіз-проградиентальды ағым. Ауру ремиссиясыз үздіксіз дамиды.

Пароксизмальды ағым. Алғашқы шабуылдардан кейінгі ремиссиялар іс жүзінде толық. 3-5 жылдан кейін жағдайдың нашарлауы.

Пароксизмальды-проградиентальды немесе тон тәрізді ағым. Одан шыққан. "тон" - ауысым. Үздіксіз ағым аясында симптомдардың жоғарылауына әкелетін шабуылдар.

Қолайсыз ағым жағдайында апато-абуликалық ақау пайда болады-эмоционалды және ерікті төмендеудің төтенше дәрежесі.

Тұлғаның шизофрениялық ақауының негізгі сипаттамалары:

Негізгі қайтымдылық. Бұл принцип теориялық тұрғыдан шизофренияның функционалдық қасиетінен алынған, бірақ іс жүзінде жүзеге асырылмаған.

Интеллекттің айқын өрескел бұзылуларының болмауы (сөздік қорын сақтау, сондай-ақ оны шизофрениялық неологизмдер арқылы кеңейту; интеллектке формальды алғышарттарды сақтау).

Тұқым қуалаушылық. Мұрагерліктің болжамды механизмі полигендік болып табылады. Тұқым қуалайтын бейімділікті келесі әдістер растайды:

есептеу мүмкіндігі бар клиникалық-генеалогиялық әдіс,

егіз әдіс (бір егізде шизофренияның даму ықтималдығы 70%, Егер екіншісінде ауру болса),

асырап алынған балалардың әдісі (тәрбиемен байланысты емес).

Бұл ұғымды кеңінен түсінудегі стресс.

Биогенді аминдердің (допамин, серотонин) алмасуының бұзылуының ең дәлелденген теориясы. Затқа байланысты шизофренияның 2 кіші түрі бөлінеді (Кроу, 1980 жж.):

теріс шизофрения: негізгі симптомдар басым, допамин алмасуы бұзылған, КТ, ПЭТ-де шағын органикалық өзгерістер түрінде анықталатын нейроморфологиялық маркерлер бар, бұл терапиядағы антипсихотиктердің тиімділігінің төмендеуін білдіреді;

Флорида (серотонин алмасуы бұзылған) - дәстүрлі түрде емделеді.

Биологиялық емдеу: электроконвульсивті, инсулин-шок терапиясы, фармакотерапия (фармакотерапия дәрісінде толығырақ).

Психотерапия және соя әсері (оңалту) көмекші мәнге ие және әдетте ремиссия кезеңінде қолданылады.

ONTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Неврология, психиатрия, реабилитология және нейрохирургия кафедрасы		044-56/11Б
Дәріс кешені		44 беттің 38 беті

4. Иллюстрациялық материал: кафедраның YouTube арнасындағы презентация, бейнематериалдар.

5. Әдебиеттер:

Негізгі:

1. Психиатрия и наркология: учебник / Н. Н. Иванец [и др.]. - ; Рек. УМО по мед. и фарм. образованию вузов России. - М. : ГЭОТАР - Медиа, 2012. - 832 с.

2. Цыганков, Б. Д. Психиатрия: учебник / Б. Д. Цыганков, С. А. Овсянников ; М-во образования и науки РФ. - ; Рек. ГБОУ ВПО "Первый МГУ им. И. М. Сеченова". - М. : ГЭОТАР - Медиа, 2012. - 496 с.

3. Психопатологические особенности детского, подросткового и юношеского возраста : учебное пособие / Н. Ш. Ахметова. - 3-е изд. - Караганда : АҚНҰР, 2019. - 140 с. Экземпляры: всего: 25 - ЧЗ-2(2), ЧЗ-3 (1), АУЛ (22)

4. Незнанов, Н. Г. Психиатрия: учебник / Н. Г. Незнанов. - ; Рек. ГОУ ВПО ММА им. И. М. Сеченова. - М. : ГЭОТАР - Медиа, 2010. - 496с.

5. Цыганков, Б. Д. Психиатрия: учеб. для вузов / Б. Д. Цыганков. - Рек. Учеб.-методическим объедин. по мед. и фарм. образованию вузов России. - М. : ГЭОТАР - Медиа, 2009

Қосымша:

1. В.Д. Менделевич. Психиатрическая пропедевтика: практическое рук./ В.Д. Менделевич.- 5-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР - Медиа, 2012. - 576 с.

2. Арндт, П. Психосоматика и психотерапия. Справочник: справочник / П. Арндт, Н. Клинген ; Пер. с нем. - М. : Медпресс-информ, 2014. - 368 с. : ил.

3. Гейслер, Е. В. Психиатрия: конспект лекций / Е. В. Гейслер, А. А. Дроздов. - М. : Эксмо, 2007. - 159 с.

Электрондық ресурстар:

1. Психиатрия и наркология [Электронный ресурс]: учебник / Н. Н. Иванец [и др.]. - Электрон. текстовые дан. (56,5 Мб). - М.: ГЭОТАР - Медиа, 2012. - 832 с. эл. опт. диск (CD-ROM)

2. Незнанов, Н. Г. Психиатрия [Электронный ресурс] : учебник / Н. Г. Незнанов. - Электрон. текстовые дан. (35,9 МБ). - М. : Издательская группа "ГЭОТАР- Медиа", 2010. - 496 с. эл. опт. диск (CD-ROM).

3. Консультант врача. Психиатрия. Версия 1.1 [Электронный ресурс] : руководство. - Электрон. текстовые дан. (110 Мб). - М. : Изд. группа "ГЭОТАР-Медиа", 2009. - эл. опт. диск (CD-ROM)

4. Электрондық база

	Атауы	Сілтеме
	ЮКМА репозиторийі	http://lib.ukma.kz/repository/
	Республикалық ЖОО аралық электрондық кітапхана	http://rmebrk.kz/
	Студент кеңесшісі	http://www.studmedlib.ru/
	Қазақстанның ашық университеті	https://openu.kz/kz
	Заң (анықтамалық-ақпараттық сектордағы қолжетімділік)	https://zan.kz/ru
	Параграф	https://online.zakon.kz/Medicine/
	Ғылыми Электронды кітапхана	https://elibrary.ru/
	Ашық кітапхана	https:// kitap.kz/

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Неврология, психиатрия, реабилитология және нейрохирургия кафедрасы		044-56/11Б
Дәріс кешені		44 беттің 39 беті

	Thomson Reuters	www.webofknowledge.com
0	ScienceDirect	http://www.sciencedirect.com/
1	Scopus	https://www.scopus.com/

6. Бақылау сұрақтары:

1. "Шизофрения" дегеніміз не
2. Ресми ойлау бұзылыстары дегеніміз не
3. Эмоционалды саланың бұзылуын атаңыз
4. Гебефрениялық синдром дегеніміз не
5. Шизофренияның кататоникалық түрінің белгілерін атаңыз
6. Шизофренияның параноидтық түрінің белгілерін атаңыз
7. Шизофренияны емдеу әдістері

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Неврология, психиатрия, реабилитология және нейрохирургия кафедрасы		044-56/11Б
Дәріс кешені		44 беттің 40 беті

№9 Дәріс

1.Тақырыбы: алкоголь мен есірткіні қолданумен байланысты психикалық және мінез-құлық бұзылыстары.

2. Мақсаты: студенттерді алкоголь мен есірткіні қолданудың негізгі психикалық және мінез-құлық бұзылыстарымен таныстыру.

3. Дәріс тезистері: Неврологиялық ауруларды тану-бұл парентеральды араласуға байланысты пуляциялардың бас сүйегі мен омыртқа бағанының берік корпусының артында табиғат жасырған патологиялық өзгерістерді қарапайым көрудің мүмкін .стігінен туындаған күрделі процесс. Дифференциалды диагностика процесінде симптомдар мен синдромдарды бағалау ғана емес, сонымен қатар қосымша зерттеу әдістерінің деректері (рентгенологиялық, электрофизиологиялық, клиникалық-генетикалық, зертханалық, ликер мен гемодинамиканы зерттеу және т.б.) ескеріледі.

Пункция (лат.- punctio-инъекция) - диагностикалық және емдік мақсатта өндірілетін инемен тіндерді тесу. Диагностикалық пункциялар: Сұйықтық пен жасуша элементтерін алу, қысымды өлшеу, ауа немесе оттегі қуыстарына енгізу, қан тамырларына контрастты заттарды енгізу үшін жасалады. Емдік пункциялар: патологиялық өзгерген сұйықтықты немесе іріңді кетіру, қан кету және қан құю, дәрілік заттарды қуыстар мен қан тамырларына енгізу.

Белдік пункция әдісі. Неврологияда маңызды және кеңінен қолданылатын әдіс. Зерттеудің мақсаты: ликерді макро -, микроскопиялық, биохимиялық, бактериологиялық, вирусологиялық зерттеу. Құнды ақпарат береді және рационалды терапияны тағайындауға мүмкіндік береді.

ДП көрсеткіштері мен қарсы көрсеткіштері. Көрсеткіштер: ОЖЖ жұқпалы аурулары, субарахноидты қан кету. Қарсы көрсеткіштер: абсолютті: артқы бас сүйек шұңқырындағы көлемдік процесс (ісік, абсцесс, гематома және т. б.), бел аймағындағы инфекциялық процестер (эпидуральды абсцесс)

Салыстырмалы: расталған интракраниальды гипертензия, коагулопатия, тромбоцитопения, мидың атеросклерозының айқын құбылыстары, жоғары қан қысымы.

Көз түбін зерттеу диагностика үшін қолданылады: оптикалық дискінің ісінуі, оптикалық дискінің атрофиясы, ақаулар, тордың дегенерациясы мен қабынуы, қан кетулер, ишемия, ісіктер, қабынбайтын инфильтраттар және т. б.

Бас сүйегінің шолу рентгенографиясы клиникалық неврологияда жиі қолданылады, бірақ зерттеу әсіресе ерте жаста өзінің техникалық қиындықтарына ие, өйткені R-сурет дәл және анық болуы керек. Негізгі проекциялар-түзу және бүйір. Бас сүйегінің мөлшері, оның пішіні, қалыңдығы, сүйек құрылымы, бас сүйегінің доғалары мен негізінің конфигурациясы, тігістердің күйі, фонтанеллалар, ішкі сүйек пластинасының рельефі, тамырлы бороздар, түрік седласы туралы түсінік беретін бүйірлік проекция ең ақпараттылығы бас сүйегінің қуысында бөгде заттар мен әртүрлі әк қосылыстарын анықтауға мүмкіндік береді. Бұл деректер мидағы көптеген маңызды процестер туралы пайымдаулар береді. Атап айтқанда, интракраниальды қысымның жоғарылауы туралы, мысалы, мидың көлемді процестерінде. Микроцефалия, краниостеноз, гидроцефалия және т. б.

Омыртқаның рентгенографиясы (спондилография) - омыртқа мен жұлынның зақымдануы кезінде жасалады. Әдетте суреттер өзара перпендикуляр 2 аймақта-мойын, кеуде, люмбосакральды омыртқа үшін бөлек түсіріледі. Жатыр мойнындағы сублюксацияны, омыртқадағы, жұлындағы көлемді процестерді диагностикалауға болады, Жарақат кезінде компрессиялық сынықтар, туа біткен ақаулар және т. б.

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Неврология, психиатрия, реабилитология және нейрохирургия кафедрасы		044-56/11Б
Дәріс кешені		44 беттің 41 беті

Контрастты рентгенологиялық әдістер. Ми мен жұлынның зерттеу деректері кең таралған және газ тәрізді (ауа немесе оттегі) немесе контрастты заттарды (майодил, амипак және т.б.) қолдануға негізделген. Олар әдетте ми мен жұлын ісіктерін, жарақаттың салдарын, ОЖЖ қабыну ауруларын, даму ақауларын диагностикалауда қолданылады.

Зерттеудің нейробейнелеу әдістері. Ми мен жұлынның компьютерлік томографиясы (КТ). Компьютерлік томография-бұл мидың ең жақсы бөліктерінің суреттерін алуға болатын рентгендік зерттеудің заманауи түрі.

Зерттеу ісік, жедел (инсульт) және созылмалы цереброваскулярлық жеткіліксіздік, бас миының жарақаты, даму ауытқуларына күдік туындаған кезде жүргізіледі. Кейбір жағдайларда зерттеу контрастты затты енгізумен жүргізіледі.

Ми мен жұлынның магнитті-резонанстық томографиясы (ЯМР, МРТ). Мг ангиографиясы ядролық магниттік резонанс немесе магниттік-резонанстық томография - заманауи, жоғары ақпараттық және қауіпсіз зерттеу әдісі. ЯМР-да дене магнит өрісінде радиотолқындармен сәулеленеді, нәтижесінде сутегі ядроларының резонансы пайда болады, содан кейін ол зерттелетін органның бейнесіне айналады. Ангиография режимінде зерттеу жүргізу кезінде ми тамырларының жағдайын объективті түрде бағалауға болады.

Ол ісікке, мидың тамырлы зақымдалуына, склерозға, грыжа дискісіне және даму ауытқуларына күдік туындаған кезде жоғары диагностикалық құндылығымен ерекшеленеді. Мг ангиографиясы бастың негізгі артерияларының патологиясын анықтау үшін өте ақпараттандырады.

Электрофизиологиялық әдістер. Неврологиядағы диагностиканың электрофизиологиялық әдістерінен: электроэнцефалография, электромиография. Электроэнцефалография. Бас бетіне бекітілген ми жасушаларының электрлік белсенділігін тіркеу арқылы ми қызметін зерттеудің аппараттық әдісі. Зерттеу әдісі алынған электр сигналдарын графикалық тіркеуге және оларды түсіндіруге негізделген. Көзді ашу және жабу, жарық пен дыбыстың тітіркенуі, гипервентиляция сынақтарын қолданыңыз (3 минут ішінде терең тыныс алуды сұраңыз)

ЭЭГ эпилепсия, бас ауруы, дүрбелең шабуылдары (вегетативті дағдарыстар), истерия, дәрі-дәрмектермен улану сияқты ауруларды диагностикалауда, сананың өшуі немесе құлаудың кез келген эпизодтарында қолданылады.

Электроневромиография (ENMG). Жүйке жүйесінің перифериялық бөліктерін диагностикалауға бағытталған бұлшықеттердің электрлік белсенділігін зерттеу әдісі. Бұл бұлшықет пен нервтің жанау аймағындағы электрлік импульстарды графикалық және дыбыстық тіркеу әдісі. Зерттеу зерттелетін бұлшықеттің үстіндегі тері бетіне бекітілген электродтар немесе бұлшықетке Үстірт енгізілетін ине электродтары арқылы жүзеге асырылады.

Зерттеу бұлшықет әлсіздігі, аяқ-қолдың салмағын жоғалту, бұлшықеттердің тартылуы, бұлшықет спазмы немесе құрысулар туралы шағымдар үшін қажет. Электромиография міндетті түрде миотония, миопатия, миастения грависі, амиотрофиялық бүйірлік склероз, миоклония, бұлшықет дистониясы, треморға күдік туындаған кезде жасалады.

Ультрадыбыстық зерттеу әдістері. Эхоэнцефалография. 1С жиілігі 0,5-тен 15 МГц-ке дейінгі ультрадыбысты қолдана отырып, ми тіндеріндегі өзгерістерді тану әдісі. мұндай жиіліктің дыбыстық толқындары дене тіндеріне ену қабілетіне ие және әртүрлі құрамдар мен тығыздықтағы тіндердің шекарасында орналасқан барлық беттерден шағылысады. Зонд басының белгілі бір нүктелерінде бекітілген ультрадыбыстық сәуле мидың зерттелетін бөлігіне жіберіледі, шағылысқан сигнал электронды құрылғымен өңделеді

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Неврология, психиатрия, реабилитология және нейрохирургия кафедрасы		044-56/11Б
Дәріс кешені		44 беттің 42 беті

және нәтиже осциллоскоп экранында түзу сызықтағы шындарды бейнелейтін қисық (эхограмма) түрінде беріледі. Шыңның биіктігі ортаның акустикалық тығыздығына, ал шындар арасындағы қашықтық орталар арасындағы интерфейстерге сәйкес келеді.

Эхоэнцефалография ми ауруларын тану үшін кеңінен қолданылады: көлемдік процестер — ісіктер, абсцесс, кисталар, гематомалар және т.б., сондай-ақ интракраниальды қысымның жоғарылауын диагностикалау. Бастың магистральды артерияларының ультрадыбыстық доплерографиясы (UZDG MAG). Зерттелетін тамырлардағы қан ағымының көрсеткіштерін нақты уақыт режимінде графикалық, дыбыстық және сандық түрде көрсететін тамырлардағы қан ағымын зерттеудің аппараттық әдісі. Бұл әдіс австриялық физик және астроном Кристиан Андреас Доплердің есімімен аталады. Әдіс қозғалатын қан бөлшектерінен шағылысқан ультрадыбыстық толқындардың жиілігінің өзгеруіне негізделген. Зерттеу бас ауруы, қол мен аяқтың ауыруы, жедел (инсульт) және созылмалы цереброваскулярлық бұзылуларға күдік бар адамдарға көрсетілген.

Бастың магистральды артерияларын дуплексті сканерлеу (DS MAG) ультрадыбыстық сканер жүргізетін диагностикалық әдіс. Құрылғы ультрадыбыстық толқындарды жасайды және ұстайды, ал эхолокация принципі бойынша нақты уақыт режимінде люмен мен ыдыс қабырғасының кеңістіктік екі өлшемді бейнесін жасайды. Сенсордың орнатылуына байланысты ыдыстың люмені бойымен де, бойымен де көрсетілуі мүмкін. Зерттеу тамыр қабырғасының күйін бағалауға, қан ағымын талдауға мүмкіндік береді (оның ішінде бағыт пен жылдамдық). Зерттеу ми тамырларының стенозы немесе бітелуі бар науқастарды анықтауға, зерттелетін тамырлардың туа біткен патологиясының болуын анықтауға мүмкіндік береді. Әдістің жоғары ақпараттылығы және омыртқаның жұлын артерияларына әсерін анықтау кезінде. Зерттеу нәтижелері тамырлы операция жасауға негіз бола алады (каротидті эндартерэктомия, стенттеу, экстракраниальды микроанастомозды қолдану).

Нейросонография. Ультрадыбыстық церебральды томография-аппарат көзі ретінде Доплер эффектісін, ультрадыбыстық секторды сканерлеу арқылы бас сүйек қуысындағы құрылымдық өзгерістерді тануды пайдаланатын мидың анатомиялық құрылымдарын инвазивті емес екі өлшемді ультрадыбыстық зерттеу әдісі.

Ересектердегі Нейросонография резекциялық трепанациядан кейін немесе хирургиялық араласу кезінде пайда болатын бас сүйегінің сүйектерінде ақау болған жағдайда ғана мүмкін болады. Бұл жағдайда әртүрлі интракраниальды патологиялық түзілімдерді (ісіктер, гематомалар, абсцесс және т.б.) диагностикалау, сондай-ақ қалыпты ми құрылымдарының топометриясы мүмкін. Жаңа туылған нәрестелер мен нәрестелердегі Нейросонография акустикалық терезелер арқылы жүзеге асырылады - Үлкен, Кіші және бүйір фонтанельдер. Жаңа туылған нәрестелерде нейросонография ауыр асфиксиямен, механикалық желдетумен патологиямен, тұрақты немесе өсіп келе жатқан неврологиялық симптомдармен және т.б. нәрестелерде нейросонография психомоторлық дамудың ауытқуларымен, неврологиялық бұзылулардың кенеттен пайда болуымен, анықталған құрылымдық зақымдануды бақылау мақсатында көрсетілуі мүмкін.

Генетикалық әдістерге мыналар жатады: клиникалық-генеалогиялық зерттеу (асыл тұқымды талдау), цитогенетикалық, биохимиялық, дерматоглифтік.

4. Иллюстрациялық материал: кафедраның YouTube арнасындағы презентация, бейнематериалдар.

5. Әдебиеттер:

Негізгі:

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Неврология, психиатрия, реабилитология және нейрохирургия кафедрасы		044-56/11Б
Дәріс кешені		44 беттің 43 беті

1. Психиатрия и наркология: учебник / Н. Н. Иванец [и др.]. - ; Рек. УМО по мед. и фарм. образованию вузов России. - М. : ГЭОТАР - Медиа, 2012. - 832 с.

2. Цыганков, Б. Д. Психиатрия: учебник / Б. Д. Цыганков, С. А. Овсянников ; М-во образования и науки РФ. - ; Рек. ГБОУ ВПО "Первый МГУ им. И. М. Сеченова". - М. : ГЭОТАР - Медиа, 2012. - 496 с.

3. Психопатологические особенности детского, подросткового и юношеского возраста : учебное пособие / Н. Ш. Ахметова. - 3-е изд. - Караганда : АҚНҰР, 2019. - 140 с. Экземпляры: всего: 25 - ЧЗ-2(2), ЧЗ-3 (1), АУЛ (22)

4. Незнанов, Н. Г. Психиатрия: учебник / Н. Г. Незнанов. - ; Рек. ГОУ ВПО ММА им. И. М. Сеченова. - М. : ГЭОТАР - Медиа, 2010. - 496с.

5. Цыганков, Б. Д. Психиатрия: учеб. для вузов / Б. Д. Цыганков. - Рек. Учеб.-методическим объедин. по мед. и фарм. образованию вузов России. - М. : ГЭОТАР - Медиа, 2009

Қосымша:

1. В.Д. Менделевич. Психиатрическая пропедевтика: практическое рук./ В.Д. Менделевич.- 5-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР - Медиа, 2012. - 576 с.

2. Арндт, П. Психосоматика и психотерапия. Справочник: справочник / П. Арндт, Н. Клинген ; Пер. с нем. - М. : Медпресс-информ, 2014. - 368 с. : ил.

3. Гейслер, Е. В. Психиатрия: конспект лекций / Е. В. Гейслер, А. А. Дроздов. - М. : Эксмо, 2007. - 159 с.

Электрондық ресурстар:

1. Психиатрия и наркология [Электронный ресурс]: учебник / Н. Н. Иванец [и др.]. - Электрон. текстовые дан. (56,5 Мб). - М.: ГЭОТАР - Медиа, 2012. - 832 с. эл. опт. диск (CD-ROM)

2. Незнанов, Н. Г. Психиатрия [Электронный ресурс] : учебник / Н. Г. Незнанов. - Электрон. текстовые дан. (35,9 МБ). - М. : Издательская группа "ГЭОТАР- Медиа", 2010. - 496 с. эл. опт. диск (CD-ROM).

3. Консультант врача. Психиатрия. Версия 1.1 [Электронный ресурс] : руководство. - Электрон. текстовые дан. (110 Мб). - М. : Изд. группа "ГЭОТАР-Медиа", 2009. - эл. опт. диск (CD-ROM)

4. Электрондық база

	Атауы	Сілтеме
	ЮКМА репозиторийі	http://lib.ukma.kz/repository/
	Республикалық ЖОО аралық электрондық кітапхана	http://rmebrk.kz/
	Студент кеңесшісі	http://www.studmedlib.ru/
	Қазақстанның ашық университеті	https://openu.kz/kz
	Заң (анықтамалық-ақпараттық сектордағы қолжетімділік)	https://zan.kz/ru
	Параграф	https://online.zakon.kz/Medicine/
	Ғылыми Электронды кітапхана	https://elibrary.ru/
	Ашық кітапхана	https:// kitap.kz/
	Thomson Reuters	www.webofknowledge.com
0	ScienceDirect	http://www.sciencedirect.com/
	Scopus	https://www.scopus.com/

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Неврология, психиатрия, реабилитология және нейрохирургия кафедрасы		044-56/11Б
Дәріс кешені		44 беттің 44 беті

1		
---	--	--

6. Бақылау сұрақтары:

1. Белдік пункция әдісі дегеніміз не
2. LP көрсеткіштері мен қарсы көрсеткіштерін атаңыз
3. Көз түбін зерттеу әдісі қандай мақсатта қолданылады
4. Бас сүйегінің шолу рентгенографиясын жүргізу кезінде қандай өзгерістерді анықтауға болады
5. Контрастты рентгенологиялық зерттеу әдістері қашан қолданылады
6. Компьютерлік томография мен ми мен жұлынның магнитті - резонанстық томографиясының айырмашылықтарын атаңыз
7. ЭЭГ қандай ауруларды диагностикалауда қолданылады
8. Неврологияда қандай ультрадыбыстық зерттеу әдістері қолданылады