

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA АКАДЕМИАСЫ «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»	ОРИГИНАЛ
«Клиникалық пәндер» кафедрасы		044-67/ 18 ()	
Ғылыми үйірменің есебі		8 беттің 1 беті	

**Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ жанындағы
медицина колледжі**

**«Клиникалық пәндер» (колледж) кафедрасындағы
«Терапия:Алғашқы медициналық көмек» ғылыми үйірмесінің
ЕСЕБІ**

Шымкент 2024 ж.

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SKMA - 1979 -	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Клиникалық пәндер» кафедрасы		044-67/ 18 ()
Ғылыми үйірменің есебі		8 беттің 2 беті

Терапия: Алғашқы медициналық көмек

Тақырыбы: Кардиогенді шок және ЖКС кезіндегі жедел медициналық көмек көрсету

Кардиогенді шок- бұл артериялық гипотензиямен сипатталатын қан айналымының кенеттен бұзылысы, сонымен қатар мүшелер мен тіндердің қанмен қамтамасыз етілуінің кенеттен нашарлауы. Аталғандар мынаған байланысты: жүректің систолалық лақтырысының бұзылуы, шеткері артериялық қан тамырларының тарылуы, артериовенозды шунттардың ашылуы, тамырішілік коагуляцияның салдарынан қанайналымдық бұзылыстардың дамуы. Шоктың ең басты белгісіне систолалық қан қысымының төмендеуі және оған қоса мүшелер мен тіндер перфузиясының кенеттен нашарлауы жатады. Шокта систолалық артериялық қан қысымы 90 мм. сн .6. төмен.

Кардиогенді шоктың мынадай түрлері бар:

- рефлекторлы кардиогенді шок- ең жедел түрі. Артериалды қан қысымы рефлекторлы түрде төмендеуіне байланысты. Айқын метаболикалық өзгерістер болмайды. Уақтылы және нақты ем қолданылғанда, гемодинамика қалпына келеді.
- шынайы кардиогенді шок- шоктың нағыз және ауыр түрі. Ол айқын гемодинамикалық және метаболикалық бұзылыстармен айқындалады. Науқастарда қан қысымының төмендеуі, микроциркуляциялық бұзылыстар, ацидоз, ДВС-синдром дамиды. Көбінесе уақтылы комплексті емнің өзі нәтижесіз болады.
- ареактивті кардиогенді шок- өте ауыр дамиды. Аталған түрінде гемодинамиканың, метаболизм, микроциркуляцияның, қан ұю жүйесінің, қышқыл-сілтілік қатынастың ауыр және терең өзгерістері болады. Егер қарқынды вазопрессорлы ем, глюкокортикоидты терапиядан кейін 30 минут ішінде гемодинамика көрсеткіштері жақсарып не қалпына келмесе, бұл ареактивті шокты көрсетеді. Шоктың бұл түрінде 100% дейін өлімге ұшырайды.
- аритмиялық кардиогенді шок - гемодинамикалық және метаболикалық өзгерістер жүректің ырғағы мен өткізгіштігінің бұзылыстарымен қатар жүреді. Болжамы өлімге ошағының үлкендігіне және гемодинамикалық және метаболикалық бұзылыстардың дәрежесіне байланысты.

Жедел жәрдем шаралары:

А. науқастың өкпесінде айқын іркіліс болмаса: аяғын 20°C градусқа көтеріп, жатқызу керек;

- оттегі терапиясы 6-8 л минутына;
- ангинозды ауыру сезімі мазаласа- толық ауырсыздандыру шарасын жүргізу керек;
- жүректің жиырылу жиілігін реттеу (ЖСЖ минутына 150 реттен асатын пароксизмалды тахикардияда-электримпульсті терапия, ал егер минутына 50 кем жедел брадикардия дамыса - электрокардиостимуляция жүргізіледі);
- 10 000 Б гепаринді көк тамырға егізу;

Б. Өкпесінде айқын іркіліс пен орталық көктамырлық қысымның жоғарылаған белгілері анықталмаса:

- 200 мл 0,9% натрий хлориді ертіндісін 10 минут ішінде көк тамырға, АҚҚ, ТЖ, ЖСЖ, өкпе мен жүректің аускультациялық көріністерін бақылау арқылы енгізу;
- 200 мг дофаминді 400 мл реополиглюкин не 5% глюкоза ертіндісін көктамырға тамшылатып енгізу, енгізу жылдамдығын 5 мкг/ (кг мин) - 10-12 тамшыдан АҚҚ қажетті деңгейіне дейін. Егер әсері болмаса- 2-4 мг норадреналин гидротартратын, 5% 400 мл глюкоза ертіндісін к/т тамшылатып енгізу;

Г. Кардиомонитор, пульсоксиметр арқылы өмірге қажетті функцияларын бақылау;

Д. Жағдайын калыпты күйге келтірген соң ауруханаға жеткізу.

Негізгі қауіп себептері мен асқынулары:

- анықтау мен ем шараларының уақытылы басталмауы;
- АҚҚ қалпына келтіре алмау;
- АҚҚ көтерілгенде немесе көк тамырға сұйықтықтарды енгізгенде өкпе ісінуінің дамуы;
- Тахикардия, тахиаритмия, қарыншалық фибрилляция;
- Асистолия;
- Ангинозды ауыру сезімінің қайталалануы;
- Бүйректің жіті жетіспеушілігі.

Кардиологиядағы шұғыл жағдайларда қарқынды ем үшін қолданылатын негізгі дәрі-дәрімектер

ЖИА-ны емдеу үшін қолданылатын көпетеген дәрілердің ішіндегі ең негізгі топ-антиангиналды заттар.

Қазіргі заманғы антиангиналды заттарға:

- нитраттар
- кальций антагонистері
- В-адреноблокаторлар жатады.

Нитраттар

Орташа емдік мөлшерде нитраттар веналарды және басым көпшілігінде ірі артерияларды кеңейтеді (алдыңғы және соңғы жүктемені азайту). Нитраттар ірі артериялар мен атеросклерозбен зақымдалған артерияларды, коллатералдарды кеңейте отырып, коронарлы қанайналымын және миокардтың ишемияланған аймағындағы оттегінің перфузиясын жақсартады. Сонымен қатар олар шеттік кедергіні төмендету арқылы, коронарлы қанайналымының жан-жаққа тарауына ықпалын тигізіп, миокардтың метаболизмін жақсартады. Нитраттардың тромбоциттерге антиагрегантты әсері де бар. Олар ангинозды ұстама кезінде және стенокардияның алдын-алу үшін де қолданылады.

Клиникалық тәжірибеде нитроглицериннің келесі дәрілік формалары қолданылады:

- инъекцияға арналған ертінділер (изокет, перлинганит, моназид);
- ішуге арналған таблеткалар (нитроглицерин, нитросоронт, эринит);
- аэрозольдар (изокет-спрей, нитроминт);
- әсері ұзақ таблеткалар;
- трансдермалды формалар (нитро 2%, депонит-5, депонит-10);

Нитроглицерин 1 және оның туындыларының әртүрлі спастикалық жағдайларда, яғни рефлекторлы стенокардияларды басу үшін қолданылуы әбден мүмкін. Нитроглицерин және оның туындыларын Са антогонистермен, В-адреноблокатормен бірге қолдануға болады.

Кальций антагонистері

Кальций антагонистері тамырға кеңейтуші әсер көрсетеді, сондықтан ЖИА-ны емдеуде, әсіресе вазоспастикалық стенокардияны және гипертониялық ауруды емдеуде кеңінен қолданылады.

Кальцийдің негізгі мөлшері клеткаларға L-каналдары арқылы түседі. Оған канадарға өткізудің жоғары жылдамдығы және рақ ашылу мерзімі тән (баяу канадар). Кальций

QONTÜSTİK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Клиникалық пәндер» кафедрасы	044-67/ 18 ()	
Ғылыми үйірменің есебі	8 беттің 4 беті	

антагонистері канал құрылымдарымен байланысып, олардың ашылу мерзімін азайтады. Клеткадағы кальций концентрациясының төмендеуі, актин мен миозин өзара әсер ету дәрежесін азайтып, тамыр қабырғасының тегіс бұлшық еттерінің әлсіреуіне, миокардтың жиырылғыштық қасиетінің төмендеуіне және жүректің өткізгіш жүйесінің тежелуіне әкеліп соғады. Кальций антагонистері, оның ішінде әсіресе верапамил антиагрегациялық әсер көрсетеді. Олар улы емес көмірсулық және липидтік алмасуларға жағымсыз әсерін тигізбейді. Кальций антагонистері қолданылатын көрсеткіштер: ЖИА-ның барлық түрі, әсіресе вазоспастикалық стенокардия, гипертензияның барлық түрі және олардың қосарлана келуі.

Верапамил (изоптин, финоптин, фаликард) көбінесе физикалық күшпен байланыссыз туған спонтанды стенокардияда тағайындалады. Және де ол стенокардияның гипертониялық ауру, суправентрикулярлық тахикардия, созылмалы іркілулік жүрек жеткіліксіздігі, созылмалы өкпелік жүрекпен қосарланған түрлерінде қолданылады. Нифедипин (коринфар, кордафен, кордипин, адалат, нифангин т.б.) коронарлы коллатералды кенейтеді, артериялық қысымды төмендетеді, ми қанайналымын жақсартады, сол қарыншадағы қысымды азайтады, миокардтың оттегіге мұқтаждығын төмендетеді және коронарлы қанның оттегіге қанығуын жоғарылатады. Оларды қабылдау вазоспастикалық стенокардияда, артериялық гипертонияда, кардиомиопатияда, қанайналым жеткіліксіздігінде көрсетілген. Нифедипинді нитраттармен, В-адреноблокаторлармен бірге шектеусіз беруге болады.

В-адреноблокаторлар

Бұл топтың дәрілік заттары В-адренорецепторлары арқылы байқалатын тек адреналиннің әсерін жояды. Ол рецепторлардың стимуляциясы қаңқа және жүрек бұлшық еттері тамырларының өкпе, құрсақ қуысы тамырларының тарылуын және оң хронотропты, миотропты, дромотропты әсерді тудырады (ЖЖЖ және күші жоғарылайды, жүректің өткізгіш жүйесінің қызметі жақсарады).

В1-рецептолары миокардта орналасады, олардың стимуляциясы ырғақтың жиілеуіне, коронарлы артериялардың кеңеюіне, жүрек жұмысының күшеюіне, оттегіге мұқтаждықтың жоғарылауына әкеледі.

В2-рецептолары бронхөкпелік тіндерде орналасқан, олардың қозуы бронходилатациялық әсерге алып келеді.

В-адреноблокаторлар өздерінің фармакологиялық қасиеттері бойынша біртекті емес. Олар өздерінің В1 және В2 рецепторларға әсер етуімен ерекшеленеді. Сонымен бірге, кейбір адреноблокаторлар ынталандырушы симпатомиметикалық әсерге ие, оны жеке, ішкі симпатомиметикалық белсенділік деп атайды (ІСВ).

В-адреноблокаторлар 5 топқа бөлінеді.

1. Селективті емес- В1 және В2 рецепторларына бірдей сер етеді (пропранолол, надолол, обзидан, сотадил, анаприлин). Олардың ІСВ жоқ.
2. Селективті емес ІСВ-і бар: окспренолол, пиндолол, альпренолол.
3. В1 селективті, ІСВ-і жоқ: атенолол, метапролол (эгилок) т.б.
4. В1 селективті, ІСВ-і бар: ацебутол.

5. А-адреноблокаторлық қасиеті бар В-адреноблокаторлар: лабетол, целипролол.

В-адреноблокаторлардың клиникалық әсері негізінен теріс инотропты әсерімен, жүректің қызметін және оттегіге мұқтаждықты төмендетуімен байланысты. Көптеген В-адреноблокаторлар, әсіресе селективті емес ІСВ-і жоғары жүрек қызметін сиретеді, синусты

түйін қызметін тежейді. АВ-қосылуда өткізгіштік баяулайды. ЖИА-ның барлық түрінде өмірге қауіпті аритмиялардың пайда болу қаупі азаяды. В- блокаторларға үйрену синдромы жоқ әсері ұзақ жылдар бойы қолданғанда да сақталады. Кейде "алып тастау" синдромы болуы мүмкін.

В- блокатордың абсолютті қарсы көрсеткіштері: бронхиалды демікпе (орташа және ауыр дәрежесі), синус түйіннің әлсіз синдромы, II-III дәрежедегі АВ-блокада, айқын бродикардия, миокардтың жиырылу қызметінің айқын әлсіреуі, декомпенсацияланған қант диабеті, верапамил мен МАО ингибиторлары мен эфир, хлороформ ингаляцияларымен бірге қабылдануы.

Жүректік-өкпелік реанимацияны (ЖӨР) базалық ЖӨР және маманданған ЖӨР деп екі үлкен кезеңге бөлуге болады.

ЖӨР-ны өткізуге көрсеткіштер: қан айналысының тоқтауы және тыныс алудың тоқтауы, агония алды, агоналдық жай-күй, клиникалық өлім. Реанимациялық шараларды қолданудан бас тарту немесе оларды тоқтату тек биологиялық өлім нақтыланғанда немесе бұл шараларды мүлдем болашағы жоқ деп танығанда ғана жүзеге асыруға болады.

Биологиялық өлімнің ерте белгілеріне «мысық көзі» симптомы, көздің қасаң қабығының кебуі мен көмескіленуі жатқызылады. Кеш белгілер – мәйіт дақтары мен мәйіттің сіресуі. Мидағы қайтымсыз өзгерістердің қан айналысы тоқтаған сәттен бастап 3-4 мин өткен соң пайда болатынын есте ұстау қажет. Сондықтан реанимациялық шаралардың ерте басталуының мәні өте зор.

Базалық ЖӨР өз бойына үш кезеңді (АВС) жинақтайды:

- Тыныс алу жолдарының өткізгіштігін қамтамасыз ету (А - Airway);
- Жасанды тыныс алуды өткізу В – Breathing;
- Жүректің жанама массажын өткізу С- Circulation.

Мұнда ересек адамдар кенеттен дүниеден өткендегі әрекеттің әмбебап алгоритмі болады.

Негізгі реанимациялық шаралар (базалық ЖӨР):

- жапа шегушінің есінің (санасының) жоқ екеніне көз жеткізу;
- тыныс алу жолдарының өткізгіштігін қалпына келтіру;
- тыныс алуын тексеру;
- өкпені жасанды желдетудің (ӨЖЖ) 2-5-тен тыныс беруін орындау (қажетінше);
- қан айналысының болуын тексеру;
- жүректің жанама массажын, дефибрилляторды/мониторды қосу. Жүрек ырғағын бақылау.

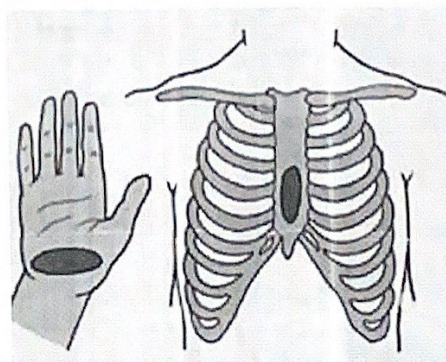
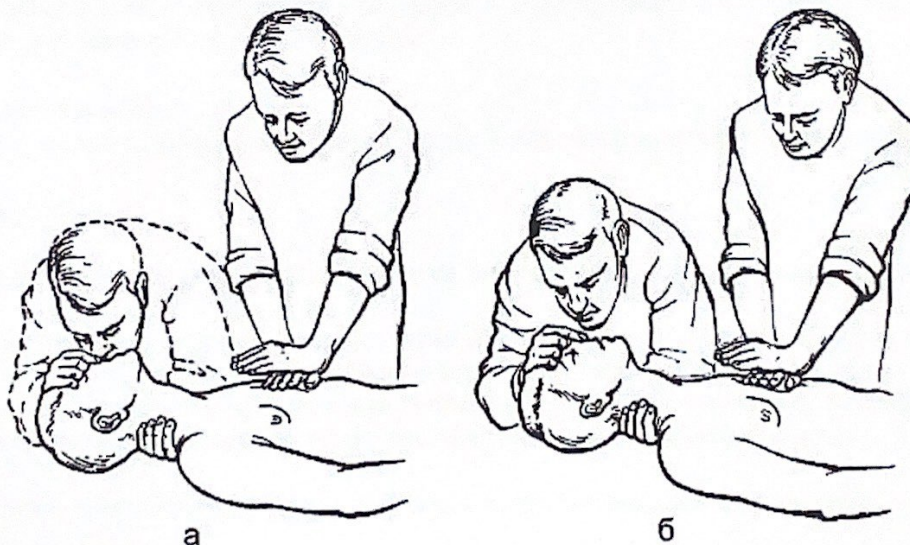
Жүрек қарыншаларының фибрилляциялары немесе тамыр соғысының тахикардия жағдайында:

- дефибрилляцияға талпыныс жасау (3-ке дейін талпыныс).
- ЖӨР-ны 1 минут бойына қалпына келтіру және қайтадан ырғақты бағалау.
- дефибрилляция талпынысын қайталау.
- ықпал болмағанда маманданған ЖӨР-ны бастау.

Сонымен А кезеңінде жапа шегушіні шалқасынан қатты тегіс жерге жатқызады. Аузынан бөгде заттарды саусаққа орамал байлап алады. Одан соң Сафардың үштік амалын орындайды: басын шалқайтады, астыңғы жақты алға шығарады және ауызын сәл ашады.

В кезеңінде арнайы жабдық болмағанда «ауызбен ауызға» тыныс алдыру ықпалды.

С кезеңінде жапа шегушінің өкпесіне 2-3 рет ауаны қарқынды үрлеп, кардиалды алды соққы жасайды. Бұл жүректің қайта «жұмыс істеп кетуіне» жеткілікті. Одан соң кеуде клеткасын минутына 100, 4-5 см тереңдікте компрессиялық қысуды бастау қажет. Компрессияның тыныс алуға қатынасының 30:2 болғаны жөн (яғни 30 компрессиядан соң 2 үрлеу).



Естен тану кезіндегі алғашқы көмек

Естен тану – себебі аса ауқымды болмаса да, бұл қалыптан тыс әрі алаңдауға тұрарлық жайт. Егер адам тыныс алмаса немесе оның тамыр соғысы байқалмаса, онда тез арада жедел жәрдемге хабарласу керек. Егер науқас тыныс алып жатса, онда оны ыңғайлы жерге жатқызып, есін жинауға көмектесіңіз.

Қалай көмектесу керек:

егер адамның басы айналса, онда оны қолтықтап, ол құлап кетпей тұрып ақырын еденге түсіріңіз;
 кез келген тар киімді босатыңыз;
 аяғын көтеріңіз – бұл қан қысымын көтеріп, аяқтағы бас қантамырлардан жүрекке қарай қан ағысын бәсеңдетеді;
 маңдайына салқын шүберек қойыңыз;
 науқас толық сауықпайынша орнынан тұрмауын қадағалаңыз.
 Науқас жылдам өз-өзіне келуі мүмкін. Бірақ ол ақырын отыра алатынын сезбейінше жата тұрғаны дұрыс. Егер әлі де әлсіздік сезіп тұрса, оны қайтадан жатқызыңыз. Науқастан бұл оның бірінші рет естен тануы ма, жоқ па, сұраңыз. Егер бұл жағдай бірнеше рет қайталанған болса, оған дәрігерге қаралуға кеңес беріңіз.

Естен тануды емдеу

Естен танып қалатын адамды тиімді емдеу үшін оның талып қалу себептерін анықтау қажет.

Диагностика

Талып қалу себептерін анықтау үшін көптеген тексерулер мен зерттеулер қолданылады:

науқастың бұрынғы сырқаты – адамның бұған дейін қандай сырқатқа тап болғаны және қандай аурумен ауырғанын анықтау арқылы талып қалу себептерін табуға болады.
 Науқастың естен тануы кезінде жанында болған адамдар да бұл жағдайдың не себепті болғанын айтып беру арқылы маңызды фактілерді анықтауға ықпал ете алады;

толық тексеру – дәрігер талып қалу себебін анықтау үшін симптомдарды іздейді;

жүрек мониторингі – жүрек ырғағының бұзылуы біресе пайда болып, біресе жоғалып кетуі мүмкін және бұл тексеру кезінде анықтала бермейді. Холтеровский монитормен арқылы жүректі тексеру кезінде осы аппараттың 24 немесе 48 сағат немесе 30 күндегі жазбасын зерттеу арқылы естен тану себебі белгілі болады.

электрокардиограмма (ЭКГ);

қан талдауы, глюкоза деңгейін анықтау;

бүйректі тексеру;

қалқанша без жұмысын бағалау;

киғаш үстел тесті (ортостатикалық реакцияларды анықтау). Бұл әдіс ортостатикалық гипотонияны анықтау үшін және амбулаториялық жағдайда жүргізіледі.

КТ (компьютерлік томография) немесе МРТ (магнитті-резонансты томография).

Көп жағдайда бұл тесттер қалыпты болады. Сондықтан медицина мамандары адамның талып қалуы оның өмірі үшін қауіпті емес деп пайымдайды. Әйтсе де ауруханада немесе амбулаториялық жағдайда қосымша тексеру қажет пе, жоқ па, оны науқас пен дәрігер шешеді.

Заманауи емдеу шаралары

Егер естен тану эпизодтары тез қайтып, адам қалыпты күйіне қайта оралса, онда емдеу шараларын дәрігермен кеңесіп барып анықтаған дұрыс.

Ал егер талып қалу жағдайы тез қайтпаса немесе қайталана берсе, онда науқасты ауруханаға жатқызып, ол жүрек монитормына қосылады және оттегімен тамыріші арқылы жабдықталады. Сонымен қатар глюкоза деңгейін тексеру үшін қандағы қант құрамына да сәйкес тексеру жүргізіледі. Жалпы естен тану себептерін емдеу әр науқас үшін жеке-дара тағайындалады.

Үй жағдайында талып қалудың алдын алу

Адамның естен тану себептерін анықтау арқылы оның алдын алуға болады. Мысалы, вазовагальді эпизодтар болған науқас отыру немесе жату арқылы естен танудың алдын ала алады.

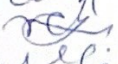
Ортостатикалық гипотензиясы бар егде жастағы адамдар орнынан тұрғаннан кейін бірнеше секунд қозғалмай күтуі керек. Бұл ағзаның қайта қалыпты жұмысқа кірісуі үшін қажет.

Егер естен тану эпизодтарына дәрі-дәрмек әсер етсе, онда оны қабылдау мөлшерін қайта қарастырған дұрыс.

Адам ағзасының сусыздануы салдарынан талып қалу болса, онда тиісті көлемде су ішкен абзал.

№	Үйірменің аты	Жұмыс түрі	Өткізілген мерзім	Жауапты оқытушы	Қатысқан студенттердің аты-жөні
1	«Кардиогенді шок және ЖКС кезіндегі жедел медициналық көмек көрсету»		09.10.2023ж	Тіленіш Ж.У.	ОСҚ 9-01-21 Байназар Қ Бейсалов И.
2	«Жүрек ырғағы мен өткізгіштігінің бұзылысы кезіндегі алғашқы көмек»		17.10.2023ж	Елібай Ж.О.	СМІҚ-11.02.22 Азимова Л. Двранова Н. Назирова З. Өтебаева А. Нұжаубай З.
3	«Кеңейтілген жүрек-өкпе реанимациясы (Дефибриллятор көмегімен)»		27.10.2023ж	Ералиева М.Е.	СМІҚ-9.02.21 Абдумаликова Ф. Ибрагимова М.
4	«Естен тану кезіндегі көмек»		01.11.2024ж	Сламхан А.Ғ.	СЕМҚ-11.03.22 Жорабек М. Сайранбай Б. Пордабай Ж.

Оқытушылар:

 Тіленіш Ж.У.
 Сламхан А.Ғ.
 Елібай Ж.О.
 Ералиева М.Е.

ONTÜSTİK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Клиникалық пәндер» кафедрасы ғылыми үйірме есебі		72/ 18 () 4 беттің 1 беті

**«Оңтүстік Қазақстан Медицина Академиясы» АҚ жанындағы
медицина колледжі**

**«Клиникалық пәндер» кафедрасындағы
«Инсульт. Реабилитация. Мейіргерлік күтім»
ғылыми үйірмесінің
2023 - 2024 оқу жылына
ЕСЕБІ**

Шымкент, 2024 ж.

ONTUSTIK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Клиникалық пәндер» кафедрасы ғылыми үйірме есебі		72/ 18 () 4 беттің 2 беті

«Клиникалық пәндер» кафедрасындағы
«Инсульт. Реабилитация. Мейіргерлік күтім» ғылыми үйірмесінің
2023 - 2024 оқу жылына
ЕСЕБІ

«Клиникалық пәндер» кафедрасында жоспарға сай қараша айында: «Инсульт. Реабилитация. Мейіргерлік күтім» тақырыбы бойынша өткізілді. Оқушыларға жүрек-қан тамырлары аурулары қазіргі қоғамның маңызды медициналық әлеуметтік проблемаларының бірі болып қала береді, бұл олардың аурушандық, өлім-жітім құрылымындағы және біріншілік мүгедектік себебінің жоғары үлесімен түсіндіріледі., пациентке сапалы медициналық көмек, шұғыл медициналық көмек жасарту мақсатында лекция, слайд ретінде таныстырылды. Ауруханаларда жеке инсульт, реабилитация орталықтардың маңызы, мейіргерлік күтімін жоспарлау, жоспарлауды жүзеге асыру, көрсетілген күтімнің нәтижесі және психологиялық қолдау студенттерге өткізілді.

Инсульт (лат. insultus — соққы, қыспа талу) — ми ұлпасының зақымдалуын, оның қызметінің, мидағы қан айналысының кенеттен бұзылуы; осының салдарынан миға қан құйылады, немесе ми тамырлары бітеліп қалады (тромбоз). Инсульттың басты себебі — гипертония ауруы және ми тамырларының атеросклерозы.

Инсульт

Ишемиялық

Ишемиялық инсульт ми қантамырларының тромбозы немесе эмболиясының нәтижесі болып табылады. Жиі ішкі ұйқы артериясының, ортаңғы ми немесе негізгі артерияның тромбозы байқалады.

Геморрагиялық

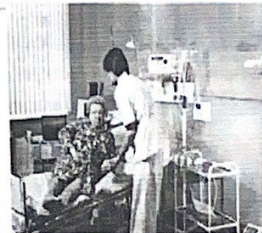
Геморрагиялық инсульт қантамырлардың жарылуы, аневризманың жарылуы немесе вазомоторлы бұзылыстар нәтижесінде дамиды (қантамырлар дистониясы).

Геморрагиялық инсульт кезіндегі мейірбикелік күтім.

Мейірбике дәрігер нұсқауын орындайды.

Мейірбике науқастың гемодинамикасын бақылайды/ АҚҚ, есін бағалау, пульс, температурасын, диурезін бақылау/

Тыныс алу бұзылғанда тыныс алу өткізгіштігін бақылау, кома кезінде құсықтың алдын алу.



Инсульттің бастапқы негізгі белгілері қандай?

Инсульттің бастапқы негізгі белгілері: кол, аяқ бұлшықеттердің жансыздану, сөздің бұзылысы, бас ауру, жүрістің бұзылысы, есінді жоғалту. Бұл белгілерді елеменіз, дәрігерге жүгінуіңіз.

Шұғыл медициналық көмек маңызды мәні болғандықтан инсульттің пайда болуынан кейін қысқа уақыт арқылы емдеу бастаған және диагнозы дұрыс қойылған жағдайда инсультке қарсы кейбір дәрілер көмектеседі.

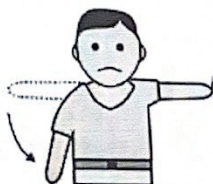
Бұзылған функцияларды қалпына келтіру үшін инсульттің емдеуі кешенді болу қажет. Ол өзіне көрсетілімдері бойынша дәрі-дәрмек, оперативтік емдеу, әлеуметтік және физикалық оңалтуды қосады. Емдеу барысында әр түрлі мамандар: невролог, нейрохирург, терапевт, кардиолог, хирург, сонымен бірге басқа мамандар: ЕДШК инструкторы, логопед, укалаушы, психолог, әлеуметтік қызметкер қатысады.

КАК РАСПОЗНАТЬ ИНСУЛЬТ

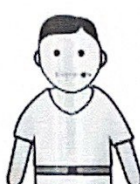
Запомните простой тест, который поможет его распознать и вовремя вызвать скорую помощь



Человек не может
улыбнуться,
уголок рта опущен.



Не может поднять
обе руки.
Одна ослабла.



Не может разборчиво
произнести
свое имя.

Также симптомами инсульта могут быть:

- внезапная сильная головная боль после любой деятельности или же вообще без каких-либо видимых причин,
- частичное нарушение или полная потеря сознания,
- потеря способности говорить, а также понимать смысл чужой речи,
- сильное головокружение, острое расстройство координации и чувства равновесия.

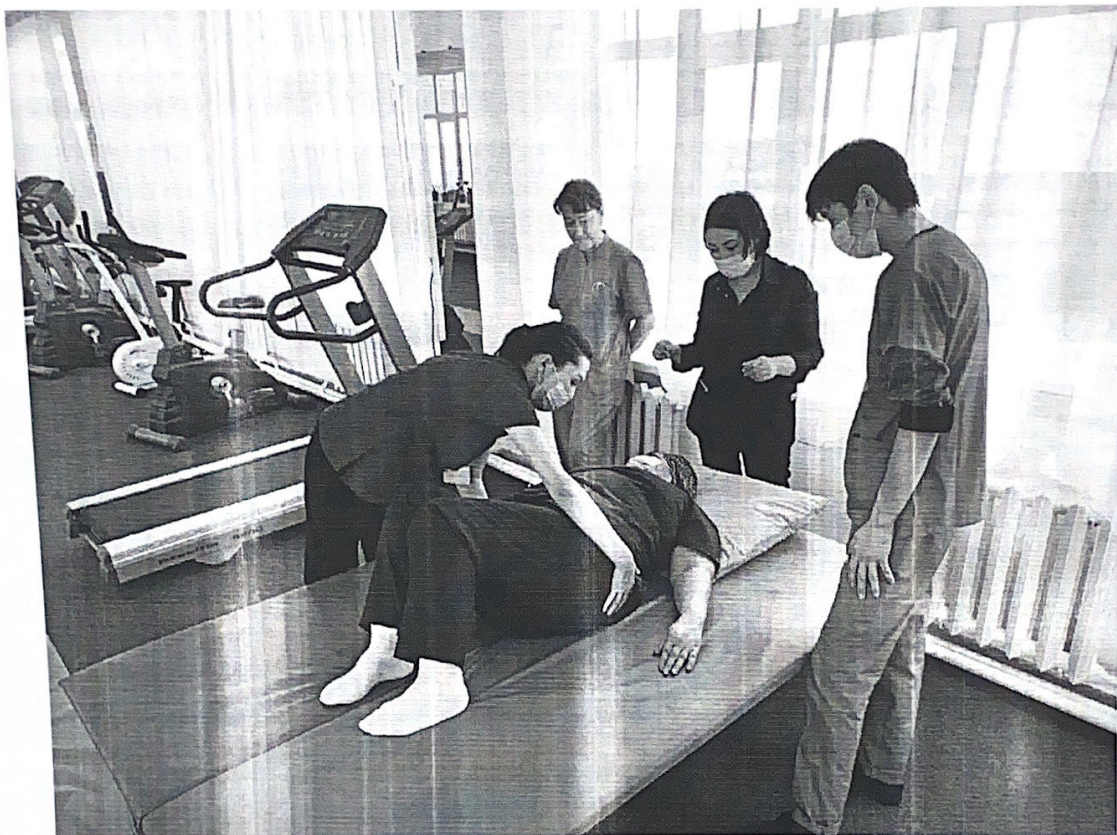
ЖДАТЬ НЕЛЬЗЯ! Если у человека появились какие-либо из этих симптомов,

03 103

Инсультті танып - білуге көмектесетін және уақытылы түрде «жедел жәрдем» шақыруға көмектесетін симптомдар: беттің ассиметриясы; қолдың кенеттен босаңсуы; түсініксіз және анық емес сөйлеу.

Жедел жәрдем келгенше не істеу қажет?

- адамды көлденең жатқызу, мойын иілмес және қанағымы нашарламас үшін бас, иығы жастық үстінде болуы тиіс;
 - дем алуына кедергі келтіретін киімді ағыту, таза ауаның келуіне қолжетімділік жасау;
 - тіс протездерін алып шығу;
 - егер де адам локсыса, басын бүйір жакқа бұрып, құсықтың тыныс алу жолдарына кіруіне және тілдің түсіп кетуіне жол бермеу үшін құсықты алып тастау.
- Инсульттің жедел кезеңінде (аурудың алғашқы 3-4 аптасы) жүзеге асырылатын ерте реабилитацияның мақсаты тәуелсіздікке қол жеткізу бола алмайды, бірақ ол келесі кезеңде қажетті нәтижеге қол жеткізуге мүмкіндік беретін негізді құруы керек. Ерте реабилитацияның негізгі мақсаты тұрақты патологиялық жүйелердің (контрактулар, артралгиялар, патологиялық қозғалыс стереотиптері мен позалары) қалыптасуын болдырмау немесе әсер етудің дәрілік және дәрілік емес әдістерін қолдана отырып, олардың ауырлығын төмендету болып табылады. Қозғалыс жүйесін қалпына келтіру үшін пассивті, белсенді-пассивті терапиялық жаттығулар қолданылады. Жоғарғы және төменгі аяқ-қол бұлшықеттерін күшейтуге бағытталған күнделікті әрекеттер инсультпен ауыратын наукастардың денсаулығына оң әсерін тигізетіні, олардың өзін-өзі күту қабілетін арттыратыны дәлелденді.



Кез келген науқас инсульттан кейін, әсіресе төсекке таңылған науқас, ыңғайсыздықты, депрессияны бастан кешіреді және депрессиялық күйде болады. Көбінесе бұл адамның дәрігердің ұсыныстарын орындаудан бас тартуына әкеледі. Сондықтан туыстары мен достары науқасқа өзіне сенуге немесе денсаулығының қайтымсыз өзгерістерімен келісуге көмектесуі керек.

Мейірбике күтіміне кіреді:

- 1.Күнделікті гигиеналық процедуралар пациентке жайлы сезінуге ғана емес, ең бастысы төсек жараларының пайда болу қаупін болдырмайды;
- 2.Науқастың жағдайын үнемі бақылау және қандай да бір мазасыз белгілер пайда болған жағдайда дәрігермен дереу байланыста болу;
3. Процедуралық іс-шаралар, АҚҚ қысымды өлшеу, дәрі-дәрмектерді дәрігер тағайындау бойынша қатаң түрде беру;
- 4.Құлау және жарақат алған науқастарға тұруға, жүруге көмектесу.
5. Төсекке таңылған науқастарда төсек жараларының алдын алу: науқастың денесінің қалпын мезгіл-мезгіл өзгерту, оның терісін төсек жараларының бар-жоғын тексеру.

6. Әсіресе төсекке таңылған науқастар үшін маңызды пневмонияның алдын алу. Дұрыс күтім кеудеге массаж жасауды, тыныс алу жаттығуларын орындауға көмектесу.

7. Тромбоздың алдын алу. Туыстары науқасқа дәрігер тағайындаған дене жаттығуларын орындауға көмектесуі немесе науқастың оларды жүйелі және дұрыс орындауын қамтамасыз етуі керек. Аяқ-колдарға арнайы массаж жасау және дәрі-дәрмектерді қабылдау маңызды рөл атқарады.

8. Дұрыс тамақтану. Инсульт ас қорыту жүйесінің бұзылуына әкелді ме, жоқ па, сіз диетаның бақылауыңыз керек, өйткені бұл метаболикалық процестерге және иммунитетке әсер етеді. Тек пайдалы тағамдарды дайындаңыз, майлы және қуырылған тағамдарды қоспаңыз. Науқас өзін-өзі күте алмаса, оған тамақтану үшін ыңғайлы жағдайды қамтамасыз ету керек, оны қасықпен тамақтандырып, тағамды блендермен ұнтақтау керек.

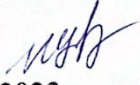
9. Қайталанудың алдын алу. Өкінішке орай, тамырлы апат қайталануы мүмкін, әсіресе науқасқа тиісті көмек көрсетілмесе. Гимнастика, массаж, дәрігердің ұсынымдарын қатаң сақтау және тұрақты тексеру қайталанатын шабуылды болдырмауға көмектеседі. Маңызды аспект - стресстің болмауы. Пациенттер көбінесе өз отбасына ауыртпалық ретінде сезінеді, бұл олардың әл-ауқатына әсер етеді. Науқасты барынша психологиялық жайлылықпен қамтамасыз ету.

«Инсульт. Реабилитация. Мейіргерлік күтім» үйірме құрамындағы білім алушылардың жарияланған мақалалары.

№	Еңбектің аты	Жұмыс түрі	Шыққан басылым	Беттің саны	Авторлардың аты-жөні
1	«Инсульт. Реабилитация. Мейіргерлік күтім»	Теория	Главы 1, 2 , 4 написаны Н.П. Базеко и Ю.В. Алексеенко Глава 3 опубликована Всемирной Организацией здравоохранения в 1999 г. как книга «Promoting Independence Following a Stroke» (WHO/DAR/99.2) © World Health Organization 1999 Перевод с английского А.А. Шура	252	Алексеев Ю.В., Базеко Н. П., Шура А.А.
2	Емдеу ісі ЕІҚ- 9.01.20				Болат А Джантас Ә Ескерова Д Мейірбек Д Мырзабек А Наурызбай Г Рахманкулова У

ONTUSTIK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Клиникалық пәндер» кафедрасы		72/ 18 ()
ғылыми үйірме есебі		4 беттің 7 беті

					Сералиев М Абжан Н Амандық Н Елубаева А Ермекбай Г Наушабай Н Толен Е Усманова Ш Шәріп М Эрбай Г Кудияр Ә Төребай З Төлебай Н
--	--	--	--	--	---

Оқытушы:  Ирниязова У.И
 Өткізілген күн: 06.11.2023г