

**Қожа Ахмет Яссауи атындағы Халықаралық
қазақ-түрік университеті
Шымкент медицина институты
Дипломнан кейінгі оқыту бөлімі**


СӨЖ

**ТАҚЫРЫБЫ: ПСИХИАТРИЯЛЫҚ НАУҚАСТАРДЫ
ТЕКСЕРУ ӘДІСТЕРІ**

ҚАБЫЛДАҒАН: МАНАХАЕВ

Б

ОРЫНДАҒАН: АҚЫЛБЕК Ж.

ТОБЫ-ЖМК-507

ШЫМКЕНТ-2016

Жоспар:

- I. Кіріспе

- II. Негізгі бөлім

1. Клиникалық әдіс
2. Науқасты сұрастыру және бақылау
3. Субъективті және объективті анамнез
4. Науқастың ауруға және емге қатынасын бағалау
5. Жалпы соматикалық тексеру
6. Зертханалық тексеру
7. Нейрофизиологиялық әдіс
8. Ми құрылымын зерттеу
9. Психологиялық әдіс
10. Ауру тарихы

IV. Пайдаланылған әдебиеттер

Психиатриялық тәжірибеде келесі зерттеу әдістері орын алады

- Әңгімелесу;
- Клиникалық диагностика;
- Параклиникалық зерттеу.

Психология әдістері

```
graph TD; A[Психология әдістері] --> B[негізгі]; A --> C[қосымша]; B --> D[бақылау]; B --> E[эксперимент]; B --> F[интервью]; C --> G[анализ]; C --> H[тест]; C --> I[Егіз методикасы];
```

негізгі

қосымша

бақылау

эксперимент

интервью

анализ

тест

Егіз
методикасы

Әңгімелесу– психиатриялық зерттеудің негізгі әдісі болып табылады. 

- Субъективті (аурудың өзін);
- Объективті (туыстары мен таныстары арқылы) бақылау арқылы жүзеге асырылады.
- Психикалық аурулардың көптеген симптомдары көбіне *субъективтік* кеселдің болуынан байқалады. Бұл аурудың бар екендігін және оның ерекшелігін білікті әңгімелесу көмегімен ғана анықтауға болады.



- Субъективті анамнез жинастыру кезінде қазіргі кездегі патологиялық жай – күй (өткенді сандырақ түсіндіру конфабуляция, ұмыту) ескеріледі, мұның өзі анамнезді емес, аурудың осы сәттегі жай – күйін, оның статусын сипаттайды.
- *Объективті анамнез* – аурудың жақын – жуықтарынан, олардың таныстарынан қызметтестерінен, көршілерден оны жақсы білетін адамдардан жинастырады. Сондай – ақ объективті анамнезді жинау барысында да тұқым қуалаушылық жөніндегі мағлұмат алыс туыстардың арасында ерекше орын алады.



**Клиникалық әдіс психикалық аурулардың
диагностикасында маңызды орынды алады, ол
бірнеше кезеңдерге бөлінеді:**

- симптомдар квалификациясы және анықталуы
- олардың байланысы, синдромдар квалификациясы
- синдромдардын жетілу динамикасының бағасы
- алдын ала диагноз қою
- дифференциальдік диагностика
- жіктелу бойынша диагноз қою



● *Диагностиканың параклиникалық әдістері:*

- *Инструментальдік және лабораторлық диагностика.*
- *Диагностиканың тәжірибелік-психологиялық әдістері.*
- *Компьютерлік диагностика.*



- **Психикалық ауыру кезінде психиатриялық зерттеу:**

- *Неврологиялық зерттеу;*
- *Бас – сүйекті шолу рентгенограммасы;*
- *Электроэнцефалография;*

Психикалық әрекетті зерттеу әдістері



- Физиологиялық
- Кибернетикалық
- Социологиялық
- Электрофизиологиялық
- Психологиялық
- Бақылау
- Тәжірибе
- Психологиялық сынағалар
- Ауызша жауап
- Жоғарғы жүйке қызметін лабораториял
ық зерттеу;

- **Неврологиялық зерттеу** – бірқатар психикалық ауру мидың дөрекі түрде органикалық зақымданудың нәтижесінде пайда болады, көптеген психикалық аурулар әртүрлі неврологиялық бұзылыстармен, вегетативтік кеселдермен қоса жүреді. Жүйке және вегетативтік жүйені зерттеу невропатология белгілеген ережеге сай орындауы тиіс.
- Дөрекі органикалық тұрғыдан ми зақымданғанда пайда болатын психикалық аурулар кезінде жұлыннан сұйықтық алып зерттеу қажет.



- **Электрэнцефалография** – ми биотоктарын жазып алу. Ми токтарының көзі оның клеткаларының метоболизмі, клетка мембраналарының белсенді қарсыласудағы өзгерісін, сеанс арқылы импульстардың жүргізілу және басқа да жете зерттелмеген факторлар болмақ.
- Ми биотоктарының қалыпты жағдайда екі түрде : альфа- және бетта- толқын түрінде байқалады.



- Реоэнцефалография (РЭГ) – ми қан айналымына баға беретін қосалқы тәсіл. Реоэнцефалография түсіру, жазу бас сыртындығы әр түрлі нүктелерге қойылған электродтар арқылы жүзеге асырылады. Бұл әдіспен мидың әр жарты шарындағы және оның жекелеген қан тамырлары алабындағы қан жүрісін зерттеуге болады. Ішкі ұйқы және омыртқа артерияларының қанға толығуын байқау үшін маңдай-еңіздік тәрізді өсік және қарақұс-еңіздік тәрізді өсік аралықтарында орналастырылатын электродтар қолданылады.



- Ми қан тамырлары жүйесіндегі патологиялық өзгерістерге байланысты реоэнцефалограммада негізінен мынадай синдромдарды анықтауға болады.
- 1. Ми қан тамырларының қатайып ілікпеуі. Атеросклероз, васкулит т.б ауруларға байланысты ми қан тамырлары илікпейтін болса, амплитуда кішірейеді, өрлеу бөлімі ұзарады, Реографиялық толқынның ұшы қалақша тәрізденіп жұқарады, төменгі бөлігі жазылып, тіпті дикроттық тіс байқалмайды. Мұндай жағдайда дәрі-дәрмек әсер етпейді



A



C



B



● **Психологиялық зерттеу**

- Он сөзді есте сақтау. Бұл нұсқау қысқа мерзімде, ұзақ мерзімде және өндірілген, өндірілмеген есте сақтауға қолданылады. Науқасқа он сөз беріледі, яғни бұл сөздер арасында байланыс болмауы тиіс. (тау, ине, гул, мысық, сағат, шарап, пальто, кітап, терезе, ара темір).
- Содан кейін қайта оқылады. Қалыпты жағдайда 4-5 рет оқығаннан кейін 10 сөз дұрыс болады.



- *Ассоциативті есте сақтау пробасы.* Науқасқа 10-дана жеңіл жатталатын сөздер ұсынылады. Дәрігер бірінші сөзді айтады, науқас екіншісін айтуға тиіс. Мысалы: алма-алмұрт, өзен-көл, кеш-таңертең, аға-іні, кітап-дәптер, көгершін-қарға т.б.
- *Пиктограмма* – науқасқа 10-15 белгілі-бір тұжырымдама ой айтылып жатталады. Кейін науқас осы тұжырымдарды суретке бейнелеуі тиіс. Кейін 40-60 минут өткеннен кейін сол суреттерін өзіне қайта ұсынып берілген тұжырымдарды есіне түсіреді.



- Қабылдаудың бұзылыстары , сенсорлық бұзылысты тексеру. Науқас адамға әр түрлі ракурстағы қозғалыстағы фигураларды мүмкіндігінше есіне сақтауына ұсынады “қозғалыстағы тік төрт бұрыштар”, “толқынды фон” Науқас осы фигуралардың түсін ,санын сипатын айтуы тиіс.

Лабораториялық зерттеу



Психикалық ауруларды зерттегенде міндетті түрде зәр мен қанның жалпы және клиникалық анализдері болуы керек.

Бұдан кейін, осындай зерттеулерді аурудың жағдайына байланысты жүйелі және кезенді түрде жүргізіп отырады. Бұл тек аурудың фонды соматикалық жағдайын бағалау ғана емес, сонымен қатар психикалық аурулардың белсенді терапиясы үрдісінде соматикалық күйді бағалауға қажет. Бұдан өзге анализдерде психикалық патологияны көрсететін оны сипаттайтын өзгерістер болады.

Соматогенді, инфекциялық, интоксикациялық психозда жиі лейкоцитоз, ЭТЖ-ның көтерілуі, нейтрофилия, қан формуласының солға ығысуы, ал аллергиялық реакцияларда эозинофилдер көбеюі, созылмалы қабыну үрдістерінде лимфоцитоз байқалады. Үдемелі салдануға эозинопения тән. Шизофрениямен науқастар қанында лейкоциттер 4500 – 3000 дейін төмендейді. Емдеу мақсатында сульфозинді бұлшықетке жібергенде әлсіз лейкоцитарлы реакция пайда болады, бұл организм реактивтілігінің төмендеуімен байланысты. Аса жедел жағдайларда – фебрильды кататония кезінде науқас ағзасының сусыздануы әсерінен зәрдің тығыздығы жоғарылайды, қанда - эритроциттердің тұну

Көптеген психикалық ауруларға қан мен зәрдің биохимиялық өзгерістері тән. Оның сипаты және қарқындылығы нозологиялық форманың ерекшелігіне ғана емес, сонымен қатар оның синдромальды көрінісіне, психикалық бұзылыстардың жеделділік дәрежесіне, науқас қозған немесе тежелген жағдайда ма, ауру үрдісіне мүшелер мен жүйелердің қатыстылығы дәрежесіне де байланысты.

Қимылдық қозу жағдайындағы әрбір науқаста нозологиялық формаға тәуелсіз гипергликемия пайда болады. Сонымен бірге, қанда кортикостероидтар мен катехоламиндер де көбейеді. Анық аффективті бұзылыстарда гипергликемия мен глюкозурия кездеседі. Маниакальды – депрессивті психоздың бастапқы ұстамасы негізгі зат алмасудың жоғарылауымен сипатталады, ал ұстамаға дейінгі аралық кезеңде негізгі зат алмасу төмендейді де, қанда диабетке тән өзгерістер болады. Бұрыннан, жайсыз ағымда келе жатқан шизофрения үрдісінде сәйкес алмасу бұзылыстарымен эндокринді ауытқулар байқалады; глюкозаға толеранттылығы азаяды. Алкоголизмде бауырлық сынамалар өзгерген, церебральды атеросклерозда қанда холестериннің мөлшері көбейеді, триглицерид көрсеткіші жоғарылайды. Қандағы биохимиялық

Зат алмасудың туа пайда болған ауыр бұзылыстары олигофренияның кейбір түрінде анықталады: фенилкетонурияда, лейцинозда, клен шырыны ауруында және т.б.

Белсенді емдеудің кейбір түрлерінде бағытталған биохимиялық зерттеулер жүргізу міндетті болып табылады. Инсулинокоматозды терапия жүргізгенде глюкозаға толеранттылық зерттеледі, ал литиймен емдеу жүргізгенде оның мезгіл – мезгіл қандағы мөлшері анықталып отырады. Литий тұздары қанда $0,8 - 1,0$ ммоль/л көп болған жағдайда асқынулар мен жағымсыз әсерлер туады, ол дәрінің артық мөлшерде берілуімен байланысты. Қанды серологиялық зерттеу әдістері негізінен мерезге реакция - Вассерман (RW), Закс – Витебский, Кан болып табылады. Кейбір жағдайларда органикалық қабынулық церебральды ауруларда сәйкес антигенмен токсоплазмоз реакциясы жүргізіледі.

Жұлын сұйықтығын зерттеу. Мида органикалық патологияның бар екеніне күдіктенгенде жұлын сұйықтығына зерттеу жүргіземіз.

Жұлын сұйықтығын қауіпсіз алу мақсатында люмбальды пункция қолданылады, жұлынның төменгі жағының аяқталуы аймағынан III және IV немесе IV және V бел омыртқасының арасынан алынады. Бұл жерде ми қабығы жұлын сұйықтығына толған қалташа құрайды. Манипуляцияға байланысты науқастың жүрегі айнып, құсуы мүмкін. Сондықтан пункцияны тағам қабылдамай тұрып жасау керек, болған соң басы ауырмас үшін 3 – 4 сағат жастықсыз төсекке жатқызу керек, жату режимінің ұзақтығы 2 – 3 күн. Пункция кезінде науқас столға еңкейіп отыруы керек немесе аяғын бүгіп бір жақ бүйірімен жатуы керек.

Қалыпты жағдайда жұлын сұйықтығы мөлдір, түссіз, жиі тамшылап ағады. Бас іші қысымы көтерілгенде сұйық жылдам ағады, ал төмендегенде сирек тамшылайды. Отырған науқаста оның қысымы 240 – 300 мм .с.б. тең, ал жатқан науқастағы қысым 120 – 200 мм.с.б. тең. Жұлын сұйықтығына қан араласқан кезде ликвордың түсі қоңыр қызыл және тұндырған кезде өзгермейді. Қан араласудың себебі тері қантамырларын тескен кезде зақымдалғанның белгісі. Сұйықтықтың қанмен бұзылуының келесі порцияларда азаяды, тұндырғанда,

Люмбальды пункция кезіндегі жұлын сұйықтығының қалыпты жағдайдағы негізгі көрсеткіштері: тығыздығы 1,005 – 1,008, реакциясы - әлсіз сілтілі, рН – 7,4 – 7,8. Цитоз 0 – 5 клетка 1 мкл. Қант мөлшері 2,22 – 3,33 ммоль/л. Белок – 0,16 – 0,3 г/л. Альбумин мен глобулиннің арақатынасы 1:1. Тұнба глобулинді реакция Нонне – Апельта аммония сульфатымен теріс(-). Белокқа сезімтал. Панди реакциясы карбол қышқылымен теріс (-) немесе әлсіз оң (+). Сулемамен Вейхбротт белокты реакциясы теріс (-). Вассерман реакциясы теріс (-). Ланге реакциясында коллоидты алтынмен жұлын сұйықтығын қосқанда ерітіндінің алқызыл түсі өзгермейді.

Ликворды зерттегендегі көрсеткіштер өзгеруінің диагностикалық маңызы зор. Гидроцефалиямен науқастарда сұйықтықтың салыстырмалы тығыздығы азаяды, ал мидың және оның қабықтарының қабынулық ауруларында цитоз көбейеді. Лимфоцитарлы реакциямен әлсіз цитоз (1 мкл 10 – 100 клетка) арахноидиттің созылмалы түрі мен нейромерезге тән. ... менингитте 1 мкл-ға шаққанда полинуклеарлар 150 – ден

Жұлын сұйықтығында қант мөлшерінің азаюы ми қабығындағы қабыну процесінің күшеюін көрсетеді. Белок санының көбеюі мен глобулиндердің пайда болуы, табиғи әртүрлі церебральды органикалық патологияда, ісіктерде, энцефалитте, менингитте, арахноидитте, сифилис ауруларында кездеседі. Бұл жағдайда белоктың тұну реакциясы оң болады. Ланге реакциясының патологиялық өзгерістерде дифференциалды диагностикалық маңызы зор. Реакцияны 10, 20, 40, 80 ретке және одан да көп сұйылтылған жұлын сұйықтығын 16 пробиркаға құяды. Әрбір түтікшеге 5 мл коллоидты алтын қосады. Сұйықтық түсінің өзгерісін санмен белгілейді: 1 – қызыл, 2 – қызғылт - күлгін, 3 – күлгін, 4 – көк-күлгін, 5 - көк, 6- көгілдір, 7 – түссіз. Ми мерезіне түстің аздап өзгеруі тән, 2 – 5 түтікшеде айқындау болады.

Вассерман реакциясы үдемелі салдануда күрт оң (4+); басқа да серологиялық реакциялар (Закс, Витебский, Кан) оң болады. Ми мерезімен науқастардың қан мен жұлын сұйықтығының серологиялық реакциясы анық нәтиже бере алады. Полиомиелитте, безгекте және басқа ауруларда Вассерман реакциясы оң мәнді болуы мүмкін. Күмәнді жағдайда күрделі реакция қолданылады: иммунофлюоресценциялық (ИФР) – бозғылт трепонеманы иммобилизациялау реакциясы (БТИР). Ми мерезінде ИФР 95 – 100 % оң нәтиже, ал БТИР 98 – 100% оң нәтиже

Психиатриялық ауру тарихы



- *Сырқатнама келесі бөлімдерден тұрады*
- 1) Төлқұжаттық мәдіметтер
- 2) Науқастың шағымы
- 3) Анамнез
 - а.Өмір анамнезі
 - б.Жанұялық анамнез
 - в.Ауру анамнезі
- 4) Тексеру кезіндегі науқастың жағдайы
 - а.Соматикалық жағдайы
 - б.Жүйке жүйесінің жағдайы
 - в.Психикалық жағдайы

- 5) Синдромальды диагноз
- 6) Лабораторлы және инструменталды зерттеу нәтижелері

- 7) Нозологиялық диагноз

- а. Болжам диагноз
- б. Диагнозды негіздеу
- в. Қорытынды диагноз

- 8) Тағайындаулары

- а. Тәртіп, бақылау түрі
- б. Күтім, тамақтану сипаты
- в. Емдеу



Пайдаланылған әдебиеттер:

1. www.google.kz

2. yandex.ru

3. medkarta.com

**Назар аударғандарыңызға
рахмет!!!**

