

***СӨЖ***

**Тақырыбы: Ұйқы физиологиясы. Ұйқы фазасы, бұзылысы және емдеу әдісі.**

Орындаған: Құдайберген Ж  
Тобы: 26-01  
Факультет: ЖМ  
Тексерген: Медетова А

- **Ұйқы-** физиологиялық жағдай, субъектінің қоршаған ортамен активті психогенді байланысының жоғалуы. Ұйқы адам өміріне қажетті, көп ғасырлар бойы ұйқыны күндіз бойы жоғалған энергияны қалпына келтіру деп санаған бірақ түнде бас ми нейрондар активтілігі жоғарлайды.



**Ұйқының негізгі екі фазасы болады :**

**Баяулаған ұйқы және тез ұйқы фазасы. Дені сау адамдарды баяулаған ұйқы фазасынан басталады, ұзақтығы 5-10 мин. Осыдан кейін 2 стадия болады, ұзақтығы 20 минут. 30-45 минуттан кейін 3-4 стадияға ауысады. Тез ұйқы фазасы 1 сағатқа созылады.**

**Бірінші кезең альфа ритмдер төмендеуі және төменамплитудалды тета, дельта толқындары дамиды.**

**Екінші кезең “ұйқы веретена” деп атайды яғни сигма ритмдер дамиды. “ұйқы веретена” сананың сөнуі болады бұл кезде адамды ояту жеңіл болады. Ең сезімтал анализатор есту.**

**Үшінші кезең екінші стадия жалғасы болып табылады тек төменамплитудалы дельта толқындары болады.**

**Төртінші кезең дельта ұйқы стадиясы деп айтады. Бұл уақытта адамды ояту қиын болады.**

**Бесінші кезең тез ұйқы стадиясы.**

## Ұйқы бұзылысы

**Ұйқы бұзылысы** психиатриялық және жалпы соматикалық аурулар кезінде жиі кездесетін шағымдардың бірі болып табылады.

- ❖ Ұйқы бұзылысы шағымдарының себептері:
- ✓ Қарттық шақта ұйқының азаюы;
- ✓ Болашағына деген қорқыныш үрей кезінде;
- ✓ Жедел психоз: депрессия, мания, шизофрения жедел ұстамалары, делирий.;
- ✓ Ұйқы кезіндегі апноэ;
- ✓ Алкогольді,наркотикалық,ұйықтатқыш заттарға тәуелділік дамығанда.;
- ✓ Психотравмалық жағдай;
- ✓ Нервоздарда;



## Ұйқысыздық:



Депрессия кезінде нашар ұйықтайды ерте оянады түнде ұйықтай алмағына шағымдар айтады.



Мания кезінде ұйықтағысы келмейді, ерте оянады. Делерий кезінде ұйықтар алдында әртүрлі үрей қорқыныш мазалайды көзін жұмғанда әртүрлі көріністер бейнелер көрінеді.



Шизофренияның жедел ұстамаларында үрей, қозу, галлюцинациямен немесе керісінше ступор жағдайда ұйықтамайды.



## Ұйқысыздық(инсомния):



Алкоголь, наркотикалық, ұйықтатқыш заттарға тәуелділік дамығанда ұйқысыздық болады, ұйықтау үшін белгілі бір дозасын қабылдайды. Дәріге тәуелділік пен күрес кезінде толықтай дәріден бас тартпау қажет, себебі науқастардың өміріне қауіпті болып саналады(делирия, эпилептикалық статус дамиды). Сондықтан дәріге тәуелділік емдеу кезінде барбитураттарды транквилизатор дозасын біртіндеп азайтып береміз.



Неврастения және бас ми қантамырлық аурулар кезінде науқастар тітіркенгіш болып келеді, сезімталдығының жоғары болуы; сағат тілі, ағып жатқан су ағыны, транспорттағы шулар ұйықтауына кедергі келтіреді. Түнде жиі оянады өзін ұйықтамағандай сезінеді.



## Гиперсомния ұйқының күндіз болуы.

### нарколепсия

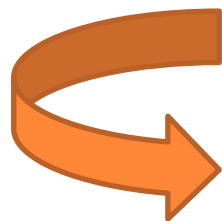
Салыстырмалы сирек кездесетін тұқым қуалайтын патология,эпилепсиямен, эмоциональды стресспен байланысты емес.Тез ұйқы фазасы тән клиникалық көрісі бұлшық ет тонусының жоғалуы (каталепсия),анық гипногогиялық галюцинация ұйқы «паралич» ұйқы кезіндегі сезім болады.Ауру 30 жасқа дейін дамиды, одан кейін үдемелі түрде.

### Синдром Кляна-Левина

Сирек кездесетін патология,бұл кезде гиперсомния сананың эпизодты тарылуымен жүреді. Науқас бөлектенеді,тыныш жерді іздейді,ұйқысы ұзақ болады. 40 жастан кейін дамиды.



## Медикаментозды емес ем:



- таза ауада жүру.
- ұйқысы келмегенше ұйықтамау.
- Ұйықтар алдында тамақ ішпеу немесе аш қарында ұйықтамау керек.
- Физикалық жаттығулар жасау қажет.
- Ұйқысы келмеген жағдайда өзіне ұнамды істермен айналасу мыс: кітап оқу, музыка тындау.
- Жылы ванна қабылдау.
- Жылы сүт балмен.
- Бір уақытта ұйықтап бір уақытта тұру қажет



## МЕДИКАМЕНТОЗДЫ ЕМІ:

Дәрілік заттарды тағайындау кезінде негізгі дерт сипатын, ұйқы бұзылысының нақты ерекшеліктерін және препараттың фармакологиялық ерекшеліктерін ескеру керек. Ұйқысыздықтың емінде жиі транквилизаторлар қолданамыз. Олар қауіпсіз, түнгі ұйқы құрылымына әсер етеді, жылдам әрі сенімді эффект береді.

Транквилизатордан нитрозедам (радедорм, эуноктин, берлидорм) 05,- 2 таб. ұйықтар алдында. Ұйқысыздық депрессия фонында дамыса седативті антидепрессанттар қолданамыз (амитриптилин, миансерин, тразодон, флювоксамин, коаксил) Amitриптилин 20-50 мг таб. ұйықтар алдында.

**Жедел психоз** жағдайындағы науқастарға ұйқысыздық транквилизаторлармен емге келе бермейді. Бұл жағдайда күшті седативті нейролептиктер қолданамыз. (аминазин, тизерцин, лепонекс, хлорпротиксен). Аминазин в/в 10-20 мл 5% (иногда 20-40%) глюкоза немесе натрия хлорид изотониялық ерітіндімен. Психическалық ауруларды емдеу кезінде бастапқы дозасы 0,025-0,075 г күніне (в 1-2-3 приема), кейін біртіндеп дозасы 0,3-0,6 г



Ұйқы бұзылысы, созылмалы ауру синдромы, сексуальды дисфункция, семіздігі бар науқастарға зерттеу әдістерін жүргізу.

Семіздігі бар науқастарды зерттеу әдістері:

- Толық анамнез жинау (жанұялық, социальдық, физикалық белсенділігін, стресс)
- Семіздіктің қашан пайда болғанын жыныстық жетілуге дейін, жүкті кезінде, босанғаннан кейін.
- Семіздікпен науқастарға тамақтануына байланысты минимум 5 сұраққа жауап алуымыз керек.
  - 1 қандай тағамдарды жиі қолданады
  - 2 қай уақытта жиі тамақтанады.
  - 3 кешкі тамақтану уақыты оның құрамы
  - 4 түнде тамақтануы болады ма?

Толық анамнез жинап болғаннан кейін антропометрия көмегімен дене салмағы индекcін анықтаймыз



**Анамнез(тұқымқуалаушылық,қосымша аурулары,  
тамақтануы,физикалық белсенділігі)**

Қарап тексеру  
ДСИ(ИМТ)

Зерттеу әдісі

негізгі

қосымша

ЭКГ, бастың  
рентгенографиясы,  
қандағы глюкозаны  
анықтау, триглицерид,  
глутамилтрансфераза

Көрсеткіштер бойынша  
глюкозатолеранттылық  
тест, холестерин, ЖТЛП,  
ТТЛП, инсулин деңгейін,  
ТТГ, пролактин,  
тестостерон, эстрадиол

## Диагностика

- Дәрігер –невролог немесе сомнолог– арнайы ұйқы бұзылысы бойынша. науқастан сұрау арқылы толық клиникалық зерттеу жүргіземіз. Ұйқы бұзылысының ең маңызды зерттеу әдісі — полисомнография. Полисомнография арқылы ұйқы ұзақтығын, ұйқы кезеңдерінің таралуын, түнгі ұстамалады.



## ҚОЛДАНЫЛҒАН ӘДЕБИЕТТЕР:

- 1.Н.Н.Иванец,Ю.Г.Тюлбпин.В.В:Чирко, М.А.Кинкулькина «Психатрия и наркология» 2009 г
- 2.Б.Б.Джарбусынова Психиатрия для врачей общей практики.Алматы 2011
- 3.Н.М.Жариков. Л.Г.Урсова. Д.Ф.Хритинин. К.Т.Сарсембаев Психиатрия Алматы 2010
- 4.Мельниченко Г..А. Ожирение в практике эндокринолога, РМЖ, 2001, 9 (2), стр. 82–87
- 5.Ғ.М.Құдиярова,Б.Б.Жарбосынова Психиатрия Алматы 2008 ж

