

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

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

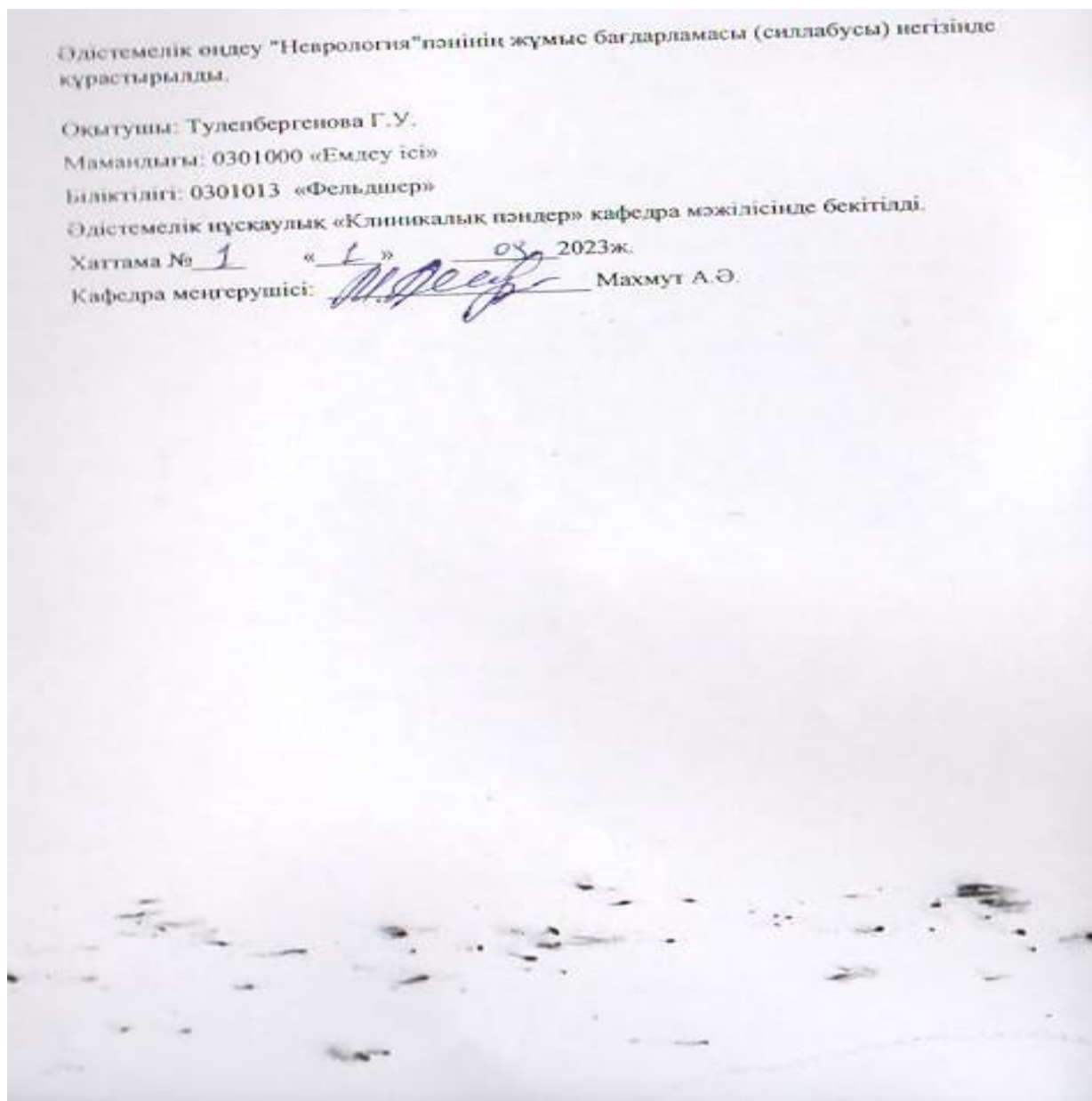
«Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы»
АҚ жанындағы медицина колледжі

ӘДІСТЕМЕЛІК НҮСҚАУЛЫҚ

Пән: «Неврология»
 Мамандығы: 0301000 «Емдеу ісі»
 Біліктілігі: 0301013 «Фельдшер»
 Курс: 4
 Семестр: 5
 Жалпы еңбек сыйымдылығы/сағат/кредиттер: КЗ: 72 / 3
 Симуляция: 60

Шымкент 2023 ж

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



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

1-сабақ

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

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

5.3. Пәннің міндеттері:

жүйке жүйесінің функционалдық анатомиясы және физиологиясы бойынша алған білімдерін қолдану;

негізгі неврологиялық синдромдардың жүйке ауруларының және даму механизмін ажырату;

жүйке ауруларының жалпы симптомдарын анықтау;

науқастарды лабораториялық және инструменттік дайындау;

медбикелік диагнозды қою;

неврология бөлімшесіндегі мейіргер жұмысын ұйымдастыру неврологиядағы науқастарға медициналық көмек көрсетудің

этикалық және заңды аспектілерін сақтау;

шұғыл жағдайларда медициналық көмек көрсету іс-дағдыларын демонстрациялау;

медициналық құжаттарды жүргізу;

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

5.4. Тақырыптың негізгі сұрақтары:

1. Жүйке жүйесінің анатомиялық құрылымы және физиологиясы.

2. Жүйке жүйесінің қызметі.

3. Жүйке жүйесінің элементтері.

4. Жұлын нервнің анатомиялық құрылымы.

5. Рефлекторлы доғаның құрлымы.

6. Сезімталдықтың бұзылуының түрлері мен типтері.

7. Сезімталдықтың клиникалық жіктелуі.

8. Сезімталдықты зерттеу тәсілдері.

Неврология (лат. neurologia, көне грекше: νεῦρον — жүйке, λόγος — сөз)

немесе Жүйкетану — жүйке жүйесі туралы морфологиялық ілім. Адам мен жануарлар организмдерінің жүйке жүйесі дене мүшелері мен мүшелер жүйелерінің қызметтік біртұтастығын және олардың белгілі бір ортаға бейімделуін реттеп басқарып отырады. Жүйке жүйесі мүшелерінің негізін жүйке ұлпасы құрайды.

Жүйке ұлпасының рефлекторлық қызметін нейрониттер (жүйке жасушалары) іс жүзіне асырады. Жүйке жүйесі денедегі орналасу орындарына байланысты орталық жүйке жүйесі және шеткі жүйке жүйесі бөлімдеріне бөлінеді. Орталық жүйке жүйесіне ми және жұлын жатады. Шеткі жүйке жүйесін: жүйке түбіршіктері, жүйкелер,

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

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

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

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

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

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

Емдеуі Жедел кезеңде: преднизолон қысқа курс, 1мг/кг салмағына, алмагел, верошпирон, калий препараттарымен бірге, пентоксифиллин, массаж, дегидротация Ерте қалпына келу кезеңі; 11-ші күннен бастап Прозерин (АХЭП) милдронат, ФТЛ, ИРТ Қабыну симптомдары бар болса- антибактериалді терапия, симптоматикалық терапия

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

5.6. Әдебиет. Соңғы бетте

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

Тесттер:

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

- ауырсыну
- проприоцептивті
- вибрациялы
- стереогносисті
- дискриминациялы

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

2 Науқаста пышақты жарақат нәтижесінде емізікше сызығы бойында оң жақта ауырсыну және температуралы анестезия, сонымен бірге тактильді гипестезия дамыған, науқаста сезімталдықтың ... типтерінің бұзылыстары байқалады.

- а) өткізгіштік
- б) шеткері
- в) сегментарлы
- г) сегментарлы-диссоцирленген
- д) қыртыстық

3 Науқаста сол жақ кеудеде беткей сезімталдығы төмендеген және сол қолында «жарты күртеше» белгісі анықталған, сол жақ қолында фибриллярлы дірілдеумен бұлшық еттердің гипотрофиясы және гипотониясы байқалған, сол жақта m.biceps және triceps рефлекстерімен карпорадиалды рефлекс анықталмайды, науқаста сезімталдық бұзылысының ... типі байқалады.

- а) сегментарлы-диссоцирленген
- б) мононевриттік
- в) полиневриттік
- г) өткізгіштік
- д) сегментарлы-талшықтық

3 Науқаста төменгі спастикалық параплегия, кіндік деңгейінде өткізгіштік типті сезімталдықтың барлық түрінің бұзылысы, несептің кідіруі ... зақымданған.

- а) төменгі кеуде сегмент деңгейінде жұлын миының көлденеңі
- б) үлкен жарты шар қыртысының парасагитталды аймағы
- в) жұлын ми конусы
- г) бел сегменті деңгейіндегі жұлын миының жартысы
- д) бел өрімі

4 Науқаста дизартрия, тілді сыртқа шығарғанда солға ығысқан, тілдің сол жағы атрофияланған, бұлшық еттері жұқарған, ... жүйкесі зақымдануына тән.

- а) тіласты
- б) қосымша
- в) тіл-жұтқыншақ
- г) кезеген
- д) бет

5 Сенсорлық афазиясы бар науқастарда болатын бұзылулар...

- а) сөйлеуді түсіну
- б) есту
- в) көру
- г) сөйлеу қабілеті
- д) қозғалыс сферасы

6 Амнестикалық афазиямен ауыратын науқастың қабілеті бұзылғанда...

- а) элементке ат беру
- б) қоршаған ортаның тітіркендіруін қабылдау
- в) заттың қасиеттері мен мақсатын сипаттау
- г) нысанды сипап анықтау
- д) есту арқылы қабылдау

7 Науқас ерікін сөйлей алмайды,өзіне бағытталған сөздерді түсінеді.Зақымдану ошағы ... орналасқан.

- а) сол жақ маңдай аймағындағы Брок орталығында
- б) оң жақ маңдай аймағындағы алдыңғы орталық иірімнің төменгі бөлімінде
- в) оң жақ жарты шарының самай бөлімінде
- г) сол жақ самай бөліміндегі Вернике орталығында
- д) сол жарты шарының бұрышты иірімінде

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

8 Науқаста оң жақта көз қозғалтқыш жүйкесінің зақымдануы, сол жақта гемипарез байқалады, зақымдану ошағы ... орналасқан.

- а) мидың оң аяқшасында
- б) көпірдің оң жақ жартысында
- в) сопақша мидың сол жақ жартысында
- г) оң жақ көру төмпешігінде
- д) оң жақ ішкі капсулада

2-сабақ

5.1. Сабақтың тақырыбы: Перифериялық жүйке жүйесінің аурулары. Бет нервісінің нейропатиясы. Үшкіл нервтің невралгиясы. Перифериялық жүйке жүйесінің ветреброгенді аурулары.

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

5.3. Пәннің міндеттері:

жүйке жүйесінің функционалдық анатомиясы және физиологиясы

бойынша алған білімдерін қолдану;

негізгі неврологиялық синдромдардың жүйке ауруларының және даму механизмін ажырату;

жүйке ауруларының жалпы симптомдарын анықтау;

науқастарды лабораториялық және инструменттік дайындау;

медбикелік диагнозды қою;

неврология бөлімшесіндегі мейіргер жұмысын ұйымдастыру неврологиядағы науқастарға медициналық көмек көрсетудің

этикалық және заңды аспектілерін сақтау;

шұғыл жағдайларда медициналық көмек көрсету іс-дағдыларын демонстрациялау;

медициналық құжаттарды жүргізу;

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

5.4. Тақырыптың негізгі сұрақтары:

1. Бет нервісінің нейропатиясы.
2. Үшкіл нервтің невралгиясы.
3. Үшкіл нервтің және ми нервтерінің зақымдануы симптомдары мен синдромдары.
4. Бет нервінің әр түрлі деңгейде зақымдану белгілері.
5. Үшкіл нерв қызыметін тексеру.
6. Бет нервісінің қызметін тексеру.
7. Вестибулярлық анализаторды тексеру.
8. Джексон синдромы.

Бет нервісінің нейропатиясы VII жұп нервісінің зақымдануы кезінде, мимикалық бұлшықеттердің бір жақты салдануы. Ер адамдар мен әйел адамдарда ауру жиілігі бірдей кездеседі, себептері вирусты және т.б. инфекциялар, суық тию, артериалді гипертензия,

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

қант диабеті, отиттер, паротиттер, көпір-мишық бұрышының ісіктері, кейде бас-ми жарақаттары. Бет нервісінің ядросы зақымдалса : прозопоплегия зақымданған жақта болады.

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

Нерв беттің каналында зақымдалса: прозопоплегия, көздің құрғауы, гиперакузия, дәм сезу мен сілекей бөлінуі бұзылады Диагностикасы Үшкіл нерв невралгиясына әкелетін себептерді КТ, МРТ арқылы анықтауға болады, әсіресе МР-ангиография нервтің түбіршесін жаншып тұрған аномалді қан тамырды анықтай алады
Емдеуі Жедел кезеңде:

Преднизол он қысқа курс, 1мг/кг салмағына, алмагел, верошпирон, калий препараттарымен бірге, пентоксифиллин, массаж, дегидротация
Ерте қалпына келу кезеңі; 11- ші куннен бастап. Прозерин (АХЭП) милдронат, ФТЛ, ИРТ
Қабыну симптомдары бар болса- антибактериалді терапия, симптоматикалық терапия

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

5.6. Әдебиет. Соңғы бетте

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

Тесттер:

1 Үшкіл жүйке невралгиясына ... емдеу.

- финлепсин, жансыздандырушы, Бернар тогы, ине шаншумен
- диуретиктер, кортикостероидтар, Берганье жартылай маскасы, ине шаншу, арнайы гимнастика, лейкопластырмен
- антибиотиктер, жансыздандырушылар, парафинді аппликация, зақымданған бет жағына массажбен
- эрготамил, кофеин, жансыздандырушылар, тамыр кеңейтетін, антисеротонинді препараттар, ине шаншумен
- жансыздандырушылар, дегидратациялық, спазмолитиктер, антиагреганттар, ұюға қарсы препараттармен

2 Бет жүйкесі салдануына ... тән.

- көздің құрғауы, гиперакузия, сілекей бөліну бұзылысымен жүретін бір жақты мимикалық бұлшық еттердің парезі
- ауралы продромды фазалы, құсу және жүрек айнумен жүретін, көзге берілетін маңдай самай аймағында орналасқан ұстамалы, пульсацияланған бас ауырсыну
- беттің жарты бөлігінде бірнеше минутқа және секундқа созылатын, шайнаумен сөйлеу кезінде үделенетін интенсивті қысқа уақытты ұстамалы ауырсыну
- беттің бір жағында тұрақты ауырсыну

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

д) ринорея, көз жас ағуымен жүретін беттің жарты бөлігінде ұзақ уақытқа созылатын жайылмалы, күйдірмелі ауырсыну

3 Бет салдануын ... емдеу.

а) диуретиктер, кортикостероидтар, Берганье жартылай маскасы, ине шаншу, арнайы гимнастика, лейкопластырмен

б) эрготамин, кофеин, жансыздандырушы, тамыр кеңейтетін, антисеротонинді препараттар, ине шаншумен

в) финлепсин, жансыздандырушы, Бернар тоғы, ине шаншумен

г) антибиотиктер, жансыздандырушылар, парафинді аппликация, зақымданған бет жағына массажбен

д) жансыздандырушылар, дегидратациялық, спазмолитиктер, антиагреганттар, ұюға қарсы дәрі-дәрмектермен

4 Науқаста белдеу тәрізді симметриялы диссоцирленген сезімталдықтың бұзылысы ... зақымданғанда байқалады

а) жұлын миының алдыңғы сұр байланысы

б) артқы мүйіз жұлынның миы

в) бүйірлі бағана жұлынның миы

г) миының артқы талшық жұлыны

д) миының артқы бағана жұлыны

5 Науқаста несептің кідіруі, кіндік аймағында өткізгішті анестезия, төменгі орталық параплегия. Зақымданған орны:

а) кеуде бөлімінде жұлын миының көлденеңінде

б) бас миы деңгейінде парасагитальды аймақта

в) жұлын миының конусында

г) бел жуандығы деңгейінде жұлын миының жартысында

д) мойын жуандығы деңгейінде жұлын миының көлденеңінде

6 Үшкіл жүйкенің невралгиясына тән ауырсыну ұстамасы ... жалғасады.

а) секундпен

б) минутпен

в) сағатпен

г) күнмен

д) аптамен

3-сабақ

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

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

5.3. Пәннің міндеттері:

жүйке жүйесінің функционалдық анатомиясы және физиологиясы

бойынша алған білімдерін қолдану;

негізгі неврологиялық синдромдардың жүйке ауруларының және даму механизмін ажырату;

жүйке ауруларының жалпы симптомдарын анықтау;

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

науқастарды лабораториялық және инструменттік дайындау;
 медбикелік диагнозды қою;
 неврология бөлімшесіндегі мейіргер жұмысын ұйымдастыру неврологиядағы науқастарға медициналық көмек көрсетудің этикалық және заңды аспектілерін сақтау;
 шұғыл жағдайларда медициналық көмек көрсету іс-дағдыларын демонстрациялау;
 медициналық құжаттарды жүргізу;
 жүйке ауруларының алдын-алу іс-шараларын жүргізе білу дағдыларын қалыптастыру.

5.4. Тақырыптың негізгі сұрақтары:

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

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

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

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

Инсульттің диагностикасы

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

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

Геморрагиялық инсульттің алғашқы белгілеріне мыналар жатады:

өте қатты бас ауруы, құсуы мүмкін;
сананың жоғалуы;
тырыспалар;
көз қарашығының бір жағынан кеңеюі;
сөйлеудің бұзылуы;
аяқ-қолдардың салдануы;
есте сақтау қабілетінің жоғалуы;
кеңістік пен уақытқа қатысты адамның санасын, ойын жоғалтуы.

Ишемиялық инсульттің алғашқы белгілері

Әдетте бұл белгілер алғашында тым елеусіз болады, бірақ өте қауіпті. бұлшықет тырысуы, мысалы, аяқты бүгуге немесе иекті кеудеге тіреуге мүмкіндік бермейді;
ыстықтау сезімі, шамадан тыс терлеу, жүрек соғуының күшеюі, әлсіздік;
мидың зақымдалған аймағымен "басқаратын" органдардың қызметі бұзылуы (қолдың немесе аяқтың өтпелі әлсіздігі, түсініксіз сөйлеу, бір көздің уақытша көрмей қалуы).
Мамандар адамда инсульт бар-жоғын анықтау үшін мынандай жеңілдетілген тест жүргізуге кеңес береді: адамнан жымыюды сұраңыз – оның жымыюы асимметриялық сипатта болады; адамнан өзінің аты-жөнін айтуды сұраңыз – науқастың тілі күрмеліп, сөзі түсініксіз болады; адамнан қолдарын жоғары көтеруді сұраңыз – бір қолы көтерілмейді (ішінара немесе толық).

Инсультті емдеу

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

Инсульттан кейін адамды дұрыс оңалту үшін бірқатар шараларды орындау қажет.

Олардың ішінде мына процедуралар бар:

қол мен аяққа жеңіл массаж;
науқастық қозғалу белсенділігін қалпына келтіруге көмектесетін жеңіл жаттығулар;
қол саусақтарының ұсақ моторикасын дамытуға арналған арнайы жаттығулар;
судағы массаж, бұлшықет тартылысын ынталандыратын судағы процедуралар.
Науқасты оңалтуға бағытталған барлық медициналық процедураны сауатты орындау адамның тәуелсіз өмірге қайта оралуына әкеледі. Әдетте оңалту кезеңі шамамен 3 жылға созылады.

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

5.6. Әдебиет. Соңғы бетте

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

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

Тесттер:

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

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

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

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

3 Жұлын сухоткасы кезінде ... зақымданады.

- а) көру жүйкесі және артқы бағана
- б) көру жүйкесі және пирамидалы жолдар
- в) пирамидалы және жұлын-таламикалық жолдар
- г) артқы және алдыңғы мүйіз
- д) бел және сегізкөз сегменті

4 Экстремедуллярлы ісік кезінде ... зақымданады.

- а) пирамидалы және жұлынталамикалық жолдары
- б) көру жүйкесі және пирамидалы жолдары
- в) көру жүйкесі және артқы бағанасы
- г) артқы және алдыңғы мүйізі
- д) бел және сегізкөз сегменттері

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

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

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

- а) бозғылт бет, есі сақталған, баяу пайда болған гемиплегия, анамнезінде миокард инфарктісі және жүрек ырғағының бұзылысы
- б) қоңыр қызғылт түсті бет, артериальды гипертензия, естің бұзылысы, менингеальды симптомдар, гемиплегия

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

в) артериальды гипертензия, алғашқы тәулікте жойылатын афазия және гемипарез, бас ауру, құсу

г) қатты бас ауру, құсу, айқын менингеальды симптомдар

д) бас ми жарақатынан соң 1-3 күннен кейінгі анизокория және гемипарез

7 Жұлын сухоткасы кезінде ... зақымданады.

а) көру жүйкесі және артқы бағана

б) көру жүйкесі және пирамидалы жолдар

в) пирамидалы және жұлын-таламикалық жолдар

г) артқы және алдыңғы мүйіз

д) бел және сегізкөз сегменті

8 Экстремедулярлы ісік кезінде ... зақымданады.

а) пирамидалы және жұлынталамикалық жолдары

б) көру жүйкесі және пирамидалы жолдары

в) көру жүйкесі және артқы бағанасы

г) артқы және алдыңғы мүйізі

д) бел және сегізкөз сегменттері

4-сабақ

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

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

5.3. Пәннің міндеттері:

жүйке жүйесінің функционалдық анатомиясы және физиологиясы бойынша алған білімдерін қолдану;

негізгі неврологиялық синдромдардың жүйке ауруларының және даму механизмін ажырату;

жүйке ауруларының жалпы симптомдарын анықтау;

науқастарды лабораториялық және инструменттік дайындау;

медбикелік диагнозды қою;

неврология бөлімшесіндегі мейіргер жұмысын ұйымдастыру неврологиядағы науқастарға медициналық көмек көрсетудің

этикалық және заңды аспектілерін сақтау;

шұғыл жағдайларда медициналық көмек көрсету іс-дағдыларын демонстрациялау;

медициналық құжаттарды жүргізу;

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

5.4. Тақырыптың негізгі сұрақтары:

1. Вегетативтік нерв жүйесінің құрылымдары.

2. Вегетативтік нерв жүйесі зақымдануының симптомдары мен синдромдары.

3. Симпатикалық нерв жүйесінің құрылымдары.

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

4. Парасимпатикалық нерв жүйесінің құрылымдары.

5. Вегетативтік нерв жүйесін тексеру әдістері.

6. Мигрень этиологиясы, классификациясы, диагностикасы, емі.

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

Вегато-тамырлық дистония-бұл өздігінен болатын ауру немесе синдром ретінде қарастырылуы мүмкін. Бірақ екі жағдайда да бірінші кезекте жүрек-қан тамыр жүйесі зақымдалады. Вегато-тамырлық дистония кезінде ағзаның басқа жүйелерінде органикалық өзгерістер болмайды мысалы:эндокринді бездерде ,жүйке жүйесінде ,жүректе және т.б. Дегенмен ұстама уақыты кезінде жүрек-қан тамыр жүйесінің және вегетативті жүйке жүйесінің айқын зақымдалуы жүреді. Вегато-тамырлық дистония ауруы дамуына келесі факторлар роль атқарады,оларды топпен бөлетін болсақ:жағымсыз ауа-райы,ағзамызда эндокринді бездердің қайта қалыптасу,висцеральды мүшелердің бірінші рет зақымдалуы, шеткері эндокринді бездердің бірінше рет ауруы,аллергия,үлен ми қыртысының нашарлауы және жүйкенің тозуы. Себептері Әдетте вегато-тамырлық дистония жүйке жүйесіне,миға-эмоциональдық артық жүктеме түсіргеннен кейін ,ал кейде басынан өткерген инфекциядан кейін пайда болады. Симптомдары Ең негізгі шағымдары: тез шаршау,ұйқының бұзылуы,эмоционалдық тұрақсыздық,жүректің қағуы,жүрек аймағындағы шаншып ауру сезімі,кейде қан қысымының шамалы өсуі немесе төмендеуі,бастың айналуы,аяқ-қол қимылының шектелуі, тобық және білезік сүйек аймақтарының суықтануы сонымен қоса тыныс алған кезде ауаның жетіспеу сезімі «респираторлық синдром», еңтігу және беткей тыныс алу болады.

Емі Емі:ең алдымен аурудың себебін анықтап соны жою керек,науқасты тыныштық жағдайына келтіріп,жұмысымен демалысын кезектеп қалыптастыру, емдік жаттығулар жасау,қарсы көрсеткіштер болмаса бірқалыпты физикалық жүктеме тиімдірек болады(аутогенді жаттығу әдісі,өз-өзіне массаж жасау,психофизикалық жаттығу), физиотерапиялар (қылқан жапырақты ванналар,душ және т.б.) және таза ауада серуендеу. Қажет жағдайда дәрігер терапевт немесе невролог дәрілер тағайындайды мысалы:бромидтер, транквилизаторлар, седативті препараттар . Мигрень-бұл неврологиялық сипаттағы ауру, ол бас ауруының созылмалы шабуылдары түрінде көрінеді, ауырсынудың күші мен жиілігі әртүрлі болуы мүмкін.

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

Мигреннің даму механизмінде негізгі себеп-ангионевротикалық бұзылулар. Эндокринологиялық бұзылулар, стресстер, нейропсихиатриялық факторлар, сыртқы экологиялық факторлардың әсері-қатты шу, жарқын жарық мигрень шабуылдарын тудыруы мүмкін. Алкоголь, адамның жеке метеорологиялық тәуелділігі, кейбір дәрі-дәрмектер, әйелдердегі предменструальды кезең, күшті физикалық белсенділік, мұның бәрі мигреньді тудыруы мүмкін.Мигрень белгілері Мигреннің негізгі симптомы-бұл пульсирленген сипаттағы бастың ауыруы, көбінесе бастың жартысында ауырсыну пайда болады, бірақ ол екі жақты болуы мүмкін. Мигрень шабуылдарының жиілігі ауырсынудың күші сияқты әртүрлі болуы мүмкін. Басындағы ауырсынудан басқа, науқаста жүрек айну сезімі пайда болады, бұл құсуға әкелуі мүмкін. Фотофобия және қатты дыбыстарға төзбеушілік болуы мүмкін.Мигрень диагностикасы

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

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

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

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

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

5.6. Әдебиет. Соңғы бетте

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

Тесттер:

1 Мигреннің алдын алу үшін қолданылатын дәрілер:

- а) серотонин алмасуын қалыпқа келтіретін препараттар
- б) антибиотиктер
- в) антикоагулянттар
- г) кортикостероидтар
- д) мышьяк препараттары

2 Ұстамаға қарсы қолданатын препараттар:

- а) фенobarбитал
- б) стугерон
- в) сермион
- г) актовегин
- д) камфора

3 Психикалық ауруларды зерттеу кезінде қолданылмайды:

- а) фиброгастроскопия
- б) бас миының компьютерлік томографиясы
- в) клиникалық зерттеулер
- г) катамнез
- д) электроэнцефалография

4 Бел сегізкөз радикулитінің негізгі себебі ... болып табылады.

- а) омыртқа остеохондрозы
- б) экстрамедуллярлы ісіктер
- в) туберкулезді спондиллит
- г) инфекциялы - аллергиялық фактор
- д) омыртқаның деформациялық спондилезі

5 Бас ми жүйкесінің II жұп ядросы ... орналасқан.

- а) көздің торында
- б) мишықта
- в) сопақша мида
- г) ми аяқшасында
- д) төрт холмияның жоғарғы төмпешігінде

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

6 Бас ми жүйкесінің II жұп II нейроны ... орналасқан.

- а) латералды тізелі денеде
- б) мишықта
- в) сопақша мида
- г) төрт холмияның жоғарғы төмпешігінде
- д) ми аяқшасында

7 Ми бағанының әр деңгейіндегі зақымдануы кезінде ... синдромы дамиды.

- а) альтернативтік
- б) бульбарлы
- в) псевдобульбарлы
- г) көпір-мишық бұрыш
- д) жоғарғы көз қуыс

8 Екі жақты кортиконуклеарлы жолдың зақымдануы кезінде ... синдромы дамиды.

- а) псевдобульбарлы
- б) бульбарлы
- в) альтернативтік
- г) көпір-мишық бұрышы
- д) жоғарғы көз қуысы

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

- а) қатты бас ауру, құсу, айқын менингеальды симптом
- б) қоңыр қызғылт түсті бет, артериальды гипертензия, естің бұзылысы, менингеальді симптом, Чейн-Стокс типті тыныс, гемиплегия
- в) бозғылт бет, есі сақталған, баяу пайда болған гемиплегия, анамнезінде миокард инфаркті
- г) артериальды гипертензия, алғашқы тәулікте жойылатын афазия және гемипарез, бас ауру, құсу

5-сабақ

5.1. Сабақтың тақырыбы: Симптоматикалық психоздар классификациясы, диагностикасы, емі.

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

5.3. Сабақтың міндеттері:

жүйке жүйесінің функционалдық анатомиясы және физиологиясы бойынша алған білімдерін қолдану;

негізгі неврологиялық синдромдардың жүйке ауруларының және даму механизмін ажырату;

жүйке ауруларының жалпы симптомдарын анықтау;

науқастарды лабораториялық және инструменттік дайындау;

медбикелік диагнозды қою;

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

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

шұғыл жағдайларда медициналық көмек көрсету іс-дағдыларын демонстрациялау;
медициналық құжаттарды жүргізу;
жүйке ауруларының алдын-алу іс-шараларын жүргізе білу дағдыларын қалыптастыру.

5.4. Тақырыптың негізгі сұрақтары:

1. Симптоматикалық психоздар
2. Астениялық синдром.
3. Фобиялық синдром.
4. Кардиофобиялық синдром.
5. Ипохондриялық синдром.
6. Депрессивті – параноидты синдромдар.
7. Жедел симптоматикалық психоздар.
8. Созылмалы симптоматикалық психоздар.
9. Симптоматикалық психоздар классификациясы және клиникасы.
10. Симптоматикалық психоздар, диагностикасы, емі.

Соматикалық аурулар кезіндегі психикалық бұзылыстар

Этиологиясы. Психикалық бұзылыстар жиі кездесетін соматикалық ауруларға:

- жүрек бауыр
- бүйрек аурулары
- өкпе қабынуы
- ойық жара аурулары
- пернициозды анемия
- алиментарлы дистрофия авитаминоздар
- операциядан кейінгі психоздар жатады.

Клиникалық көріністері.

Созымалы соматикалық аурулар кезінде тұлға патологиясы белгілері көрінеді, ал жеделдеу кезеңдерінде психикалық өзгерістер өзіндік ерекшеліктермен тұлғалық реакциялармен шектеледі.

Өртүрлі соматикалық аурулардағы басты психопатологиялық симптомокомплекс астениялық синдром.

Бұл синдром:

- әлсіздікпен,
- тез шаршаумен, тітіркенгіштікпен
- айқын вегетативті бұзылыстармен сипатталады.
- Кейбір жағдайларда астениялық синдромға фобиялық, ипохондриялық, апатиялық, истериялық және басқа да бұзылыстар қосылады.
- Кейде алдыңғы қатарға фобиялық синдром шығады. Мұндай науқастарға тән қорқыныш тұрақты, зардапты болып келеді, өз денсаулығы, болашағы үшін, әсіресе хирургиялық операциялар, күрделі құралдық зерттеулер алдында үрей туады. Жиі науқастарда кардио-немесе канцерофобиялық синдром дамиды.

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

- Жүрек-өкпе патологиясы бар науқастарда гипоксия жағдайында наркоздан кейін эйфория байқалады. Эйфория адекватсыз жоғары көңіл-күймен, критиканың төмендеуімен, психикалық қызметтің продуктивтілігінің жоғалуымен байқалады.
- Симатогенді психоздар кезіндегі басты синдром сана күңгірттенуі (көбіне делириозды, аментивті, сирек қарауытқан күңгірттену жағдайы) болып табылады. Бұл психоздар ешқандай айқын психикалық бұзылыссыз жедел, аяқ астынан дамиды немесе астениялық невроз тәрізді, аффективті бұзылыстар фоннда (делирий, аменция) дамиды. Жедел психоздар 2-3 күнге созылады, сомикалық аурулардың жайлы ағымында астениялық жағдайда ауысады. Олар сонымен қатар депрессивті, галлюцинаторлы-параноиды синдромдардың, апатиялық ступордың клиникалық көріністерімен созымалы психозға ауысуы мүмкін.
- Депрессивті, депрессивті-параноиды синдромдар өкпенің ауыр ауруларында, созымал, созымалы ағымындағы және қажуға алып келетін ішкі мүшелердің қатерлі ісіктері мен басқа да ауруларында кейде галлюцинаторлы синдроммен бірге (жиі тектильді галлюцинациялар) кездеседі.
- Миокард инфаркты кезінде пайда болатын психоздардың негізгі патогенетикалық факторлары инфаркттың ыдырау өнімдерімен интоксикация, гемодинамика бұзылысы, соның ішінде церебральды гемодинамика бұзылысы, жүрек қызметінің бұзылысы нәтижесіндегі гипоксия болып табылады.
- Миокард инфаркты кезіндегі психоз синдромдарының жиі кездесетіні сана бұзылысы, жиі делириозды тип бойынша бұзылуы болып табылады: науқастар қорқыныш үрей, сезінеді, орын және уақыт бойынша бағдарлары бұзылған, галлюцинациялар (көру және есту) пайда болады. Науқастар қозған жағдайда, бір жаққа талпынып тұрады, критикасы жоқ. Бұл психоздың ұзақтығы бірнеше күннен аспайды.
- Әдетте үрей сезімімен депрессия жағдайы бақыланады, науқастар жабырқаулы, өзінің емделіп шығуына интеллектуальды және қозғалыстық тежелу, ипохондриялық күйзелістерге бейімділік, түнгі уақыттағы қорқыныштар, ерте оянулар және үрей байқалады.

Диагностикасы.

- Соматогенді психоз диагностикасында оны шизофренциядан және басқа эндоформды (маникальды-депрессивті, инволюционды) ажырату қажет болады. Диагностиканың негізгі критериялары: соматикалық аурулар мен соматогенді психоздар арасындағы тығыз байланыс, ауру дамуының өзіне тән сипаттары (синдромдардың астениялықтан сана бұзылуына ауысуы), айқын астениялық фон және соматогенді патология кезіндегі психоздан тұлға үшін жайлы шығу болып табылады. Бұл жеке алынған критериялар дефференциальды диагностикада айтарлықтай нақты мәлімет бермейді.

Емі.

- Соматикалық аурулар кезіндегі психикалық бұзылыстардың емі негізгі ауруға бағытталған, кешенді және индивидуальды сипатта болуы керек. Терапия, патологиялық ошаққа әсер етуге, дезинтоксикацияға, сондай-ақ иммунобиологиялықүрдістерді қалыптастыруға бағытталған. Науқастарға, әсіресе

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

жедел психоз жағдайындағы науқастарға тәулік бойы психоорганикалық синдромдарда массивті жалпы қуаттандырушы терапия, витаминдер және ноотроптар (пирацетам және ноотропил) тағайындалуы керек.

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

5.6. Әдебиет. Соңғы бетте

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

Тесттер:

- Жұлын ми сұйықтығында ... айқындалады.
 - ми қарыншаларындағы тамыр өрімдерімен
 - пахионды грануляциямен
 - торлы ми қабықшасымен
 - жұмсақ ми қабықшасымен
 - қатты ми қабықшасымен
- Серозды менингит кезінде ликворда ... анықталады.
 - ақуыз - 0,66 г/л, цитоз 1000/3 (90% лимфоциттер)
 - ақуыз 1,5 г/л, цитоз 10000 жасушалар(80% нейтрофильдер)
 - ақуыз 2,64 г/л, цитоз 287/3 (көру аймағында жаппай эритроциттер)
 - ақуыз 0,33 г/л, лимфоциттер
 - ақуыз 3 г/л, 10 жасушалы лимфоциттер
- Стационарлық жағдайда қатаң қадағалауға науқастар жатады:
 - депрессиямен
 - истериямен
 - психастениямен
 - сандырақ қарым-қатынаспен
 - психопатиямен
- Қан құйылу кезінде ликворда ... анықталады.
 - ақуыз 2,64 г/л, цитоз 287/3 (көру аймағында жаппай эритроциттер)
 - ақуыз 0,66 г/л, цитоз 1000/3 (90% лимфоциттер)
 - ақуыз 1,5 г/л, цитоз 10000 жасушалы (80% нейтрофильдер)
 - ақуыз 0,33г/л, лимфоциттер 5
 - ақуыз 3 г/л, 10 жасушалы лимфоциттер
- Науқаста аяқтың парезі, сирақ пен сан бұлшықеттерінің гипотрофиясы, фибрилляциялар және фасцикуляциялар белгілерімен қоса жүру ... зақымдалғанда байқалады.
 - бел жуандаған жерінің алдыңғы мүйізі
 - сан және шоңданай жүйкелері
 - жұлын түбіршіктері
 - бел – сегіз көз өрімі
 - жұлын миының артқы мүйізі
- Шүйде бұлшық еттерінің ригидтілігі белгілері ... болып табылады.
 - менингеалды синдромдар
 - бас ішілік гипертензия синдромы
 - орталық салдану
 - әлсіз салдану
 - акинетті-ригидті синдромы

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

7.Науқаста бұлшықет атрофиясымен оң жақ саусақтардың әлсіздігі және оларда фибриллярлы дірілдеуі... зақымдануына тән.

- а)оң жақта D1-D3 жұлын миының алдыңғы мүйізі
- б)оң жақта C3-C4 жұлын миының алдыңғы мүйізі
- в)сол жақта C5-C6 жұлын миының алдыңғы мүйізі
- г)мойын өрімі
- д)иық өрімі

8.Сезімталдықтың беткей түріне ... жатады.

- а)ауырсыну сезімталдығы
- б)вибрация сезімталдығы
- в)буын – бұлшықет сезімі
- г)орналасу сезімі
- д)стереогноз

9.Терең сезімталдықтың 1 нейроны ... орналасқан.

- а)омыртқа аралық ганглийде
- б)теріде
- в)артқы мүйізде
- г)көру жүйкесінің ядросында
- д)артқы бағана ядросында

10.Беткей және терең сезімталдықтың 3 нейронының денесі ... орналасқан.

- а)көру төмпешігі ядросында
- б)теріде
- в)омыртқа аралық ганглийде
- г)артқы мүйізде
- д)сопақша ми артқы бағанының ядросында

11.Артқы түбіршек зақымдануы кезінде сезімталдық бұзылысының ... типтері байқалады.

- а)сегментарлық
- б)полиневриттік
- в)өткізгіштік
- г)сегментарлы-диссоцирленген
- д)мононевриттік

6-сабақ

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

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

5.3. Сабақтың міндеттері:

жүйке жүйесінің функционалдық анатомиясы және физиологиясы бойынша алған білімдерін қолдану;

негізгі неврологиялық синдромдардың жүйке ауруларының және даму механизмін ажырату;

жүйке ауруларының жалпы симптомдарын анықтау;

науқастарды лабораториялық және инструменттік дайындау;

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

медбикелік диагнозды қою;
неврология бөлімшесіндегі мейіргер жұмысын ұйымдастыру неврологиядағы науқастарға медициналық көмек көрсетудің этикалық және заңды аспектілерін сақтау;
шұғыл жағдайларда медициналық көмек көрсету іс-дағдыларын демонстрациялау;
медициналық құжаттарды жүргізу;
жүйке ауруларының алдын-алу іс-шараларын жүргізе білу дағдыларын қалыптастыру.

5.4. Тақырыптың негізгі сұрақтары

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

Паркинсон ауруы келесі қозғалыстық бұзуларға әкеледі:
діріл(тремор), гипокинезия, бұлшықет ригиді, сонымен қатар вегетативті және психикалық бұзулар. Бұзулардың барлығы бас миының алдыңғы жағында орналасқан өңсіз шар (палладиум) тежегіш ықпалынан болады. Палладиум нейрондарының бұзылуы перифериялық қозғалыстық нейрондарының қатты тежеуіне әкеледі.

Қазіргі таңда аурудың емі жоқ, бірақ дәрігерлер реабилитациялық курсты жүргізеді. Реабилитация көмегімен Паркинсон ауруының синдромдары едәуір азайады, сондықтан осы аурумен ауырған адамдардың өмірі біраз жеңілдетіледі. Паркинсон ауруы қимыл қозғалыстың баяулауымен, бұлшықет ригидтілігімен және тыныштықтағы тремор (діріл) көрінеді жүйке жүйесінің дегенеративті ауруларының бірі. Паркинсон ауруы – созылмалы ауру, оның нәтижесінде мидың нейрондары бұзылады және өледі. Аурудың негізгі белгілері: қолдың дірілдеуі, қозғалыстың бәсеңдеуі, қозғалыстың бөгеліп қалуы, ауырсыну, қозғалыс динамикасы және психиканың бұзылуы. Ауру ақыл-ес толығымен сақталып қалуымен мүгедектікке әкеледі.

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

Этиологиясы (себебі):

Тұқым қуалаушылық, аутосомды доминантты түрде кездеседі.
Жүйке жүйесінің жедел және созылмалы инфекциясынан кейін пайда болуы мүмкін (мысалы кенелік немесе басқа энцефалиттер)

Ми қанайналымының жедел және созылмалы бұзылыстары.

Жүйке жүйесінің травмасы немесе ісіктері (обыр).

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

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

Патогенезі: Негізгі патогенетикалық звено, экстрапиримидті жүйедегі дофамин алмасудың бұзылуы. Дофамин бұл қозғалыс актілеріне көмекші және медиаторлы функцияны атқарады, оның негізгі түзілетін орны қара субстанция (Substantia nigra). Қара субстанция қызметі бұзылған кезде, бас ми қыртысындағы экстрапирамидалық жүйенің және corpus striatum жіберген сигналдарды жұлынның алдыңғы мүйізіне жетпейді. Сонымен қатар, сол уақытта жұлын алдыңғы мүйізіне бозғылт дене (pallidum) және қара субстанцияның ингибирлеуші импульстері келіп тұрады. Нәтижесінде жұлындағы альфа және гамма мотонейрондар циркуляциясы белсеніп, альфа белсенділігі басым бола бастайды. Бұл экстрапирамидалық ригидтілікті тудырады.

Патоморфология. Паркинсон ауруында негізгі патологоанатомиялық бұзылыстар қара субстанцияда және бозғылт денешікте дегенеративті өзгерістер мен жүйке жасушаларының өлуі байқалады. Өлген жасушалар орнында глиальдік элементтер немесе бос орын қалып қояды.

Паркинсон ауруының клиникалық көрінісі:

Олигокинезия

Брадикинезия

Бұлшықет ригидтілігі

Тыныштық жағдайда ретті стереотипті тремор

Пропульсия, ретропульсия, латеропульсия

Ауалы жастық симптомы

Қарсыласу феномені

Қуыршақ жүрісі

Бір қалыпты баяу сөйлеу

Жазудың өзгеруі микрография

Гипомимия:

Негізгі клиникалық көрінісі акинетико- ригидті немесе гипертонико – гипокинетикалық синдромдармен көрінеді. Ол өз кезегінде келесідей триададан тұрады: олиго-, барикинезия, бұлшықет ригидтілігі, тремор. Науқаста өзіндік бүгілген поза пайда олады: басы және денесі алға қарай еңкейген, қолдары шынтақ, қаріжілік-білезік және фалангалық буындарда бүгілген. Сөйлеуі ақырын, монотонды, модуляциясыз, сөздің соңында ақырындап өшіп қалады (затухание). Жүру кезінде қолды қалыпты сілтеп жүру қасиеті жоқ (ахейрокинез).

Постуральді тұрақсыздық – жүру және қозғалу кезінде ауырлық орталығын (центр тяжести) ұстау шектеледі. Жиі пропульсия –дене қалыпын түзету үшін алға жүгіруге бейім болады. Егер мұндай науқасты сәл алға немесе артқа қарай итеріп қалатын болса, ол сол жаққа қарай өз ауырлық центрін қуып жету үшін, құламас үшін жүгіре жөнеледі. Мұндай жағдайлар отырғанда, басын артқа шалқайтқанда да көрінеді. Бұлшықет тонусын зерттегенде бұлшықет антоногоисттердің тонусы жоғарылағандықтан қарсыласу байқалады. Мысалы, жастықсыз жатқан науқастың басын қолымызбен көтеріп ұстап тұрып, бірден жіберіп қалсақ, бас төсекке өте баяу түрде түседі. Мұны «ауалы жастық феномені» деп (феномен воображаемой подушки) деп атайды.

Діріл (тремор) – Паркинсонизмге тән көріністердің бірі. Әрдайым болатын, ретсіз, санамен реттелуге бағынбайтын, қол, бет бұлшықетінің, бас және төменгі жақтың, тілдің тыныштық кезінде дірілдеуімен көрінеді. Тремор жүру кезінде және басқа да белсенді қозғалыс кезінде жоғалады. Діріл жиілігі 4-6 рет секундына. Дірілдеу мазасыздану, уайымдау кезінде күшейе түсіп, бірақ ұйқы кезінде жоғалады. Жоғарыда келтірілген белгілермен қоса баяу ойлау, әрекетсіздік, енжарлық құбылыстары (брадипсихия), сондай-

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

ақ бір айтқан тілегін немесе ренішін әлденеше рет қайталау, айтқанынан қайтпау (акайрия) байқалады. Паркинсон ауруының ағымы прогрессирлеуші болып келеді. Ауру бас кезінде біржақты ғана көріністері байқалады. Уақыт өте келе олар екіжақты түрде, жиі көріне бастайды.

Паркинсон ауруының емі:

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

Эпилепсия кез келген жаста пайда болуы мүмкін, бірақ, көбінесе, 5 - 20 жас аралығында болады. Әдетте, науқастарда эпилепсиямен аурудың отбасылық тарихы болады. Эпилепсия мидың ауруы немесе зақымдануы нәтижесінде, кейде белгісіз себепті пайда болуы мүмкін. Эпилепсияның кең таралған себептері: мидың туа біткен мәселесі (мидың туа біткен ақауы) Мидың босану кезіндегі жарақаты Заттек алмасуының туа біткен бұзылыстары (мысалы, фенилкетонурия) бассүйек-ми жарақаты Инфекциялар, оның ішінде, мидың абсцесі, менингит, энцефалит, ЖИТС(СПИД) Инсульт мидың ісігі мидағы ақаулы қантамырларының болуы ми тінінің зақымдануына немесе бұзылуына апарған басқа ауру кейбір дәрі препараттарын қолдану, оның ішінде, антидепрессанттар, кокаин, амфетамин Деменция (қарттық естен адасу), Альцгеймер ауруы Өзгерістер нәтижесінде мидың тінінде жоғары қозғыштық ошағы қалыптасады, ми бүкіл денеге жалған сигнал (импульстер) жібереді. Бұл кезеңді, болжанбайтын эпилепсия ұстамасына апарды. Жалғыз құрысу ұстамасы, әдетте, науқаста эпилепсия болуын білдірмейді.

Симптомдары Эпилепсия симптомдары әр түрлі көрініс беруі мүмкін. Кейбір адамдарда эпилепсия ұстамасы құрысумен, ал басқаларда бір нәрсеге шоғырлана алмайтын және көзқарасының мәнсіз болуымен қосарланады. Ұстаманың түрі мидың қай бөлігінің зақымдануына және эпилепсияның себебі болуына байланысты. Көптеген жағдайларда эпилепсия ұстамасы бұрын болғандарына ұқсас. Ұстама алдында кейбір науқастар өздерін жағымсыз сезінеді, мысалы, өткір түсініксіз иіс, шаншу, көңіл-күй өзгерісі болады. Қоршаған ортасындағылар адамның мінез-құлығы күрт өзгеруін байқауы мүмкін: қарауы өзгеріп, мазасыз, сілейген күйде болуы мүмкін.

Диагностика Дәрігер науқасты қарайды, ми мен жүйке жүйесінің жағдайын бағалау үшін бірқатар талдау өткізеді: · электроэнцефалография (ЭЭГ) – мидың электр белсенділігін бағалау әдісі. Эпилепсия кезінде ақаулы электр белсенділігі анықталады. Кейбір жағдайда эпилепсия ұстамасы басталатын аумақ анықталуы мүмкін. Кейде ми қалыпты көрінеді, егер ұстамадан кейін біраз уақыт өтсе. Кейде дәрігер мидың электр белсенділігін жазу үшін бірнеше күн немесе апта бойы электроэнцефалограф алып жүруді тағайындайды. Бейнеэлектроэнцефалография жүргізу үшін (бейне-аспап көмегімен) арнайы ауруханаға жатқызу қажет болуы мүмкін. Компьютерлік томография (КТ) немесе магниттік-резонанстық томография (МРТ) –мәселенің мидағы орналасуы мен себебін анықтау үшін. Қажет болса, басқа ауруларды ескеру үшін дәрігер инфекциялық

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

аурулар болуына тест және жұлын пункциясын (жұлын каналынан жұлын сұйықтығын алу, бел тұсынан) өткізуі мүмкін.

Емдеу; Құрысу қимылдарын күштеп ұстауға тырыспау; Тісін ажыратуға тырыспау; Жасанды тыныс алу немесе жүрек массажын жасамау, ұстамаға ұшыраған адамды тегіс жерге жатқызып, басының астына жұмсақ нәрсе қою қажет; ·

Адамды ұстама болған жерден қозғамау, тек өмірге қауіпті болмаса; ·

Тілдің кептелуінің және сілемейдің тыныс алу жолдарына түсуінің алдын алу үшін жатқан науқастың басын бір жағына бұру қажет, ал құсу пайда болған жағдайда бүкіл денесін абайлап бір жағына бұру қажет. Ұстама аяқталғаннан кейін адам өзіне келіп, тыныштанып, ұйқысын қандыруы қажет. Ұстамадан кейін көп жағдайда естің қалыпты болмауы және әлсіздік пайда болуы мүмкін, адам өздігінше тұрғанға дейін біраз уақыт өтуі тиіс (әдетте, 5-30 минут). Бірінің соңынан бірі келетін бірнеше үлкен құрысу ұстамалары ерекше қауіпті. Мұндай жағдай эпилепсиялық статус аталады. Ол өмірге қауіпті, себебі, науқастың тыныс алуы тоқтауы және тұншығудан өлімге ұшырауы мүмкін. Эпилепсиялық статус – эпилепсияға шалдыққан науқастың өлімінің негізгі себебі және шұғыл медициналық жәрдемді қажет етеді. Эпилепсияны емдеуге дәрілерді ұзақ қабылдау және хирургиялық араласу кіреді. Құрысуға қарсы дәрілік препараттар (антикольвунсанттар) алдағы ұстамаларды азайтуы мүмкін. Бұл дәрілер ішуге арналған, дәрінің түрі эпилепсиялық науқас зардап шегетін ұстаманың түріне байланысты.

Препаратты және мөлшерлемесін жеке таңдау жасалады. Көбінесе, мүмкін жанама әсерін ескеру үшін қан талдауы өткізіледі. Дәрілерді әрдайым дәрігердің нұсқауы бойынша қабылдау қажет, оны тоқтату ұстамаға апаруы мүмкін. Дәрігермен ақылдасқаннан кейін ғана дәрі қабылдауды тоқтатуға болады. Эпилепсияға шалдыққан жүкті әйелдер емдеу курсын өзгерту үшін дәрігерге жүктілігін ескертуі қажет, себебі, дәрілер ұрықтың дамуында ақаулар туындатуы мүмкін. Ұстаманың алдын алу үшін бірнеше дәрілік препараттар қабылдағанда өтпейтін эпилепсия «медициналық рефракторлық (көнбейтін)» аталады. Эпилепсиялық ұстамалар ісіктен, ақаулы қантамырларынан немесе мидағы қан кетуінен туындаса, хирургиялық араласу қолданылады. Кейбір науқастарға эпилепсиялық ұстамаларды тоқтату үшін өзгерген ми жасушаларын жою үшін хирургиялық араласу қолданылады. Көбінесе, дәрігерлер кезеген нервтің (бассүйек-ми нерві) ынталандырғышын орнату бойынша операцияны ұсынады, бұл аспап кардио-ынталандырғыш секілді жұмыс істейді және ұстамалар санын азайтуы мүмкін. Кезеген нервтің (бассүйек-ми нерві) ынталандырғышы ұдайы жұмыс істейді, миға ұдайы шағын электр импульстерін жібереді және ұстаманы туындататын дертті электр белсенділігінің алдын алуға көмектеседі. Кейде балаларды арнайы емдәмге көшіреді, ұстамалардың алдын алу үшін. Ең белгілісі – кетогенді емдәм (майлардың мөлшері көп және көмірсулардың мөлшері төмен арнайы емдәм). Көрсетілген емдәм ересектерде ұстама пайда болуының алдын алу үшін тиімді болуы мүмкін. Өмір салтын немесе тағайындалған дәрілерді өзгерту эпилепсиялық ұстамаларға апаруы мүмкін, мұндайда дәрігермен кеңесіңіз, егер Сіз:

Жаңа дәрілерді, дәрумендерді немесе тағамдық қоспаны қабылдағыңыз келсе
 Күшті көңіл-күй күйзелісіне ұшырасаңыз ·
 Ауырсаңыз, әсіресе, егер ауру инфекциялық болса ·
 Ұйқыңыз қанбаса. Жүкті болсаңыз ·

Эпилепсияға қарсы препаратты қабылдауды жіберіп алсаңыз ·
 алкоголь тұтына бастасаңыз. Аурудың болжамы Көптеген жағдайда жалғыз ұстамадан кейін болжамы – оң. Дәрімен емдеу 70% жағдайда адамды ұстамадан толығымен

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

күтқарады. 20—30% жағдайда ұстамалар жалғасады, мұндай жағдайда көбінесе, бірнеше құрысуға қарсы препаратты қабылдау қажет болады. Дәріні қабылдаудың оң нәтижесі болмаса, хирургиялық операция тағайындалуы мүмкін.

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

5.6. Әдебиет. Соңғы бетте

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

Тесттер:

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

- а) 3г
- б) 2 г
- в) 2.5 г
- г) 3.5 г
- д) 4г

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

- а) глаукома
- б) катаракта
- в) гипертониялық ретинопатия
- г) диабеттік ретинопатия
- д) тауық соқырлығы

3 Паллидо-нигральды жүйе зақымданғанда ... болады.

- а) гиперкинез
- б) дизартрия
- в) түсініксіз сөйлеу
- г) аклюзия
- д) аграфия

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

- а) қадамды майда сілтеп басып
- б) спастикалық
- в) спастикалық-атактикалық
- г) гемипаретикалық
- д) парепаретикалық

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

- а) тыныш, бір сарынды сөйлеу
- б) дизартрия
- в) афония
- г) агнозия
- д) аграфия

6 Есту агнозиясы ... зақымдану кезінде анықталады.

- а) төбе бөлігі
- б) самай бөлігі
- в) шүйде бөлігі
- г) маңдай бөлігі
- д) мишық

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

7 Альцгеймер ауруының негізгі белгілері ... болады.

- а) деменция
- б) атаксия
- в) мәнерлеп сөйлеу
- г) аяқ – қолдарда шеткері парез
- д) жүйке бағаналарында тартылу симптомы

8 Гемибаллизм ... зақымдану кезінде анықталады.

- а) Льюис субталамикалық ядросының
- б) қара субстанцияның
- в) қызыл ядрның
- г) бозғылт шардың
- д) ішкі капсуланың

9 Нистагм...зақымданған кезде пайда болады.

- а) мишық
- б) маңдай қыртысы
- в) құйрықты ядро
- г) ми сабақтары
- д) алдыңғы ми

10 Экстрапирамидалық жүйенің зақымдануы кезінде ... пайда болады.

- а) акинезия
- б) апраксия
- в) парез
- г) паралич
- д) сенсбилизация

7-сабақ

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

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

5.3. Сабақтың міндеттері:

жүйке жүйесінің функционалдық анатомиясы және физиологиясы бойынша алған білімдерін қолдану;

негізгі неврологиялық синдромдардың жүйке ауруларының және даму механизмін ажырату;

жүйке ауруларының жалпы симптомдарын анықтау;

науқастарды лабораториялық және инструменттік дайындау;

медбикелік диагнозды қою;

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

шұғыл жағдайларда медициналық көмек көрсету іс-дағдыларын демонстрациялау;

медициналық құжаттарды жүргізу;

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

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

5.4.Тақырыптың негізгі сұрақтары:

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

Орталық жүйке жүйесінің туа біткен ақауының дамуыЭтиология және патогенез. Жүктілік кезеңіндевальпроаттарды қолдану және аналарда фолий қышқылының жетіспеушілігі, гипоксин, сәулелік энергия,ішімдік (хинин, гидантоин және басқалар), дәрілікпрепараттар, коксак, цитомегалиялық вирустардың әсерідеп болжалданып, қарапайым герпес, адамның иммундықтапшылығы дәл белгіленген қызылша вирусы нақтыэкзогендік факторлар болады.

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

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

ОЖЖ-нің органикалық зақымдануына,микро- жәнегидроцефалияға, менингоцеле, әр түрлі гиперкинездерге әкеліп соқтырады . Нәрестелердегі перинатальды нерв жүйесі зақымдануының классификациясы.Оттегінің жетіспеушілігінен ОНЖ зақымдануы:

Бас-ми ишемиясы.

Гипоксиялық генездің әсерінен басмиына қан құюлуар

Бас-ми ишемиясы

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

(Жеңіл дәрежелі)

Бас-ми ишемиясы (Ауыр дәрежелі)

Бас-ми ишемиясы(Орта дәрежелі)

.Гипоксиялық генездің әсерінен бас-миына қан құюлуар

Ми қарынша ішілікқан құюлулар.

I степень

II степень III степень

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

Нәрестелердегі перинатальды нерв жүйесі зақымдануының классификациясы

II. ОНЖ травмалық зақымдануы: Бас-миының туылу кезіндегі жарақаты .Жұлынның туылу кезіндегі жақаты .Перифериялық нервтің туылу кезіндегі жарақаты. Нәрестелердегі перинатальды нерв жүйесізақымдануының классификациясы III. ОНЖ-гі зат алмасу жәнетоксикалық алмасу функциясының бұзылысы Өтпелі метаболикалық бұзылыстар ОНЖ-нің улыметаболикалық бұзылыстары.

Нәрестелердегі перинатальды нерв жүйесі зақымдануының классификациясы

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

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

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

Жұлын жарығы – құрсақішілік даму үдерісіндебір немесе бірнеше омыртқалар қылқанды өсінділер тұсында түйіспей, бос қалған саңылауғақабықшалармен жұлын түсетін, туа біткен ауытқу.Жұлын жарығы – омыртқаның туа біттібітелмеуімен бір уақытта терімен жабылған мидың қатты қабығының жарықты дүрдиюімен бірсіпатталатын, ауыр даму кемістігі. Жарықтық ішінде жұлын сұйықтығы не жұлын болады.Поуляциялық жиілігі жаңа туылған сәбилердің 1:1000. Кемістіктің этиологиясы мультифакторлы.Шала туылған балалардың жедел кезеңіндегі патологиялық жағдайлар (өкпеге жасандыжелдендіру – 63,5%, гемодинамикалық бұзылыстар – 30,8%), арнайы соматикалық жәненеврологиялық патологиялар (сепсис – 15,4%, некротикалық энтероколит – 16,3%, бронхөкпелік дисплазия – 11,5%, қарыншаішілік қанқұйылу –

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

21,2% және перивентрикулярлы лейкомаляцияның кистозды түрі – 12,5%) және туа пайда болған даму ақаулары емдеудің қолайсыз нәтижесіне алып келеді.

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

5.6. Әдебиет. Соңғы бетте

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

Тесттер:

1. Есеңгіреу ... пайда болмайды.

- а)шизофрения нәтижесінде
- б)улану нәтижесінде (алкоголь, күкіртті газ және т.б)
- в)бас-ми жарақаттары нәтижесінде
- г)тамырлық және басқа да ОЖЖ ауруларының нәтижесінде
- д)инфекционды психоздардың нәтижесінде

2.Қабылдау өзгерістеріне жатпайтын бұзылыстар

- а)абулия
- б)парастезия
- в)анестезия
- г)гипестезия
- д)сенестопатия

3.Ступорлық жағдайға ... симптом жатпайды.

- а)пикнолептикалық
- б)бұлшық еттік қату
- в)кататониялық
- г)негативистік
- д)апатикалық

4.Ес пен интеллекттің бұзылуы ... тән емес.

- а)неврастенияларға
- б)эпилепсияларға
- в)өршімелі салдануға
- г)церебральді атеросклерозға
- д)шизофренияға

5.Корсаков синдромына ... кірмейді.

- а)ассоциативті үдерістің жылдамдауы
- б)өршімелі амнезия
- в)фиксационды амнезия
- г)конфабуляция немесе псевдореминисценция
- д)кеңістік пен уақыттағы дезориентация

6.Танымдық қызметтің тұрақты төмендеуімен жүретін ертеректе алған білімнің және тәжірибелі дағдылардың жоғалуы ... деп аталады.

- а)деменция
- б)олигофрения
- в)псевдодеменция
- г)амнезия
- д)психикалық инфантилизм

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

8-сабақ

5.1. Сабақтың тақырыбы: Маскүнемдік. Даму сатылары. Клиникалық көріністері. Емі.

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

5.3. Сабақтың міндеттері:

жүйке жүйесінің функционалдық анатомиясы және физиологиясы бойынша алған білімдерін қолдану;

негізгі неврологиялық синдромдардың жүйке ауруларының және даму механизмін ажырату;

жүйке ауруларының жалпы симптомдарын анықтау;

науқастарды лабораториялық және инструменттік дайындау;

медбикелік диагнозды қою;

неврология бөлімшесіндегі мейіргер жұмысын ұйымдастыру

неврологиядағы науқастарға медициналық көмек көрсетудің этикалық және заңды аспектілерін сақтау;

шұғыл жағдайларда медициналық көмек көрсету іс-дағдыларын демонстрациялау;

медициналық құжаттарды жүргізу;

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

5.4. Тақырыптың негізгі сұрақтары:

1. Маскүнемдіктің патологиялық аспектілері.

2. Даму сатылары.

3. Психикалық тәуелділік синдромы.

4. Физикалық тәуелділік синдромы.

5. Физикалық және патологиялық мастық.

6. Маскүнемдіктің, клиникалық көріністері, емі.

Маскүнемдік (алкоголизм) — спиртті ішімдіктерге салынушылық.

Бұл адамның денсаулығына, тұрмысына, еңбек қабілетіне және қоғам өміріне зиян келтіреді. Маскүнемдік мінез-құлықты бұзумен қоса, қылмысқа да итермелейді.

Аракқұмарлар семьясының, балашағасының берекесін кетіреді. Мас адам бағыт-бағдарынан айырылыс тәлтіректеп жүре алмайды, соның салдарынан бақытсыз жағдайға ұшырайды, жұмыс қабілеттен айырылады. Ішкі, ліктің болашақ ұрпаққа зиянды екендігі де дәлелденген: маскүнемнің балалары көп жағдайда кеміс, ақыл-есі кем болып туады.

Ішімдікке салыну, тіпті аз мөлшерде ішкеннің өзінде де, созылмалы алкоголизмге ішпесе тұра алмайтын дертке шалдықтыруы, ішкі органдары кеселге ұшыратуы, адамның мінез-құлқын өзгертуі мүмкін. Ауру бірте-бірте өршиді. Маскүнемдікке салыну әуелі әуестіктен, соңынан әр нәрсені сылтау етіп, әйтеуір ішуді мақсат етуден, соны

үйреншікті әдетке айналдырудан келіп туады. Бірте-бірте организм спиртті ішімдікке дағдыланады. Бұрынғы ішіп жүрген мөлшер ешқандай әсер етпейді, мастық күйге жету үшін әлдеқайда көп ішу қажет болады. Мас адам ашушаң, кінәшіл, тым батыл келеді.

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

Ішпей сау жүргенде бей-жай, көңілсіз күйде болып, сергу үшін қайтадан ішуге құмартады. Бара-бара адам ішпесе тұра алмайтын халге жетелі.

Ішкілікке бойы үйренген адамда тоқтау болмайды (ішкен сайын құмартып, ішкен үстіне ішкісі келіп тұрады). Ұдайы ішуге салынған адам әйтеуір бір сылтау тауып ішуді көздейді, өзінде болмаса, кім көрінгеннен сұрап ішуге арланбайды, оқшау тұрып та, кез келген бөтелкелестері мен бірлесіп те іше береді, барған сайын «сау» жүруі азаяды. Мұндай адамның мінез-құлқы өзгереді, ол дөрекі, алдамшы бола бастайды, жанұя мүддесін ойламайды.

Алкоголизмнің алғашқы сатысы шамамен 5-7 жылға созылады. Ішкілік дертіне шалдығудың екінші сатысы — бас жазу. Алкоголизм өршіген сайын ішімдіктің қолайсыз әсері күшейе түседі: мастығы тарқағанда қолы қалтырайды, терлейді, ұйқысы қашады, өз-өзінен үрейі ұшып, мазасы кетеді. Басын жазғаннан кейін мұндай белгілері басылып, жадырағандай болады. Әуелі басын жазу үшін бір саптыаяқ сыра, не бір рюмка арақ жеткілікті, бірақ бара-бара мұның өзі көбейіп, тоқтаусыз, бірнеше күн қатарынан ішушілікке айналады. Маскүнемдер бірнеше айлап, тіпті жылдап күн сайын ішіп, мас болады, ертеңіне міндетті түрде басын жазады. Мұндайда (бірнеше күннен екі-үш аптаға дейін) спиртті ішімдіктерді өлшеусіз ішеді (күніне 1 литрге дейін, не 2 литрдей шарап), суррогаттарды да (әтір, политура) ішеді. Бірте-бірте мұндай жағдай жиілей түседі.

Алкоголизмнің екінші сатысында ішкі органдар мен нерв жүйелері едәуір зақымданады, қатты және созылмалы алкоголь психоздары пайда болады — еліреді, көзіне әр нәрсе елестейді. Алкоголизмнің екінші сатысы 10—15 жылға созылып, үшінші сатысына ауысады да, мидың жүйке клеткалары тұтастай зақымданады — алкоголь энцефалопатиясына ұшырайды. Мұндайда адам алкогольді көтере алмайды, спиртті ішімдіктің шағын дозасының өзі мас етеді. Еңбекке жарамайды, ақыл-есінен айырылады.

Е м і. Ауру асқынбай тұрғанда — созылмалы алкогольизмге дейін — әркімнің ішімдіктен бас тартуына болады. Тек өзіне ерік беріп, ішімдікке салынудың денсаулығына да, туыстары мен жора-жолдастарына да, қоғамға да зиянды екендігін түсінсе болғаны. Созылмалы алкогольизмге шалдыққан адам, әдетте, еркінен айырылып, үйренген дағдысынан бастарта алмайды. Алайда маскүнем осы аурудан арылуға өзі ұмтылмаса, оны емдеу шараларын ойдағыдай жүргізу мүмкін емес. Сонымен бірге, дәрігерге неғұрлым ертерек, алкогольды уытты зардабы бойға сіңбей тұрғанда қаралғаны жөн.

ҚР Денсаулықсақтау министрлігінде созылмалы алкогольизмге шалдыққан адамды міндетті түрде емдеудің алғашқы курсы бекітілген. Бұл курс 3 жыл ұдайы бақылау және емдеу мерзімінен тұрады, осыдан кейін (егер осы уақытта аузына ішімдік алмаса) 2 жылдай бақылауда болады. Емдеудің басты мақсаты — маскүнем спиртті ішімдіктерді аузына алмауына қол жеткізу. Емдеуден кейін аздап ішсе де, ол қайтадан маскүнемдікке соқтырады. Емдеудің негізгі үш кезеңі бар: олар — алкогольден улану зардабын жою және жалпы көңіл-күйін қалпына келтіру; ішімдікке әуестік әдетті жойып, спиртті ішімдіктерге жиіркеніш тудыру және оған төзе алмаушылықты қалыптастыру; аурудың қайталамауына бағытталған емдік шараларды ұзақ уақыт қолдану. Дәрі-дәрмекті және

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

психотерапияны қолданумен қоса, ауру адамды қамқорлыққа алудың, тұрмыс жағдайын түзейтін әлеуметтік шаралар жасаудың айрықша маңызы бар. Маскүнемдерді емдейтін арнайы наркологиялық қызмет орындары — республикалық, өлкелік, облыстық, қалалық наркологиялық диспансерлер, сондай-ақ наркологиялық стационарлар бар. Сонымен бірге еңбекке қатыстыра отырып жартылай стационарда емдеу (мәселен, күндізгі стационарлар мен өнеркәсіп орындары жанындағы түнгі профилакторийлер) түрлері қолданылады.

Ауылдық жерлердемас күнемд ерді емдеу үшін аудандық орталық аурухана жанынан наркологиялық кабинеттер Заң, құқықта (ағылш. law) - мемлекет белгілеген бүкіл нормативтік-құқықтық актілер, жалпыға бірдей міндетті ережелер; мемлекеттік биліктің жоғары өкілетті органы қабылдаған немесе тұрғындардың тікелей ерік білдіруі арқылы (мысалы: референдум тәртібімен) қабылданған, неғұрлым маңызды қоғамдық қатынастарды реттейтін нормативтік акт. Заң мемлекеттің құқықтық жүйесінің негізін құрайды. Мемлекеттік биліктің дербес бастауы ретінде Заң ежелгі замандарда-ақ тәжірибеге еніп, әдет-ғұрып жосындарының орнын басқан. Заң күші кез келген нормативтік актінің нормаларын жоя алады. Бүкіл мемлекеттік органдардың актілері заңға сәйкес келуге, оның қағидалары негізінде және оны орындау бағытында шығарылуға тиіс, яғни заңға негізделген сипатта болуы шарт. Заңға қарама-қайшы келетін кез келген құқықтық акт "қолданысқа жарамсыз" деп танылуға тиіс. Заңды қабылдаудың айрықша тәртібі бар. Мазмұндалған нормалардың маңызына қарай заңдар Конституциялық заңдар және қарапайым заңдар болып бөлінеді. Конституциялық заңға конституцияның өзі және Конституцияға өзгертулер мен толықтырулар енгізетін заңдар жатады.

Ал қарапайым заңдарға жүйелік және ағымдағы заңдар жатады. ұйымдастырылған. Қажет болған жағдайда маскүнемдерді психиатрия ауруханасының жанындағы арнайы наркологиялық бөлімге жібереді. Маскүнемдікті емдеудің негізгі үш кезеңі бар:

алкогольден улану зардабын жою және науқастың көңіл-күйін қалпына келтіру; ішімдікке әуестікті жойып, оларға жиіркеніш сезімін тудыру және оған төзе алмаушылықты қалыптастыру.

Негізгі емі витаминотерапия, дәрі-дәрмектер (инсулин, атропин, аминазин, т.б.) пайдалану. Сонымен қатар, ауру адамды қамқорлыққа алудың, тұрмыс жағдайын түзейтін әлеуметтік шаралар жасаудың айрықша маңызы бар. Г. Айбасова, Ж. Ахметов[1]

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

5.6. Әдебиет. Соңғы бетте

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

Тесттер:

1. Созылмалы алкогольизмде...сипатталады

- а) полинейропатиямен
- б) Белл салдануымен
- в) миопатиялық синдроммен
- г) полирадикулоневрит Гийен-Барре типімен
- д) бульбарлық синдроммен

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

2. Маскүнемдікке ... тән емес.

- а) есірткілерге патологиялық қызығушылық
- б) проградидентті ағым
- в) спиртті ішімдіктерге патологиялық қызығушылық
- г) алкогольді қабылдауды тоқтату кезінде абстиненция синдромының пайда болуы
- д) нақты соматоневрологиялық бұзылыстар мен психикалық деградацияның дамуы

3. Патологиялық мастану, бұл-

- а) жедел транзиторлы психоз
- б) алкогольді мастанудың ауыр дәрежесі
- в) делирий алдындағы жағдай
- г) жедел интоксикация
- д) алкогольді мастанудың жеңіл дәрежесі

4. Биназальды гемианопсия... зақымданған кезде пайда болады.

- а) көз нервтерінің сыртқы бөлімінің айқасуы
- б) көз нервтердің орталық бөлімінің айқасуы
- в) көру жарығы
- г) көру жолы
- д) қара зат

5. Алкоголизм кезінде ас қорыту жолдары патологиясында алкогольді ... жиі кездеседі.

- а) гепатит
- б) гастрит
- в) холецистит
- г) дуоденит
- д) энтероколит

6. Жүйке импульсінің берілуі... жүреді.

- а) синапстарда
- б) митохондрияда
- в) лизосомаларда
- г) цитоплазмада
- д) аксондарда

7. Эпилепсиясы бар маскүнемдерді емдеуде ... тағайындалмайды.

- а) арнайы алкогольге қарсы дәрілер
- б) тырысуға қарсы препараттар
- в) дегидратациялық дәрілер
- г) психотерапия
- д) психотропты дәрілер

8. Алкоголизмнің 3-ші сатысындағы соматикалық бұзылыстарға... тән емес.

- а) остеопороз
- б) бауырдың майлы дистрофиясы
- в) кардиомиопатия
- г) полинейропатия
- д) нефропатия

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

9-сабақ

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

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

5.3. Пәннің міндеттері:

жүйке жүйесінің функционалдық анатомиясы және физиологиясы бойынша алған білімдерін қолдану;

негізгі неврологиялық синдромдардың жүйке ауруларының және даму механизмін ажырату;

жүйке ауруларының жалпы симптомдарын анықтау;

науқастарды лабораториялық және инструменттік дайындау;

медбикелік диагнозды қою;

неврология бөлімшесіндегі мейіргер жұмысын ұйымдастыру; неврологиядағы

науқастарға медициналық көмек көрсетудің этиалық және заңды аспектілерін сақтау;

шұғыл жағдайларда медициналық көмек көрсету іс-дағдыларын демонстрациялау;

медициналық құжаттарды жүргізу;

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

5.4.Тақырыптың негізгі сұрақтары:

1. Миастенияның симптомдары.

2.Миастения және миастениялық синдромдар.

3.Миастенияның этиологиясы, классификациясы,

4.Миастенияның диагностикасы,

5. Миастенияның емі.

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

Миастения.

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

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

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

Клиникасы: Бұлшықеттер әлсіздігімен,әсіресе көзбұлшықеттері(қылилық,1 немесе 2 жақты птоз,күн соңына қарай). Шайнау және бет бұлшықеттерініңәлсіздігі. Сойлеу және жұтынудың қиындауы. Тереңрефлексстердің төмендеуі. Ауру ерекшелігідемалғаннан кейін бұлшықеттердің күшейуімен қайтадан күш түскенде әлсіреуі. Кенет басталатын миастениялық криздер инфекциялар,стрессті жағдайлардан соң басталады және өмірге

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

қауіпті. Ағымы, ауыр прогресирленеді. Ремиссия болып отырады. Миастениялық криздер жиіленуінен өліммен аяқталуы мүмкін.

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

Емі. Ацетилхолин жеткіліксіздігін жоюға және аутоиммунды процесті басуға бағытталған.

Антихолинэстераза препараттары: прозерин, оксазил, калимин.

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

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

Жіктелуі. Ағымына байланысты: Жедел-3 аптаға дейін; Жеделдеу-3-12 апта; Созылмалы-12 аптадан көп; Орналасу орнына байланысты: 1. Мойын-омыртқалық бөлігі 2. Кеуделік бөлік 3. Бел-сегізкөздік Омыртқаны – зақымдау түріне байланысты: 1. Деформациялаушы дорсопатиялар яғни лордоз, сколиоз т.б 2. Спондилопатия 3. Басқада дорсопатиялар-дисктер дегенерациясы, грыжа дегенерациясы. Дегенерациясы дәрежелері: 1. Хондроз-дистрофиялық – дегенеративті өзгеріс тек омыртқааралық дискпен ғана шектеледі, жеңіл дискомфорт болады, рентгенде өзгеріссіз. 2. Клиникалық көрінісінде ауырсыну пайда болады, омыртқа негізі, денесі фиброзды сақинаның функциясы бұзылады яғни омыртқа бекітілуі бұзылады. Патологиялық қозғалыс пайда болады, үдей келе нервтер, тамырлар зақымдалады. 3. Патологиялық процесс өрши түседі, фиброзды сақина жыртылып ядро сыртқа шығып, жарық пайда болады, қатты ауырсыну сезімімен жүреді. Зақымдалған омыртқа бойында патологиялық процесс кифоз, сколиоз. 4.

Омыртқалардың ығысуымен сипатталады. Деформацияланған омыртқа аралық диск омыртқа денесін толық байланыстыра алмайды, және ығысу пайда болады.

Клиникасы. Рефлекторлық синдром-бел ауырсынуы кенеттен басталады (люмбаго) ауырсыну жөтелгенде, түшкіргенде, аласа орынға отырғанда күшейе түседі. Керілу симптомы, Тақта симптомы-тізерлейді, қолды тізеге қойып, еңкейіп тұрады, бұлшықет қатаюы байқалады. Көпір симптомы-орындық шетіне отырады өйткені нерв тітіркеніп ауырсыну тудырады. Дуылдап, куйдіретін, қысатын ауырсыну тән. Мачкевич симптомы-ішпен жатқанда тізе буынын бүккенде жамбастың алдыңғы бетінде ауырсынудың пайдатболуы. Вассерман-ішпен жатып созылған аяғын тізе-жа мбас буынында жазады, ауырсыну пайда болса L-3 зақымдануын көрсетеді. Ласег-арқамен жатады патологиялық аймақта аяғын көтеру қиындайды. Бармақпен батыра басқанда паровертбральдық нүктелер мен қылқанды өсінділерде (гарауырсыну нүктелері) және шонданай нерві (валле нүктесі) бойында

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

ауырсыну білінеді. Аса айқын білінетін түбіршектік синдромдар: L1 сегменті -зақымдалса шап аймағында ауырсыну мен сезімталдықтың төмендеуі; L2-санның алдыңғы 3\1 мен іш жағында сезімталдықтың төмендеуі, тізе реф төмендеуі; L3-вассерман симптомы пайда болады, сирақтың ішкі жағында; • L4-бел аймағынан санның алдыңғы сырт жағы, сирақтың алдыңғы ішкі жиегі және аяқ ұшына дейін таралатын ауырсыну синдромы L5-бөкшенің жоғарғы бөлігі, сан сыртында сирақтың алдыңғы сыртында, аяқ ұшының үстінде ауырсыну, үлкен бақай жазылмайды.

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

Емі. Медикаментозды, медикаментозды емес және оперативті. Төсектік режим 7-күн. Имобилизациялайтын протездер, ауырсынуды басатын опиоидтық емес анальгетиктер (спазмалгон, беналгин) стероидты емес қабынуға қарсы препараттар нимесулид 100 мг күніне 2 рет. Антигистаминді препараттар, Тырысуға қарсы нейролептиктер:

Хондропротекторлар. Ем

нәтижесіз болса операция жасалынады яғни дискэктомия. Сонымен қоса лазерлі терапия, массаж, ЛФК, балшықпен емдеу. Нерв жүйесінің тұқым қуалайтын – дегенеративті ауруларың жіктелуі. Нерв жүйесінің тұқым қуалайтын – дегенеративті ауруларың жіктелуі.

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

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

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

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

5.6. Әдебиет. Соңғы бетте

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

Тесттер:

1 Миастенияға ... тән.

- а) синаптикалық тесікте ацетилхолин құрамының төмендеуі
- б) синаптикалық тесікте ацетилхолин құрамының жоғарлауы
- в) дофамин құрамының жоғарлауы
- г) дофамин құрамының төмендеуі
- д) ГАМК жоғарлауы

2 Экстрапирамидалық жүйенің зақымдануы кезінде ... пайда болады.

- а) акинезия
- б) апраксия

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

в)парез

г)паралич

д)сенсублизация

3 Полинейропатияны шақыратын ... даму себебі болып табылады.

а) қант диабетінің

б) бүйрек ауруының

в) ревматизмнің

г) пернициозды анемияның

д) гипертониялық ауруыдың

4 Кене энцефалитінің жедел кезеңінде ... тағайындалады.

а) реконвалесцент немесе жануарлармен иммунизацияланған сары суы

б) гаммаглобулин

в) жұлын ми пункциясы қайта

г) гипотензивті дәрі-дәрмектер

д) антикоагулянттар

5 Миастени диагностикасында қолданылады:

а) 1-2 мл 0,05% прозерин ерітіндісімен сынама

б) қан және зәрдегі қанттың құрамын анықтау

в) ЖМС зерттеу

г) зәр анализін анықтау

д) 0,5мл т/а атропин сынамасы

6 Субарахноидальды қан құйылуда ... асқынуы мүмкін емес.

а) энцефалиттің

б) жабық бас ми жарақатының

в) ми тамырларының туа пайда болған аневризмасының

г) ми тамырларының жүре пайда болған аневризмасының

д) васкулиттің

7 Жедел полиомиелитке ... тән емес

а) беткей сезімталдық бұзылысы

б) аурудың басталуында қызудың көтерілуі

в) көбіне балалардың зақымдалуы

г) сіңір рефлекстерінің жоғалуымен "таңғы" салдануы

д) бульбарлы бұзылыстары

8 Барлық хромосомды аурулар ... белгілермен жүреді.

а) интеллекттің бұзылысы

б) минеральды алмасуының өзгерісі

в) түрлі гиперкинездердің

г) менингеальды синдромдар

д) ОЖЖ көп ошақты зақымдануы

9 Науқаста солға шайқалумен жүрістің тұрақсыздығы байқалады, динамикалы координаторлы сынамаларды орындау кезінде көзді ашу және жабу кезінде сол жақ аяқ-қолдарда атаксия, бұлшықет гипотониясы байқалады. Клиникалық симптомдарға... тән.

а) мишық атаксиясы

б) менингеальды синдром

в) сенситивті атаксия

г) вестибулярлы атаксия

д) гемипарез

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

10 Жіті ауырсынумен жүретін, бел аймағының остеохондрозы, симптомсыз белгі... деп аталады.

- а)люмбаго
- б)люмбалгиялық
- в)люмбициалгия
- г)бел-сегізкөз радикулиті
- д)ат жұлынының шашыраңқысының қысылуы

10-сабақ

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

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

5.3. Пәннің міндеттері:

жүйке жүйесінің функционалдық анатомиясы және физиологиясы бойынша алған білімдерін қолдану;

негізгі неврологиялық синдромдардың жүйке ауруларының және даму механизмін ажырату;

жүйке ауруларының жалпы симптомдарын анықтау;

науқастарды лабораториялық және инструменттік дайындау;

медбикелік диагнозды қою;

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

шұғыл жағдайларда медициналық көмек көрсету іс-дағдыларын демонстрациялау;

медициналық құжаттарды жүргізу;

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

5.4.Тақырыптың негізгі сұрақтары:

- 1.Эпилепсияның түрлері
- 2.Эпилепсияның этиологиясы.
- 3.Эпилепсияның классификациясы.
- 4.Эпилепсияның симптомдары.
- 5.Эпилепсияның диагностикасы.
- 6.Эпилепсияның емі.
- 7..Балалардағы эпилепсияның этиологиясы, классификациясы, диагностикасы, емі.

Эпилепсия кез келген жаста пайда болуы мүмкін, бірақ, көбінесе, 5 - 20 жас аралығында болады. Әдетте, науқастарда эпилепсиямен аурудың отбасылық тарихы болады. Эпилепсия мидың ауруы немесе зақымдануы нәтижесінде, кейде белгісіз себепті пайда болуы мүмкін. Эпилепсияның кең таралған себептері: мидың туа біткен мәселесі (мидың туа біткен ақауы) Мидың босану кезіндегі жарақаты Заттек алмасуының туа біткен бұзылыстары (мысалы, фенилкетонурия) бассүйек-ми жарақаты Инфекциялар, оның ішінде, мидың абсцесі, менингит, энцефалит, ЖИТС(СПИД) Инсульт мидың ісігі

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

мидағы ақаулы қантамырларының болуы ми тінінің зақымдануына немесе бұзылуына апарған басқа ауру кейбір дәрі препараттарын қолдану, оның ішінде, антидепрессанттар, кокаин, амфетамин Деменция (қарттық естен адасу), Альцгеймер ауруы. Өзгерістер нәтижесінде мидың тінінде жоғары қозғыштық ошағы қалыптасады, ми бүкіл денеге жалған сигнал (импульстер) жібереді. Бұл кезеңді, болжанбайтын эпилепсия ұстамасына апарды. Жалғыз құрысу ұстамасы, әдетте, науқаста эпилепсия болуын білдірмейді.

Симптомдары Эпилепсия симптомдары әр түрлі көрініс беруі мүмкін. Кейбір адамдарда эпилепсия ұстамасы құрысумен, ал басқаларда бір нәрсеге шоғырлана алмайтын және көзқарасының мәнсіз болуымен қосарланады. Ұстаманың түрі мидың қай бөлігінің зақымдануына және эпилепсияның себебі болуына байланысты. Көптеген жағдайларда эпилепсия ұстамасы бұрын болғандарына ұқсас. Ұстама алдында кейбір науқастар өздерін жағымсыз сезінеді, мысалы, өткір түсініксіз иіс, шаншу, көңіл-күй өзгерісі болады. Қоршаған ортасындағылар адамның мінез-құлығы күрт өзгеруін байқауы мүмкін: қарауы өзгеріп, мазасыз, сілейген күйде болуы мүмкін.

Диагностика Дәрігер науқасты қарайды, ми мен жүйке жүйесінің жағдайын бағалау үшін бірқатар талдау өткізеді: · электроэнцефалография (ЭЭГ) – мидың электр белсенділігін бағалау әдісі. Эпилепсия кезінде ақаулы электр белсенділігі анықталады. Кейбір жағдайда эпилепсия ұстамасы басталатын аумақ анықталуы мүмкін. Кейде ми қалыпты көрінеді, егер ұстамадан кейін біраз уақыт өтсе. Кейде дәрігер мидың электр белсенділігін жазу үшін бірнеше күн немесе апта бойы электроэнцефалограф алып жүруді тағайындайды. Бейнеэлектроэнцефалография жүргізу үшін (бейне-аспап көмегімен) арнайы ауруханаға жатқызу қажет болуы мүмкін. Компьютерлік томография (КТ) немесе магниттік-резонанстық томография (МРТ) – мәселенің мидағы орналасуы мен себебін анықтау үшін. Қажет болса, басқа ауруларды ескеру үшін дәрігер инфекциялық аурулар болуына тест және жұлын пункциясын (жұлын каналынан жұлын сұйықтығын алу, бел тұсынан) өткізуі мүмкін.

Емдеу ҰСТАМА КЕЗІНДЕ НЕ ІСТЕУ ҚАЖЕТ?

Құрысу қимылдарын күштеп ұстауға тырыспау; Тісін ажыратуға тырыспау; Жасанды тыныс алу немесе жүрек массажын жасамау, ұстамаға ұшыраған адамды тегіс жерге жатқызып, басының астына жұмсақ нәрсе қою қажет; Адамды ұстама болған жерден қозғамау, тек өмірге қауіпті болмаса; Тілдің кептелуінің және сілемейдің тыныс алу жолдарына түсуінің алдын алу үшін жатқан науқастың басын бір жағына бұру қажет, ал құсу пайда болған жағдайда бүкіл денесін абайлап бір жағына бұру қажет. Ұстама аяқталғаннан кейін адам өзіне келіп, тыныштанып, ұйқысын қандыруы қажет. Ұстамадан кейін көп жағдайда естің қалыпты болмауы және әлсіздік пайда болуы мүмкін, адам өздігінше тұрғанға дейін біраз уақыт өтуі тиіс (әдетте, 5-30 минут). Бірінің соңынан бірі келетін бірнеше үлкен құрысу ұстамалары ерекше қауіпті. Мұндай жағдай эпилепсиялық статус аталады. Ол өмірге қауіпті, себебі, науқастың тыныс алуы тоқтауы және тұншығудан өлімге ұшырауы мүмкін. Эпилепсиялық статус – эпилепсияға шалдыққан науқастың өлімінің негізгі себебі және шұғыл медициналық жәрдемді қажет етеді.

Эпилепсияны емдеуге дәрілерді ұзақ қабылдау және хирургиялық араласу кіреді. Құрысуға қарсы дәрілік препараттар (антикоальвунсанттар) алдағы ұстамаларды азайтуы мүмкін. Бұл дәрілер ішуге арналған, дәрінің түрі эпилепсиялық науқас зардап шегетін ұстаманың түріне байланысты. Препаратты және мөлшерлемесін жеке таңдау жасалады. Көбінесе, мүмкін жанама әсерін ескеру үшін қан талдауы өткізіледі. Дәрілерді әрдайым дәрігердің нұсқауы бойынша қабылдау қажет, оны тоқтату ұстамаға апаруы мүмкін. Дәрігермен ақылдасқаннан кейін ғана дәрі қабылдауды тоқтатуға болады. Эпилепсияға

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

шалдыққан жүкті әйелдер емдеу курсы өзгерту үшін дәрігерге жүктілігін ескертуі қажет, себебі, дәрілер ұрықтың дамуында ақаулар туындатуы мүмкін. Ұстаманың алдын алу үшін бірнеше дәрілік препараттар қабылдағанда өтпейтін эпилепсия «медициналық рефракторлық (көнбейтін)» аталады.

Эпилепсиялық ұстамалар ісіктен, ақаулы қантамырларынан немесе мидағы қан кетуінен туындаса, хирургиялық араласу қолданылады. Кейбір науқастарға эпилепсиялық ұстамаларды тоқтату үшін өзгерген ми жасушаларын жою үшін хирургиялық араласу қолданылады. Көбінесе, дәрігерлер кезеген нервтің (бассүйек-ми нерві) ынталандырғышын орнату бойынша операцияны ұсынады, бұл аспап кардио-ынталандырғыш секілді жұмыс істейді және ұстамалар санын азайтуы мүмкін. Кезеген нервтің (бассүйек-ми нерві) ынталандырғышы ұдайы жұмыс істейді, миға ұдайы шағын электр импульстерін жібереді және ұстаманы туындататын дертті электр белсенділігінің алдын алуға көмектеседі. Кейде балаларды арнайы емдәмге көшіреді, ұстамалардың алдын алу үшін. Ең белгілісі – кетогенді емдәм (майлардың мөлшері көп және көмірсулардың мөлшері төмен арнайы емдәм). Көрсетілген емдәм ересектерде ұстама пайда болуының алдын алу үшін тиімді болуы мүмкін. Өмір салтын немесе тағайындалған дәрілерді өзгерту эпилепсиялық ұстамаларға апаруы мүмкін, мұндайда дәрігермен кеңесіңіз, егер Сіз: Жаңа дәрілерді, дәрумендерді немесе тағамдық қоспаны қабылдағыңыз келсе күшті көңіл-күй күйзелісіне ұшырасаңыз ауырсаңыз, әсіресе, егер ауру инфекциялық болса, ұйқыңыз қанбаса.

Жүкті болсаңыз. Эпилепсияға қарсы препаратты қабылдауды жіберіп алсаңыз · алкоголь тұтына бастасаңыз.

Аурудың болжамы Көптеген жағдайда жалғыз ұстамадан кейін болжамы – оң. Дәрімен емдеу 70% жағдайда адамды ұстамадан толығымен құтқарады. 20—30% жағдайда ұстамалар жалғасады, мұндай жағдайда көбінесе, бірнеше құрысуға қарсы препаратты қабылдау қажет болады. Дәріні қабылдаудың оң нәтижесі болмаса, хирургиялық операция тағайындалуы мүмкін.

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

5.6. Әдебиет. Соңғы бетте

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

Қосымша әдебиеттер:

1. Неврология. Национальное руководство. Краткое издание: руководство / под ред. Е. И. Гусева. - М. : ГЭОТАР - Медиа, 2016. - 688 с.10экз.
2. Абдрахманова, М. Г. Современные принципы реабилитации неврологических больных] : учебно методическое пособие / М. Г. Абдрахманова, Е. В. Епифанцева, Д. С. Шайкенов ; М-во здравоохранения и социального развития РК. КГМУ. - Караганда : ИП "Ақнұр", 2015. - 228 с-80 экз.
3. Абдрахманова, М. Г. Неврологиялық науқастарды оңалтудың заманауи принциптері: оқу-әдістемелік құрал / М. Г. Абдрахманова, Е. В. Епифанцева, Д. С. Шайкенов 2015-100 экз.

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

Ақпаратпен қамтамасыз ету және интернет ресурстар.

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

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

Тесттер:

1 Эпилепсиялық ұстама статусында, ұстама орнында және тасымалдау кезінде, бірінші кезекте көк тамырға енгізілетін препарат :

- а) диазепам
- б) маннитол
- в) натрий тиопентал
- г) гексенал
- д) магний сульфат

2 Жедел эпилепсиялық психоз жағдайында бірінші кезекте қолданылатын дәрі дәрмектер:

- а) нейролептиктер
- б) антидепрессанттар
- в) седативті
- г) транквилизаторлар
- д) ноотроптар

3 Эпилепсияға қарсы препараттармен емдеуді тоқтатуға болады, егер кем дегенде ұстамалар... болмаса.

- а) 3 жыл
- б) 1-2 жыл
- в) 1 жыл
- г) 1.5 жыл
- д) 2 жыл

4 Эпилепсиялық ұстаманың жайылған кезінде, патологиялық электрлік белсенділіктің таралуы жүзеге асырылатын, анатомиялық құрылым болып табылады:

- а) аралық мидағы ретикулярлы формация
- б) қызыл ядро

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

- в) ортаңғы мидың қара заты
г) субталамикалық ядро
д) бозғылт шар
5. Самай эпилепсиясы көрінісіне... тән.
- а) "кәзір көрінген" феномені және естің бұлыңғырлануы
б) аяқтардағы клоникалық құрысу ұстамасы
в) қолдардағы клоникалық құрысу ұстамасы
г) қол және бет аймағындағы парестезия ұстамалары
д) Джексонның қозғалыс маршы
6. Эпилепсия кезінде мидың электрлік белсенділігінің бұзылуын анықтау үшін ... қолданады.
- а) классикалық электроэнцефалографияны
б) ЭЭГ тіркеудің компрессиялық-спектрлік әдісін (Берг - Фурье түрлендіруімен)
в) визуалды туындаған потенциалдарды зерттеуді
г) есту потенциалын зерттеуді
д) ми клеткаларының активтігін зерттеуді
7. Эпилепсияны емдеп тұрақты клиникалық әсерге қол жеткізген кезде эпилепсияға қарсы препаратты біртіндеп алып тастауды ... мерзімде жүргізу керек.
- а) 1 жыл
б) 3 ай
в) 6 ай
г) 1 ай
д) 3 жыл
8. Эпилепсиялық белсенділікті қолдайтын және белсендіретін ми құрылымдарына ... жатапайды.
- а) гипоталамустың бүйірлік ядросы
б) әртүрлі қыртысты бөлімдердің ассоциативті талшықтары
в) жарты шар аралық комиссуралық жүйкелік жүйелері
г) көру төмпешігінің спецификалық емес ядролары
д) лимбиялық-ретикулярлы кешеннің жүйкелік жүйелері
9. Эпилепсиядағы эпилепсиялық белсенділіктің көріністерін тежейтін ми құрылымдарына... жатпайды.
- а) сопақша ми
б) гипоталамустың бүйірлік ядросы
в) көпірдің каудальды ретикулярлық ядросы
г) мишық
д) құйрықты ядро
10. Егер эпилепсияның ұстамасы... көрінс берсе, жайылған деп аталады:
- а) сананың бұзылуымен
б) барлық қол- аяқтардағы клоникалық құрысулармен
в) барлық қол- аяқтардағы тоникалық құрысулармен
г) жалпыланған сенсорлық эквиваленттермен
д) тілдің тістеліуімен
11. Эпилепсия ұстамалары түнгі кезде басталады (ұстамалық ұйқы) устама ошағы... аймағында.
- а) оң самай бөлігі
б) сол маңдай бөлігі

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

в)оң маңдай бөлігі

г)сол самай бөлігі

д)шеке бөлігі

12 Күрделі парциальды эпилепсиялық ұстамалар жай ұстамалардан ерекшеленеді:

а) болып жатқан оқиғалар туралы түсініктің бұзылуымен

б)моторлық симптоматологияның болуымен

в)вегетативті симптоматологияның болуымен

г)сенсорлық белгілердің болуымен

д)сенсорлық және вегетативті белгілердің моторлы үйлесімімен

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

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