ДӘРІС КЕШЕНІ

Пән: «Патологиядағы жүйке жүйесі мен сезім және көру мүшелері»

Пән коды:PZhZhSKETM 3306

ОС атауы мен коды:6B10115 «Медицина»

Оқу сағаттары/кредиттер көлемі: 30 сағат / 1 кредит

Курс және оқу семестрі:3 курс, 6 семестр

Дәріс ұзақтығы: 2 сағат

Шымкент, 2025 ж

Дәріс кешені пәннің жұмыс оқу жоспарына (силлабус) сәйкес әзірленген және кафедра отырысында талқыланды.

Хаттама: № 11 « 26 » 06 2025ж.

Кафедра меңгерушісі, м.ғ.д., профессор Бекмурзаева Э.К. Бекм

№1 дәріс

1.Тақырыбы: Шағымдарды сұрау әдістемесі, жалпы тексеру, жүйке жүйесінің патологиясы бар науқастың ауру және өмір анамнезінің ерекшеліктері; Жүйке жүйесінің патологиясы бар науқасты сыртқы және жергілікті тексеру әдістемесі. Жүйке жүйесінің зақымдалуының жалпы симптоматологиясы. Жүйке жүйесінің патологиясы бар науқастарды тексеру әдістері. Диагностикалық мән. Ересектердегі неврологиялық жағдайды зерттеу әдістемесі. Ересектердегі неврологиялық жағдайды зерттеу әдістемесі: қарау, пальпациялау, сіңір рефлекстерін анықтау (физиологиялық және патологиялық) (желке бұлшықеттерінің ригидтілігі, Керниг белгілері, жоғарғы және төменгі Брудзинский белгілері, Бабинский белгісі және т.б.).

2. Мақсаты: Білім алушыларды клиникалық медицинаға кіріспемен таныстыру, жалпы түсінік беру.

Ішкі ауруларды және ішкі аурулардың мақсаттарын, сондай-ақ медициналық этика негіздерін түсіну. Науқасты жалпы тексерудің принциптерін үйреніңіз: сананы, позицияны, тері және тері астындағы май қабатын және тірек-қимыл аппаратын бағалау.Білім алушыға жүйке жүйесінің патологиясы бар науқастың шағымдарын сұрау, жалпы тексеру, ауру тарихы мен өмір салтының ерекшеліктерін, жүйке жүйесі ауруларын зерттеу әдістерін білуге үйрету. Жатыр мойнының ригидтілігін, Брудзинский, Керниг және Бабинский белгілерін анықтау және неврологиялық статус есебін толтыру принциптері.

3. Дәріс тезистері:

Дәрігердің науқаспен тіл табыса білуі өте маңызды. Дәрігер мен науқас арасындағы қарым-қатынас, сонымен қатар дәрігердің міндеті мен жауапкершілігі медициналық деонтология (грекше: deon, deonos - парыз, logos - оқу) деп аталады. Медициналық деонтология – медициналық қызметкерлердің кәсіби міндеттерін орындау кезінде этикалық ережелерді сақтауы.

Енді жоғарыда айтылғандарды ескере отырып, біз клиникалық зерттеу жолындағы негізгі бағыттарды бөліп көрсетеміз:

1. Ауру - ағзадағы патологиялық өзгерістер, сондықтан олардың қайсысы патологиялық өзгеріс, қайсысы ағзаның реакциясы екенін ажырату керек.

2. Ауруды бір мүшенің немесе жүйенің зақымдануы деп қарамаңыз, керісінше барлық физиологиялық жүйелердің қызметін бір уақытта зерттеңіз. Мақсаты аурудың түрі мен бар екенін анықтау.

3. Адам ағзасы мен қоршаған ортаның бірлігі принципін ескере отырып, этиологиялық себептерді, оның ішінде әлеуметтік, саяси және әлеуметтік жағдайды ескере отырып анықтау қажет.

4. Нервизм принципі, яғни жүйке жүйесі, оның ішінде жүйке жүйесі ауруларының пайда болу және даму орнын белгілеу.

НАУҚАСТАРДЫ КЛИНИКАЛЫҚ ЗЕРТТЕУ ӘДІСТЕРІ

Аурудың белгілерін, яғни белгілерін (грек тілінен symptomoma—тікелей) деп бөлеміз Субъективті және объективті. Науқастың ағзасындағы объективті өзгерістердің науқастың қабылдауы бойынша көрінісі (жүрек айнуы, бас айналу, жүрек соғу жиілігінің жоғарылауы, ауырсыну және т.б.) субъективті симптом болып табылады. Науқасты тексеру кезінде

анықталған ауру белгілері (бауырдың ұлғаюы, ісік, жүрек ырғағының бұзылуы және т.б.) объективті болып саналады.

Жауап алу алдымен науқастың шағымдарын жинаудан басталады. Адамдық сезімнің маңызы

Ауруды анықтау объективті тексеруден кем емес. Кейбір диагноздар (мысалы, стенокардия немесе кеуде қуысының қысылуы) субъективті шағымдар негізінде жасалады.

Симптомдар қашан пайда болды, олардың алғашқы белгілері қандай болды және содан бері қандай өзгерістер болды (anamnez morbi — осы аурудың дамуы туралы естеліктер) өз диагнозыңызды қоюға көмектеседі. Ауру анамнезінен кейін науқастың өмір тарихы (anamnesis vitae — өмір туралы естеліктер) қойылады. Науқастың өмір тарихы олардың өз сөздері немесе туыстарымен сөйлесулері арқылы қалыптасады (диалогты қараңыз).

Науқастың сол сәттегі жағдайын объективті бағалау (status praesens) науқасты тексерудің негізгі бағыты болып табылады. Көптеген зерттеу әдістерімен қатар - тексеру, температураны өлшеу, пальпация, перкуссия, аускультация - зертханалық, рентгендік және басқа зерттеулер органдар мен дене жүйелерінің құрылымындағы патологиялық өзгерістерді анықтайды.

Диагностикалық зерттеу әдістері негізгі және қосымша болып бөлінеді.

Негізгі клиникалық әдістерге тексеру, тексеру, пальпация, перкуссия және

Науқасты аускультациялау. Дәрігер оларды әрбір ауруға қолдануы керек, содан кейін ғана диагнозды растау үшін қажетті қосымша диагностикалық әдістерді таңдайды.

НАУҚАСТАРДЫ СҰРАСТЫРУ

Науқаспен сұхбат алу әдісі «анамнез алу» деп те аталады. «Амнезис» дегеннен шыққан «anamnesis» грек сөзі «есте сақтау» дегенді білдіреді. Әңгімелесу мынадай тәртіпте жүргізілуге тиіс: 1) құжаттар; 2) шағымдар; 3) ауру тарихы; 4) науқастың өмір тарихы. Анықтамалық деректерге науқасты тегі, аты, әкесінің аты, жасы, жынысы, мамандығы және тұрғылықты жері кіреді. Олардың әртүрлі ауруларды анықтауда өз орны бар. Мысалы, жастарда асқазан жарасы, сарғаю, қатерлі ісік, атеросклероз, миокард инфарктісі және т.б. Сондықтан дәрігер диспепсиялық шағымдармен келген науқастың жасын ескереді. Науқас егде жастағы болса, ол ең алдымен асқазан-ішек жолының ісігін іздейді, ал жас адамда жеңіл гастрит пен ойық жара болуы мүмкін. Балаларда қызылша, қызамық, көкжөтел жиі кездеседі.

НАУҚАСТАРДЫҢ ШАҒЫМДАРЫ

Науқастың шағымдары олардың негізгі және қосымша түрінде де қарастырылуы керек. Кейде

Олардың маңыздылық дәрежесін анықтау қиын болуы мүмкін. Эмоциямен айтылған шағым да негізгі аурумен тікелей байланысты болмауы мүмкін. Дәрігер науқастың әрбір негізгі шағымын дәл анықтауы керек. Бұл өз алдына маңызды диагностикалық шешім. Ішіңіздегі ауырсыну сезімінде шағымдар бөлек орын алады. Науқастың келесі сұрақтарға нақты жауабы болуы керек: 1) ауырсынудың орналасуы; 2) оның сипаттамасы (жедел, созылмалы, құрысу); 3) күш, немесе прогрессия - 4) таралу, берілу; 5) ауырсыну сезімін тудырған себептер, оның пайда болу уақыты; 6) ауыру сезімін күшейтетін немесе төмендететін шаралар (дене еңбегі, жүйкелік және т.б.). Төс сүйегіндегі ауырсыну физикалық күш салу немесе нитроглицеринмен таралуы салдарынан пайда болуы және тоқтауы мүмкін. Ал аурудың тамақ қабылдаумен байланысы – П.И., яғни аш қарынға көріну, тамақтанғаннан кейін баяулау ойық жараның болуын анықтауға көмектеседі.

асқазан аурулары.

АУРУДЫҢ ДАМУ ТАРИХЫ

Науқас адамның ауруының даму тарихын (anamneis morbi) зерттегенде келесі сұрақтарға нақты жауап алу қажет: 1) Сіз қашан ауыра бастадыңыз?; 2) Аурудың алғашқы белгілері (симптомдары); 3) Ауруды тудырған себептер; 4) Аурудың ағымы, өршуі (күшейтуі, уақытша өлімі, жаңадан қосылған және өзгерген белгілері); 5) Бүгінгі күнге дейін жүргізілген зерттеу әдістері және алынған ем, оның қорытындысы, емнің әсері

АУРУДЫҢ ӨМІР ТАРИХЫ

Науқастың өмір тарихы (apatneš vitae) – оның өмірінің негізгі кезеңдерін (сәбилік, балалық, жастық, кемелдену) көрсететін медициналық өмірбаян.

Отбасы және тұқым қуалаушылық тарихы. Ата-анасының және жақын туыстарының ауруы мен қайтыс болу себептері туралы мәліметтер диагностикада, әсіресе болжамда үлкен маңызға ие. Туберкулез сияқты жұқпалы аурулар отбасында бірнеше адамға жұғуы мүмкін. Патологиялық тұқым қуалаушылық көбінесе белгілі бір жағдайларда ғана ауруға айналуы мүмкін ауруға бейімділік ретінде көрінеді. Адам ағзасы ауруды асқындыратын жағдай туындамаса, ауруға қарсы тұра алады.

Жалпы көру (inspectio) - бұл әдіс әртүрлі ауруларды тануда өте пайдалы.

Дәрігерлер кейде басқа зерттеу әдістерімен (рентгендік, зертханалық, аспаптық) алданып қалады және көптеген ауруларды диагностикалау үшін физикалық зерттеу әдістерінің шешуші маңыздылығын ескермейді.

Зерттеудің бұл әдісі ерте кезде ерекше маңызды болды, өйткені дәрігерлерде басқа тексеру құралдары болмады, сондықтан науқасты диагностикалау үшін тек көру қабілетіне сүйенді. Қазіргі уақытта әртүрлі сезімтал аспаптық әдістер кеңінен қолданылады. Соған қарамастан физикалық тексеру әдістері өзінің мәнін жойған жоқ.

Емтихан ережелері. Науқасты толық тексеру үшін келесі ережелерді сақтау қажет: 1. Науқас тексеріліп жатқан бөлмеге жарықтың түсуі шартты болып табылады. Күнделікті электр жарығында терінің және көздің шырышты қабаттарының сарғаюы жағымсыз, сондықтан күндізгі жарық болмаған кезде люминесцентті лампаларды қолданған дұрыс. Әртүрлі импульстарды, кеуде қуысының тыныс алу қозғалысын, асқазан мен ішектің қозғалысын, жарық түскенде, науқас жатқан, отырған немесе жатқан жағындағы ауырсынуды көзбен анықтау үшін.

2. Науқас жатқан бөлме жарық қана емес, сонымен қатар жылы болуы керек.

Тексеру жалаңаш қалмауға тырысып, тез және жүйелі түрде жүргізілуі керек

ұзақ уақыт бойы. Науқасты алдымен тұрып, содан кейін жатып тексереді.

3. Дәрігердің қолының және стетоскоптың басының жылуы адам денесінің жылуына шамамен жақын болуы керек.

4. Жалпы тексеруді әрқашан белгілі бір жүйені пайдалана отырып жүргізген жөн: алдымен жалпы мағынаға ие белгілерді кезекпен қарап, содан кейін дененің бөлшектерін (бас, бет, мойын, аяқ-қолдар, тері, сүйектер, буындар, тері, тері асты қабаттары, шаштар, өскен түктер) қарастырыңыз.
Жалпы тексеру сананы, дене қалпын, дене бітімін бағдарлаудан басталады, содан кейін өлшемдер алынады.
температура мен антропометриялық мәліметтер жиналады. Науқастың жалпы жағдайы болуы мүмкін
төрт түрі бойынша анықтайды: қанағаттанарлық (қалыпты), орташа (қалыптыдан төмен), ауыр және азапты (өліммен аяқталатын). Содан кейін аурудың санасының сынағы келеді.
Сана күйі келесі түрлермен анықталады: 1) ашық сана; 2) бұлыңғыр
Сана – сұраққа дұрыс жауап бергенімен науқас өзінің айналасын анықтай алмайды. 3) Ступор – науқас өзінің айналасын түсінбейді, жай ғана сілекейге реакция жасайды. 4) Сопор – науқас үнемі ұйықтап, қатты дыбыстарға ғана жауап береді, бірақ айтылған сөздің мағынасын түсінбейді. 5) Кома – науқас есінен танған, есінен танған; кейде рефлекстер де мүлде жоғалады.

Дене түрлері. Адамның дене құрылысы (конституциясы) жиынтығы болып табылады
Көбінесе әкеден балаға берілетін, бірақ қоршаған ортаның, әсіресе әлеуметтік жағдайдың әсерінен өзгерістерге ұшырайтын дененің морфологиялық және функционалдық белгілері. Дене құрамының өзгеруі жүйке және эндокриндік жүйелердің жұмысына сәйкес болады. Сондықтан адам темпераментінің түрлерін қарастырған жөн. Олар мыналар: 1) холерик – қызба мінезді, күшті мінезді; 2) флегматикалық – ұстамды, қарапайым мінезді; 3) сангвиник – ұстамды, екпінді мінез; 4) меланхолик – қызба, әлсіз мінез.
Профессор М.В.Чернороцкий адам ағзасының морфологиялық және функционалдық ерекшеліктерін ескере отырып, адамдарды үш конституциялық типке бөлді: астениялық, нормостеникалық және гиперстеникалық.

Тері қабатын тексеру. Тері қабатының жағдайына назар аударатын шағым
Терінің қышуы. Терінің қышуы кейде терідегі өзгерістермен байланысты (псориаз), бұл мүмкін
ішкі органдар ауруларының сыртқы көрінісі (бауыр және өт жолдары аурулары, лимфогранулематоз), сондай-ақ аллергиялық аурулардың алғашқы белгісі ретінде де пайда болуы мүмкін.
Назар аударатын келесі нәрсе - тері түсінің өзгеруі. Бозару және
вегетативті жүйке жүйесі аурулары бар адамдарда терінің қызаруы кезектесіп отырады. А
Терінің тұрақты бозаруы және күн өткен сайын күшеюі келесі жағдайларда байқалады: кенеттен немесе біртіндеп қан кету (асқазан жарасы, геморрой, гинекологиялық аурулар), қан аурулары (гемолитикалық анемия, Верлгоф ауруы және т. тері астындағы тамырлардың нашар дамуына байланысты бет.
Терінің бозаруы басқа себептерден де туындайды: кезінде тері тамырларының қысылуы
бүйрек аурулары; қан тамырларының тарылуына әкелетін жағдайлар (қорқыныш, естен тану, құсу,
Гипертониялық криз, үсік шалу); қан тамырларының жеткіліксіздігі (қолқа стенозы, қолқа қақпақшасының жеткіліксіздігі). Терінің кенеттен бозаруына ерекше назар аудару керек, өйткені бұл жағдайларда (асқазан жарасы, перитонит және т.б.) науқасқа дереу медициналық

көмек қажет болуы мүмкін. Әдетте, мұндай жағдайларда бет кенеттен бозарып, бас айналу және сананың жоғалуы орын алады, пульс жиілейді, қан қысымы төмендейді.
Бозару әртүрлі болуы мүмкін. Гемолизден туындаған анемияда (Аддисон-Бирмер анемиясы, гемолитикалық анемия) тері аздап сарғыштау болып көрінуі мүмкін; хлорозда жасылдау көрінуі мүмкін; ал қатерлі ісіктерде ақшыл болып көрінуі мүмкін. Кейбір ауруларда терінің түсі көгерген болуы мүмкін, ол цианоз деп аталады. Терінің күңгірт тонусы қандағы бұрын төмендеген гемоглобин деңгейінің жоғарылауынан туындайды. Екі түрлі себеп бар: біріншісі – шеткергі қан айналымының бұзылуы, екіншісі – өкпедегі газ алмасудың жеткіліксіздігі. Кейде екі себеп бірге пайда болады, яғни олар бір адамда кездеседі.
Жүрек қызметінің нашарлауы нәтижесінде өкпеден ағып жатқан артериялық қан оттегімен қанықтырады, бірақ шеткергі қантамырлардағы айналымның баяулауына байланысты тіндерге әдеттегіден көп оттегі жетеді. Нәтижесінде веноздық қандағы бұрын төмендеген гемоглобин мөлшері артады. Бұл көгеру көгеру деп аталады.

4. Көрнекілік материал: презентация.
5. Әдебиеттер: силлабустың соңғы бетінде көрсетілген
6. Бақылау сұрақтары (кері байланыс):
1. Ауру дегеніміз не?
2. Аурулардың пайда болу себептерін атаңыз.
3. Тексеру ережесін атаңыз.
4. Науқастың терісін тексергенде қандай белгілерге назар аудару керек?

№2 дәріс

Неврологиядағы жетекші клиникалық синдромдар. Менингеальды синдром және жедел цереброваскулярлық бұзылыс. Диагностикалық мән.
Жүйке жүйесінің жетекші клиникалық синдромдары (менингеальды және жедел цереброваскулярлық бұзылыс) бар науқастарды сұрау, анамнез жинау және зерттеудің объективті әдістерінің принциптері.
2. Мақсаты: Білім алушыға жүйке жүйесі мүшелерінің патологиясының негізгі синдромдарын, сонымен қатар менингеальды және геморрагиялық, ишемиялық синдромның болуын диагностикалаудың маңызды және міндетті аспектілерін бағалауды үйрету.
3. Дәріс тезистері:
Менингеальды симптомдарды анықтау
1) Жатыр мойнының ригидтілігі симптомы - науқаста мойын омыртқаларының тұрақсыздығы (мысалы, жарақаттан кейін немесе ревматоидты артрит кезінде) жоқ екеніне және оның грыжа қаупінің жоқтығына көз жеткізу керек; науқас шалқасынан жатады, басы жоқ; науқастың кеудесін бір қолмен ұстап, екіншісін желке аймағының астына қойып, иекті төс сүйегіне жақындатуға тырысу керек. Симптом оң болса, желке бұлшықеттерінің еріксіз жиырылуы науқастың басын кеудеге бүгуге мүмкіндік бермейді, қарсылық пен ауырсынуды тудырады. Қаттылықтың ауырлығы иек пен науқастың төс сүйегі арасындағы қашықтықпен өлшенеді. Төтенше жағдайларда омыртқаның ұзын бұлшықеттерінің кернеуі соншалықты үлкен

Бұл бастың өздігінен артқа иілуіне және дененің алға иілуіне (опистотонус) әкеледі. Оны бастың шектелген бүгілуінің басқа себептерінен (мойын омыртқасының дегенерациясы, паркинсонизм, жатыр мойны лимфаденіті, ауыр фарингит) ажырату керек.

2) Брудзинский симптомы:

а) жоғарғы – желке бұлшықеттерінің ригидтілігін тексеру кезінде иекті кеудеге жақындату жамбас және тізе буындарында төменгі аяқтардың еріксіз бүгуін тудырады;

б) төменгі – жамбас симфизін басу нәтижесінде пайда болатын төменгі аяқтардың бүгілуінің бірдей реакциясы;

3) Керниг белгісі – науқас шалқасынан жатады; науқастың төменгі аяқ-қолын жамбас буынында 90° бұрышпен бүгіп, содан кейін оны тізе буынында түзетуге әрекет жасау керек. Егер симптом оң болса, бұлшықеттің еріксіз жиырылуы түзетіледі
тізе буынында, қарсылық пен ауырсынуды тудырады. Керниг белгісі екі жақты симптом болып табылады (сиатикадағы Лазегудің шиеленіс белгісінен айырмашылығы).

Менингитті анықтауда менингеальды симптомдардың сезімталдығы өте төмен, әсіресе жаңа туған нәрестелер мен қарт адамдарда. Менингитті көрсететін басқа белгілер →

2. Қосымша зерттеулер: белдік пункция → (ми-жұлын сұйықтығының қысымын анықтау, цитологиялық, биохимиялық, және микробиологиялық зерттеулер [бактериоскопиялық зерттеу, культура, ПТР]); нейробейнелеу зерттеулері (КТ, МРТ).

4. Көрнекілік материал: презентация.

5. Әдебиеттер: силлабустың соңғы бетінде көрсетілген

6. Бақылау сұрақтары (кері байланыс):

1. Жүйке жүйесінің патологиясына тән негізгі клиникалық синдромдар қандай?
2. Менингеальды синдром қандай патологияларда кездеседі?
3. Геморрагиялық инсультке тән қандай белгілерді атауға болады?
4. Керниг белгісі қалай анықталады?