

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

ДӘРІС КЕШЕНІ

**Пән: «Шұғыл мейіргерлік күтім»
Мамандығы: 0302000 «Мейіргер ісі»
Біліктілігі: 0302043 «Жалпы практика мейіргері»**

**Курс: 2
Семестр: 4
Қорытынды бақылау түрі: Д/сынақ
Жалпы еңбек сыйымдылығы сағат/кредиттер: KZ:24/1
Аудитория: 24**

Шымкент, 2024 ж

ONTÜSTİK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Мейіргер ісі-2» кафедрасы Дәріс кешені		80-11-2024 () 30 беттің 2 беті

Дәріс кешені «Шұғыл мейіргерлік күтім» пәнінің жұмыс бағдарламасы (силлабусы) негізінде құрастырылды.

Оқытушы: Тайгашева Н.М.

Мамандығы: 0302000 "Мейіргер ісі"

Біліктілігі: 0302043 "Жалпы практика мейіргері"

Дәріс кешені «Мейіргер ісі-2» кафедра мәжілісінде бекітілді.

Хаттама № 1 " 04 " 08 2024 ж.

Кафедра меңгерушісі: Г.Н. Айбекова Айбекова Г.Н.

ONTÜSTIK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Мейіргер ісі-2» кафедрасы Дәріс кешені		80-11-2024 () 30 беттің 3 беті

Дәріс №1

4. 1. Дәрістің тақырыбы: Кіріспе. Шұғыл жағдайларда ауруханаға дейінгі кезеңде науқасты клиникалық зерттеу және диагностикалау әдістері.

4. 2. Мақсаты:

- Қауіпсіз мейіргерлік күтім көрсетуді талап ететін өмірге қауіпті жағдайлардың негізгі диагностика тәсілдерін үйрету.
- Шұғыл мейіргерлік көмек көрсету.

4. 3. Дәріс тезистері:

Алғашқы көмек — адам өміріне немесе денсаулығына кенеттен қауіп төнгенде оның өмірін сақтап қалу үшін немесе апаттың зиянды әсерін азайту үшін қолданылатын қарапайым шаралар. Апаттың қатарына әр түрлі жарақаттар, сынық, буынның шығуы, улану, суға бату, күю, үсу, электр тоғы соғу, т.б. жатады. Алғашқы көмектің негізгі шаралары: апатқа түскен адамды апат әсерінен құтқару (өрттен, судан шығару); апаттың зиянды әсерін тоқтату (адамды жылыту, иіс тисе таза ауа жұтқызу); қан тоқтату, жараны байлау, сынған аяқтың немесе қолдың қозғалысын тежеу; жасанды дем алдыру, жүрекке жабық массаж жасау, апатқа түскен адамды тезірек емдеу мекемесіне жеткізу немесе жедел медициналық көмек көрсететін дәрігерлер тобын шақыру.

Бірінші рет қарау, зардап шегушіге алғашқы көмек көрсету (бірінші кезекте, өмірлік маңызды органдарға төнген қауіпті анықтауға бағытталған) ол:

1. есін тексеру (ми жүйесі);
2. тынысын тексеру;
3. пульсін тексеру (жүректің жұмысын);
4. жедел жәрдем шақыру .

Есін тексеру - Зардап шегушінің есінен айырылмағанын анықтаңыз. - Егер ол қатты айқай, иығынан жұлқылау сияқты сыртқы тітіркендіргіштерді сезбесе, оны көмек көрсетуге келісті деп есептеңіз.

Жалпы жүйеліктегі алғашқы медициналық жәрдем көрсетуде зардап шегушіні қарау маңызды бөлімге жатады. Оның әрқашан бірінші басын тексеру керек, содан кейін қолмен ұстап қарайды. Ол бас сүйегінің жұмсарғанын немесе жарылғанын, қанталаудың болуын айқындауға мүмкіндік береді. Бет жүзін тексергенде оның түсіне көңіл аудару керек. Бозғылт, терлеген, беті суық, көзі жұмылған және аузы ашық болса, естен тану жағдайында екенін дәлелдейді. Беті ысып, қызарып тұрса қызбалықты білдіреді. Мұрыннан қан кету бас сүйегінің, мұрын сүйектері немесе мұрынның қан тамырлары зақымдану салдарынан болуы мүмкін. Егер де мұрын сынған болса, оны байқау оңай. Көзді қарап тексеру басқа денелерді, жараны анықтау, көз қарашықтарының ұлғаю жағдайын, олардың жарыққа реакциясын анықтау үшін жасалады.

Көзбен қатар бас сүйегінің жарақат қауіптілігін дәлелдейтін, құлақтың жарғағы қаралады, есту және құлақтан шығатын сұйықтық тексеріледі.

Ауыз қуыстарын тексергенде ауыздың зақымдануына, ерін түсіне, тістердің бүтіндігіне және жақ сүйектеріне ерекше көңіл бөлінеді. Бозарған ерін жүректің кемшіліктерін, ал көгерген ерін оттегі жетіспеушілігін көрсетеді. Ауыздан шыққан сұйықтық қан түсті болса, ішкі ағзалардың, тыныс алу және ас қорыту жолдарының бұзылуын білдіреді.

Мойынды жағаны шешкеннен кейін қарайды, сонымен бірге мойын омыртқа бөлігінің бүтіндігін, оның функцияларын тексереді, мойнынан зорлықпен өлтіру ізін іздейді.

Зардап шегушінің арқасын тексеру үшін ішіне немесе қырынан жатқызу керек, егер де мұндай мүмкіншілік болса, арқасына қол сұғып ұстап қарайды. Бұл жұмыс процесінде сүйектердің, жұмсақ тіндердің зақымдалған орындары, аурудың шоғырланған жерлері анықталады. Арқаны тексеру кезінде омыртқаның күйіне ерекше көңіл бөлу керек

ONTÜSTİK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Мейіргер ісі-2» кафедрасы		80-11-2024 ()
Дәріс кешені		30 беттің 4 беті

Кеуденің алдыңғы бөлігін қарағанда бұғананың бүтіндігін олардың ортаңғы бөлігін басу арқылы тексереді, содан кейін зардап шегушінің терең дем алуын сұрайды; егер де қабырға және кеуде клеткалары зақымдалмаса, онда тыныс алу түзу, ауырмайтын, бір қалыпты болады. Кеуденің үстіңгі жағын тексеріп болғаннан кейін ішті және жамбас сүйегіне тексеріс жүргізіледі.

Қол-аяқты көзбен шолып тексеруде зақымданған жері болса қолмен тексеру біруақытта жүргізіледі.

Сонымен қатар қол-аяқтың қозғалыс функциясын, олардың бүтіндігін, сезімталдығын, деформацияның бар жоғын, жара болған жерді, қансырауын тексереді.

Тексеру зардап шегушінің жай-күйін анықтауға мүмкіндік береді, едәуір зақымданған аумақтарды айқындайды, алғашқы жәрдем көрсету жолдарын белгілейді.

4. 4. Иллюстрациялық материалдар : 15-20 слайд

4. 5. Әдебиеттер:

Соңғы бетте

4. 6. Бақылау сұрақтары (кері байланыс)

1. Алғашқы көмек
2. Зардап шегушіге алғашқы көмек көрсету принциптері

Дәріс №2

4. 1. Дәрістің тақырыбы: Терминальды жағдайлар. Жүрек-өкпе реанимациясының әдістері.

4. 2. Мақсаты:

- Қауіпсіз мейіргерлік күтім көрсетуді талап ететін өмірге қауіпті жағдайлардың негізгі диагностика тәсілдерін үйрету.
- Шұғыл мейіргерлік көмек көрсету.

4. 3. Дәріс тезистері:

Терминальді жағдайлар-(латынша terminalis- соңы,шегі) –АҚҚ-ның өте қатты төмендеп, метаболизмнің және газалмасуының терең бұзылуымен жүретін,өмір мен өлім арасындағы тіршілікке қабілеттіліктің критикалық деңгейі. СССР академигі В.А. Неговскидің классификациясы бойынша терминалды жағдайдың 3 түрі бар: предагония, агония, клиникалық өлім. Сонымен қоса қазіргі таңда ТЖ-ға реанимациядан қайта тірілген организмді де жатқызады.Ол жағдай реаниматологияның жақсы дамуына байланысты.Ол жағдайлар өте күрделі патофизиологиялық құрылымды болғандықтан дәрігерден арнайы комплексті емді қажет етеді.

Сонымен қоса терминалды жағдайдың сатыларын қазіргі таңда былай жіктеуге болады:

- Ауыр шок (шок IV степени);
- Терең кома 4 балл және одан төмен;
- Коллапс;
- Терминалды пауза;
- преагония (преагональное состояние);
- агония (агональное состояние);
- Клиникалық өлім.

Егер клиникалық өлімнен науқасты сақтап қала алмасақ биологиялық өлім п.б.

Кенеттен өлім-белгілі бір ауыруы жоқ, қалыпты жағдайдағы адамдарда- аяқ астынан немесе 60 минут ішінде өзін жайсыз сезінумен болатын жағдай. Бұл жағдайға қинап өлтіру,травмалар, асфикция,суға бату,улану алып келмейді. КӨ себептері кардиальді және экстракардиальді деп бөлінеді. К-ді себептерге:

- Қарыншалар фибриляциясы;
- Пульсі жоқ қарыншалық тахикардия;
- Толық АВ-блокада;
- Асистолия;

ONTÜSTİK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Мейіргер ісі-2» кафедрасы Дәріс кешені		80-11-2024 () 30 беттің 5 беті

- Электромеханикалық диссоциация;
- Анық тамырлық дистония.

Терминальді жағдай кезіндегі науқас жағдайын бағалау критерийі

1. Ұйқы және сан артерияларындағы пульсты бағалау;
 2. Тыныстың бар жоқтығын анықтау. Ол үшін дәрігер науқастың кеудесіне құлағын қойып, н/е айнаны мұрнына, аузына жақындатып, және пинцетпен жіп не мақта ұстап байқауға болады.
 3. Науқастағы команы Глазго шкаласымен анықтаймыз.
 4. Қарашық рефлексін бағалау үшін қабақты ашып қарашықты байқаймыз, одан соң қабақты қайтадан бірден ашқанда қарашық өзгермесе онда “қарашық” рефлексі теріс деген сөз.
- Егер жоғарыда айтылған 4 белгінің біреуі болса, тез арада реанимациялық шараны 1-4 минут ішінде жүргізу керек.

Науқастарға жүрек-өкпе-милық реанимация алғашқы 1-2-3-4 минуттарда жүргізілуі керек себебі миға қоректік зат болып, анаэробты гликолизді жүргізетін мидағы глюкоза қоры тек осы сәтке ғана жетеді. Реанимацияның негізгі міндеттері:

1. Эффективті гемодинамиканы қалыптастыру;
2. Тыныс алуды қалыптастыру;
3. Бас миының жұмысын қалыптастыру және реттеу;
4. Терминальді жағдай рецидивінің алдын алу;
5. Асқынулардың алдын алу;

Жүрек-өкпе реанимациясын жүргізудің алгоритмы

1. Көмекке мұқтаж адаммен байланысу қауіпсіз екеніне көз жеткізіңіз. **Адамның жауап беру қабілетін тексеріңіз** реакцияны тексеріңіз. Олардың иығын сілкіп, қатты дауыстап: «Жақсысың ба?» деп сұра. Нәресте үшін аяқтың түбін түртіп,
2. Жедел медициналық көмекті шақыру: зардап шегушінің ес-түссіз жағдайында жедел медициналық жәрдем бригадасын шақыру.
3. Ұйқы артериясының тамыр соғуын анықтау: - 2, 3 және 4 саусақтарды біріктіріп трахеяның шығыңқырап тұрған бөлігін анықтайды; - саусақтарды тереңге және сыртқа қарай шеміршек пен төс-бұғана-емізiкті бұлшық еттің аралығына жылжыту; - ұйқы артериясын сипап тамыр соғуын анықтау.
4. Пациенттің өз еркімен тыныс алуын анықтау үшін «Көремін, естимін, сезінемін» тәсілі қолданылады: - көзбен көкірек қуысының қимылын бақылау; - құлақпен ауыз қуысынан шыққан дем алған шуылды тыңдау; - бетпен деммен шыққан ауаның қозғалысын сезіну.

Жүрек-өкпе реанимациясын жүргізу

5. Пациентті дайындау: Пациентті шалқасынан қатты тегіс жерге жатқызып, мойыны мен кеудесін жалаңаштау, аяқ жағын көтеру.
6. Зардап шегушінің төсіне қолды дұрыс қою: қол төс сүйегіне перпендикулярлы оның ортаңғы үштен бір бөлігіне қойылады. Жұмысшы қолдың теноры мен гипотеноры сүйеу нүктесі болады. Сол қол оң қолдың сыртына қойылады.
7. Тікелей емес жүрек массажын жүргізу: минутына 100 компрессиядан кем емес жылдамдықпен, яғни 18 секундта 30 компрессия (дауыстап санау) және компрессия тереңдігі 5 см. кем емес – ересектер үшін, алақанды көкіректен алмай, минималды үзіліспен, кеуде қуысының әр компрессиядан соң бастапқы қалпына келуіне мүмкіншілік жасай отырып жүргізу. Компрессияны тез және күшпен жасау керек. Қол шынтақ буынында толық түзетіледі және күш тек қана тіке салынады.
8. Ауыз қуысын көру: тыныс жолдарының өткізгіштігін қамтамасыз ету үшін ауыз қуысы қаралып, тазартылады, алмалы-салмалы протез алып тасталынады.

Сафардың үш құрамды әдісін жүргізу

9. Басты шалқайту: бір қолмен зардап шегушінің маңдай-төбе аймағынан ұстап басын шалқайту.
10. Жақ сүйегін алға қарай жылжыту: сонымен қатар иегін көтере отырып төменгі жақ

ONTÜSTİK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Мейіргер ісі-2» кафедрасы Дәріс кешені		80-11-2024 () 30 беттің 6 беті

сүйегін алға қарай жылжыту.

11. Науқастың ауызын ашу.

Өкпенің жасанды вентиляциясын жасау

12. Науқастың мұрынын (ауызын) жабу: өкпенің жасанды вентиляциясын жасау үшін «ауыздан-ауызға» әдісі немесе Амбу дорбасы қолданылады. Өкпенің жасанды вентиляциясы «ауыздан-ауызға» әдісін қолданғанда қауіпсіздік шараларын және гигиенаны сақтау үшін ылғалды салфетка немесе бинт кесігі арқылы жасалынады. Бір қолды науқастың мойны мен желкесінің астына жіберіп екінші қолды оның маңдайына қойып басын артқа қарай шалқайтады. Маңдайға қойылған қолмен мұрынды ауа шықпайтындай етіп қысу.

13. Тыныс жолдарына дем жіберу: демді ішке терең алып, ерінмен зардап шегушінің еріндерін тығыз қамтып алып, өкпедегі барлық ауаны зардап шегушінің кеуде қуысы көтерілетінде етіп тыныс жолдарына жігерлі үрлеу керек. Келесі демді кеуде қуысы алғашқы қалпына келгенде жасайды. Тыныс циклдарының аралығы 1 минутына 8-10 жиі болмауы керек (4-5 санағанда – 1 цикл). Науқасқа үрлеп берілетін ауаның көлемі әдеттегі көлемнен 50% көп болуы керек.

14. Компрессия мен өкпенің жасанды вентиляциясының арақатынасы 30:2 болуы керек.

15. Жүрек-өкпе реанимациясының 1 периоды 5 цикл 2 минуттың ішінде жүргізу.

16. Жүрек-өкпе реанимациясының нәтижелігін анықтау (стоп-анализ): ұйқы артериясында тамыр соғуын анықтау.

17. Пациенттің ары қарай реанимациялық бөлімге жіберу және оларға науқас жеткізілетіндігін ескерту керек.

4. 4. Иллюстрациялық материалдар : 15-20 слайд

4. 5. Әдебиеттер:

Соңғы бетте

4. 6. Бақылау сұрақтары (кері байланыс)

1.Сафардың үш құрамды әдісін жүргізу

2.Терминалды жағдайлар

Дәріс №3

4. 1. Дәрістің тақырыбы: Ауырсынуды басу, жарақаттар (ашық, жабық) кезіндегі шұғыл мейіргерлік күтім. Десмургия. Жарақаттар. Көліктік иммобилизация.

4. 2. Мақсаты:

- Қауіпсіз мейіргерлік күтім көрсетуді талап ететін өмірге қауіпті жағдайлардың негізгі диагностика тәсілдерін үйрету.
- Шұғыл мейіргерлік көмек көрсету.

4. 3.Дәріс тезистері:

Жарақаттар – бұл адам ұлпалары мен органдарының зақымдануы, сыртқы себептерден аяқ-қолдың сынуы мен буынның шығуынан, жұмсақ ұлпаның жаралануы мен дененің сыдырылуынан, органдардың зақымдануынан және көптеген басқа жайттардың әсерінен ұлпалар мен органдар тұтастығы мен қызметінің бұзылуы.

Алғашқы көмек – зардап шеккен адамның жарақатын асқындырмай, оған әртүрлі медициналық көмек шараларын дұрыс көрсетіп, оның өмірін сақтап қалуға бағытталған іс-әрекет. Сондықтан да жарақаттанған адамның өмірі мен патологиялық процестердің одан арғы салдары көбінесе апат болған жердегі алғашқы көмектің көрсетілген уақыты мен оның сапасына тығыз байланысты. Ашық зақымдалу, немесе жара, кілегейлі қабықша мен тері жамылғысының тұтастығының бұзылуы — бұл сыртқы жара, ал ішкі жара қан кетумен сипатталады (көкірек, құрсақ қуысы, ми сауытында). Жаралардың зақымдануына жарақаттаушы зат формасына, құрал түрлеріне қарай бірнеше түрі бар.

Жарақаттардың түрлері:

ONTÜSTİK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Мейіргер ісі-2» кафедрасы Дәріс кешені		80-11-2024 () 30 беттің 7 беті

1. Тері бүтіндігінің бұзылуы бойынша жарақаттар бөлінеді: ашық және жабық жарақаттар. Ашық жарақатқа ұлпа мен ағзалардың анатомиялық тұтастығының бұзылуы жатады: жара, сынық, күйік, буынның таюы. Жабық жарақатқа - терінің сыдырылуы, сіңірдің созылуы, бұлшық еттің жаншылуы, аяқ - қолдың буыннан шығуы, сүйектің жабық сынуы.

2. Жедел және созылмалы жарақаттар. Жедел дегеніміз ағза ұлпасында бір сәтте қатты әсер ету нәтижесінде пайда болған зақымдану. Созылмалы дегеніміз аз күштің көп мәрте және тұрақты әсерінен пайда болған зақымдану.

3. Тікелей және тікелей емес жарақаттар. Тікелей жарақаттар соққы тиген жерде пайда болады. Тікелей емес жарақаттар, ағзаның басқа жерінде пайда болған жарақаттар.

4. Қайтымды және қайтымсыз жарақаттар.

Жарақаттың себебі - механикалық факторлар (соғылу, ауыр салмақты плитаның астында қалу, биіктен құлау).- химикалық факторлар (қышқылдардың, улағыш заттардың әсері).- физикалық факторлар (ыстық, суық, қысым, электр тогының, рентген, иондаушы сәулелердің әсері).- биологиялық факторлар (бактериялардың, вирустардың, басқа макро және микроағзалардың әсері)- психикалық факторлар (қорқу, ренжу, абыржу салдарынан).

Жарақаттанушылықтың түрлері:

- 1) транспорттық (автокөліктік, темір, әуе, су жол көліктік),
- 2) өндірістік (өнеркәсіптік, ауылшаруашылық),
- 3) балалық,
- 4) тұрмыстық,
- 5) спорттық,
- 6) көшелік,
- 7) әскерлік,
- 8) жасандық (суицидтік) жарақаттанушылық.

Жергілікті белгілері: дененің зақымданған бөлігінің ауырсынуы, бозаруы, ісінуі, қан кетуі, қызметінің бұзылуы.

Жалпы белгілер: ес-түсінен айырылуы, ыстығы көтерілуі, тамырдың нашар соғуы, артериалық қысымның төмендеуі, тыныс алудың, зат алмасудың бұзылуы және т.б.

Жарақаттардың асқынуы: жарақаттық шок, талықсу; қансырау, қан кету; жара инфекциясы; өмірге маңызды мүшелердің қызметінің (жүрек, бүйрек, өкпе) бұзылуы.Әсіресе ауыр зақым алғанда, оқ тигенде есінен танады. Зақымданған кезде миға келетін қан күрт азаятын болса да адам ес-түсін білмей қалады. Мұндай жағдайда естен тануды шок деп атайды.

Шоктың төрт дәрежесі бар.

I дәрежелі шок – орташа жарақат алған кезде болады. Мұндайда тері бозарады, кейде көгереді, бұлшық еттері дірілдейді. Тыныс алу минутына 90-100-ге қан қысымы сынап бағанасынан 100/60 мм-ге дейін төмендейді.

II дәрежелі шок — ауыр жарақат алғанда пайда болады. Мұндай жағдайда шырышты қабаты мен тері бұзылады.Адам сүлесок жатады, айналасына көңіл аудармайды, жай баяу сөйлейді. Тыныс алу минутына 30-ға, тамырының соғуы 120-ға дейін жиілейді, қан қысымы, дене қызуы едәуір төмендейді.

III дәрежелі шок. Көп зақым немесе көп жарақат алған кезде пайда болады. Мұндайда аурудың жалпы жағдайы ауырлайды, терісі бозарады, көгереді, есінен танады, қойған сұраққа естілер естілмес жауап береді. Тамыр соғуы минутына 120-140-қа жетеді, дене қызуы төмендейді. Қан қысымы 60-30 мм-ге дейін төмендейді.

IV дәрежелі шок кезінде ауру есінен танады, тамыр соғуы білінбейді, қан қысымы өте төмен болады, тыныс алуы сирек әрі үстүрт болады.Денеден қан көп кетсе немесе ағза салқындалса, шаршап қалса, тасымалдағанда қосымша зақым келтіріп алса, тасымалдағанда көлікпен селкілдесе, ауруын басатын дәрі берілмесе, адам естен танады. Мұны жарақаттық шок деп атайды.Мұндай жағдайда әуелі алғашқы көмек көрсетіп алу керек. Қан ақса, тез уақытта

ONTÜSTİK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Мейіргер ісі-2» кафедрасы	80-11-2024 ()
Дәріс кешені	30 беттің 8 беті

тоқтату керек. Егер кеуде жотасы үңірейіп тұрса, ондай жағдайда герметикалық таңғыш салады. Ал сүйек сынса, сүйек қозғалып кетпейтіндей етіп таңады, зақымданған болса, онда ыстық кофе мен шай беру керек. Жарақат қай жерде болса да, ол түрі мен ауырлығына қарай жанға батады. Ауру қатты болған сайын зақым алған адамның хал-жағдайы нашарлайды, ауруы асқынады.

Зардап шегушінің ауруын азайту үшін мына тәсілдер қолданылады:

1. Зардап шегушінің үстін жауып, салқындап қалмауын қадағалау.
2. Сынғанда иммобилизация жасау (жақтау қою).
3. Зембілге жатқызу.
4. Құрғақ, сұйық заттарды қолдану (полиэтилен қалтасына салынған мұз, қар, мұздай су) жүйке жүйелерін механикалық тітіркенуден қорғайды, ісігін және жарақаттың қабынуын азайтады.
5. Дәрі-дәрмектен амидопиринді 0,5 г., анальгинді 0,5-1,0 г., ацетилсалицил қышқылын 0,5-1,0 г мөлшерінде қолданған дұрыс.
6. Тасымалдағанда ауруханаға көп селкілдетпей, ұқыпты түрде жеткізген жөн.

Көмек көрсетуші адам жарақаттың түрін оның ауырлығын анықтап, тыныс жолдары мен жүрек қызметінің бұзылғанын ескеріп жедел шара қолдана білу қажет. Зақымданған адам қаны тоқтамай ағып жатса, оны тоқтатып, жарасын таңа білу, сынған жеріне жақтауды дұрыс қойып байлау, ауруды орнынан қозғаған кезде оны дұрыс көтеріп, тасымалдай білу, зардап шегушіні қауіпті аймақтан уақытында алып кету, үстіндегі киімін дұрыс шешу

Десмургия – дененің жарақаттанған не ауырған жеріне қозғалмайтындай жағдай жасау. Әсіресе, қол, аяқ, омыртқа жотасына қолданылады. Сүйек сынғанда жасаса, сүйектің ұсақ сынықтары қан тамырын, нерв талшықтарын т.б. тканьдерді зақымдамайды және сүйек тез бітеді. Сондай-ақ, жараны инфекция түсуден қорғайды. Қол-аяқ жарақаттанғанда (сынық, буын шығу, буын аурулары т.б.) сырқырап ауруын басады.

Иммобилизацияның уақытша, тұрақты, емдік түрлері болады. Уақытша иммобилизация жасағанда арнайы таңғыш пайдаланылады. Емдік иммобилизация – гипстеп таңу, тартып түзеті, ортопедиялық аппараттар және корсет кигізу. Иммобилизация жұмсақ және тез қататын гипс таңғышты бекітетін апараттардың көмегімен жасалады. Қазір хирургияда жиі қолданылатын Иммобилизацияның бір түрі остеосинтез.

Иммобилизацияның транспорттық және емдік түрін ажыратады. Емдік иммобилизациядан транспорттықтың ерекшелігі-медициналық көмек көрсететін мекемегі зардап шеккенді жеткізгенге дейін зақымданған жерді иммобилизациялау.Сөйтіп, транспортты иммобилизация шоктың, тіндердің (тері, бұлшықет, тамыр, жүйке) сүйек жарықшалары мен екіншілік зақымдануының,инфекциялық асқынудың алдын алады. Транспорттық иммобилизация көрсеткіштеріне сүйек пен буын, ірі қан тамыр мен жүйке бағаны, жұмсақ тіндердің массивті зақымданулары, күйік, үсу,аяқ-қолдардың ұзақ қысылу синдромы жатады.Кері көрсеткіштер жоқ десек те болады. Транспорттық иммобилизация құралдарын екіге-стандартты шиналар және қолда бар құралдарға бөледі

Транспорттық шина салу ережелері: Транспорттық иммобилизация жарақат алған мезеттен кейін неғұрлым ерте жасалу керек. Транспорттық шиналар жарақат алған сегментпен қатар екі жанындағы буындарға да салыну керек.Сан сүйегі жарақаты кезінде үш буын иммобилизациялану керек (жамбас, тізе, табан) және иық жарақатында да. Аяқ-қолды иммобилизациялау үшін ортафизиологиялық жағдайға келтіру керек. Транспорттық шиналарды киім,аяқ киім үстінен салу керек, оның мақсаты ,біріншіден, шешіндіру кезінде қосымша травматизацияның алдын алу,екіншіден, киімді жұмсақ төсеніш ретінде пайдалану. Тіндер қосымша зақымданбау үшін шина салынбастан бұрын дене контурына сай модельдену керек,аяқ-қол жұмсақ төсенішпен оралу керек,ал сүйектің шығыңқы жерлеріне дәкеден не матадан төсеніш салу керек.Шинаны салғаннан кейін модельдемейді, ол қосымша жарақат етуі мүмкін.Қолда бар материалдардың кемшілігі дене контурына сай модельденбеуі. Шинаны тым тығыз орауға болмайды, себебі ол жұмсақ тіндердің қысылуына, соңынан ауыр ишемиялық

ONTÜSTİK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Мейіргер ісі-2» кафедрасы Дәріс кешені		80-11-2024 () 30 беттің 9 беті

бұзылыстарға әкелуі мүмкін. Жабық жарақаттар кезінде ось деформациясын түзеу мақсатында шина салмастан бұрын аяқ-қолдың тракциясын жасау керек. Көп жағдайда бұл жарғақшалардың ығысуын азайтып, оның айналасындағы тіндерге, әсіресе теріге қысымын азайтады. Ашық сынықтар кезінде тракцияны жасауға болмайды, себебі онда сүйек жарғақшалары жұмсақ тіндер тереңдігіне еніп кетіп, жараны қосымша зақымдайды. Қысқы уақытта иммобилизденген аяқ-қолды қосымша жылы орау керек.

4. 4. Иллюстрациялық материалдар : 15-20 слайд

4. 5. Әдебиеттер:

Соңғы бетте

1.6. Бақылау сұрақтары (кері байланыс)

1. Жабық жарақат кезіндегі мейіргерлік көмек?
2. Иммобилизация

Дәріс №4

4. 1. Дәрістің тақырыбы: Қан кету және гемостаз кезінде шұғыл мейіргерлік күтім көрсету.

4. 2. Мақсаты:

- Қауіпсіз мейіргерлік күтім көрсетуді талап ететін өмірге қауіпті жағдайлардың негізгі диагностика тәсілдерін үйрету.
- Шұғыл мейіргерлік көмек көрсету.

4. 3. Дәріс тезистері:

Қан кету түрлері

Үлкен артериялар мен тамырларды жарақаттаған кезде өмірге қауіпті қан жоғалтуы мүмкін. Сондықтан мүмкіндігінше тезірек қанды тоқтатып, жедел жәрдем шақыру керек. Тамырларға аздап зақым келсе, қанның уақтылы тоқтатылуы да өте маңызды. Жеңіл, бірақ үнемі қан жоғалту жағдайында да адам есін жоғалтады.

Дұрыс көрсетілмеген алғашқы көмек жәбірленушіге зиян келтіруі мүмкін, атап айтқанда: үлкен қан жоғалту, жараның инфекциясы және қабынуы.

Егер қан кету өте күшті болмаса, көмек көрсеткеннен кейін шұғыл түрде хирургпен кеңесу керек, өйткені қан жоғалтуды жараны өңдеп, тігіп болғаннан немесе операция жасағаннан кейін ғана тоқтатуға болады. Қан кету көзіне байланысты гастроэнтеролог, онколог, пульмонолог, гинеколог сияқты мамандандырылған мамандардан кеңес алу қажет болуы мүмкін.

Қысқаша көмек:

1. Егер қан кету ауыр болса, жәбірленушіні жатқызып, аяқтарын көтеру керек.
2. Зақымдалған тамырды қысу немесе аяқ-қолды қатты бүгу немесе турникетті қолдану арқылы қанның уақытша тоқтап қалуы мүмкін.
3. Дерееу жедел жәрдем шақырыңыз.
4. Жараны ұстамаңыз, шаймаңыз, одан бөгде заттарды алып тастаңыз.
5. Егер жараның беті ластанған болса, онда оның жиектері жараның бағытында тазалануы керек, зақымданудың айналасында антисептик қолданылады, мысалы, йод, хлоргексидин, сутегі асқын тотығы, йод жараның ішіне енбеуі керек.

Қан кетудің төрт негізгі түрі

Көзге байланысты қан кетудің келесі негізгі түрлері бөлінеді:

1. Артериялардан қан кету үлкен қауіп туғызады, өйткені қан массасының айтарлықтай жоғалуы тез жүреді. Сонымен қатар, қаны қызыл, пульсирленген субұрқақ түрінде болады.
2. Егер жәбірленушіге жедел көмек көрсетілмесе, тамырдан қан кету де қауіпті. Бұған жарақаттанған ыдыстан баяу ағып жатқан қара қанның пайда болуы дәлел бола алады.

☐ Капиллярлық қан жоғалту көбінесе айтарлықтай қауіп төндірмейді. Ол тері бетінің

ONTÜSTİK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Мейіргер ісі-2» кафедрасы Дәріс кешені		80-11-2024 () 30 беттің 10 беті

кішкентай зақымдануымен жиі байқалады.

□ Ішкі (паренхималық) - онымен қан адам денесінің қуысына түседі. Уақытша мойындамаған жағдайда бұл өте қауіпті. Көбінесе ішкі ағзалардың, соның ішінде паренхиманың зақымдалуымен байқалады. Қан ағып кетпейтіндіктен, оны негізінен жиі тыныс алу, әлсіздік және өңсіздік сияқты белгілерге орнатуға болады.

1. Артериялық қан кету кезіндегі алғашқы көмек

Зақымдалған артерияны қанның уақытша тоқтап қалуы үшін дереу оның жанынан өтетін сүйекке басу керек.

Артерияларды қысу әдістері:

1. Каротид артериясы - жәбірленушінің мойнының артына алақанды басыңыз және екінші қолдың саусақтарын артерияға басыңыз.
2. Бракиальды артерияға оңай қол жеткізуге болады, оны гугерге қарсы басу керек.
3. Субклавиялық артериядан қан тоқтату өте қиын. Мұны істеу үшін жәбірленушінің қолын артқа тартып, мойын сүйегінің артындағы артерияны бірінші қабырғаға басыңыз.
4. Ахиллярлық артерияны қысу үшін саусақтарыңызбен мықтап басу керек, өйткені ол өте терең орналасқан.
5. Феморальды артерия өте үлкен, оны аналыққа жұдырықпен басу керек. Егер бұл орындалмаса, 2-3 минуттан кейін жәбірленуші қайтыс болуы мүмкін.
6. Поплитальды артерияны ұрпақты фоссаға басу керек, ол ерекше күш салуды қажет етпейді.

Аяқтың артериясынан қан кету кезінде алғашқы көмек оларды қысып, аяқ-қолды қатты бүгіп, турникетті қолдана отырып жасалады. Егер аяқ-қолдың тамырларын саусақтармен қысу мүмкін болмаса, бұған дейін ішінен буынға тығыз дәке ролигін орналастырғаннан кейін, қолды мүмкіндігінше майыстыру керек.

Егер қан ағуды жалғастыра берсе, турникет қолданылуы керек. Мұны тез арада қамтамасыз ету керек, өйткені қан өте қарқынды ағып кетеді.

Турникетті қыста жарты сағатқа дейін және жазда бір сағатқа дейін сақтауға болады. Егер дәрігер көрсетілген уақыт ішінде келмеген болса, турникетті ақырын шығарып, қан айналымы қалпына келгенше күтіңіз. Содан кейін оны қайтадан қолданыңыз. Бұл жағдайда зақымдалған аяқтың импульсі сезілмеуі керек. Сонда қан тоқтайды.

Егер турникет дұрыс қолданылмаса, қан кетуден гөрі қауіпті екенін есте ұстаған жөн.

Егер арнайы тартқыш болмаса, оны сүлгімен, белбеу, таңғыш сияқты материалдармен ауыстыруға болады. Олар таяқпен бұралып, бекітілмеуі үшін бекітіледі. Аяқ киім, жіңішке арқан және ұқсас материалдар пайдаланылмауы керек.

2. Венадан қан кетуге көмектесу

Мұндай қан жоғалту терең зақымданумен жүреді. Веноздық қан кетуге алғашқы көмек дереу жасалады. Жарақаттанған тамырлар ауаны сорып алады, өйткені олардағы қысым атмосфераға қарағанда төмен. Сонымен қатар, ауа көпіршіктері әртүрлі органдардағы тамырларды бітеп тастауы мүмкін, бұл жәбірленушінің өліміне әкелуі мүмкін.

Көмек көрсеткен кезде жараны жууға болмайды, кірден және қан ұйығыштарынан тазарту керек. Сіз келесі әрекеттерді орындауыңыз керек:

- дымқыл шүберекпен тазалаңыз,
- зарарсыз тампонмен жабыңыз,
- содан кейін жараның бетін стерильді таңғыштың бірнеше қабатымен жабыңыз,
- оған қысым жасамайтын таңғышты қойыңыз,
- бұл таңғышты мықтап байлау керек
- таңғыш арқылы қан ағып жатқанда, майлықтарды үстіне қойып, мықтап байлаңыз,
- аяқ-қолды көтеріп, оны осы күйде қалдырыңыз.

Таңғышты дұрыс қолдану үшін сізге:

1. Қолды байлаған кезде, иілу керек.
2. Егер аяғы таңылған болса, оны тізеде де бұту керек.

ONTÜSTİK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Мейіргер ісі-2» кафедрасы Дәріс кешені		80-11-2024 () 30 беттің 11 беті

3. Таңғышты жартылай қолданған кезде алдыңғы бұрылысын жабыңыз.

4. Тандалған аяқтың орны таңылуға дейін сол күйінде қалуы керек.

3. Капиллярлық қан кету кезіндегі алғашқы көмек

Ол көбінесе өздігінен тоқтайды. Мінезі - жараның бүкіл бетінен қанның баяу ағуы. Дегенмен, айтарлықтай қан жоғалтуымен бірге ауыр жарақаттар бар. Ең үлкен қауіп ішкі капиллярлық қан кету болып табылады.

Капиллярлардан қан кетудің негізгі себептері:

- Қан аурулары, оның коагуляциясының бұзылуымен бірге жүреді.
- Әр түрлі жарақаттар.
- Қан тамырлары аурулары (ісіктер, терінің іріңді қабынуы, капиллярларға әсер етеді).
- Неоплазмалар, атеросклероз, ревматоидты артрит сияқты қан тамырларының қабырғаларына әсер ететін жалпы аурулар.
- Гормоналды бұзылулар.

Көбінесе капиллярлық қан кету үлкен қан жоғалтуға әкелмейді, оның қауіптілігі патогендік микробтармен инфекцияға байланысты.

Аяқтың капиллярларынан қан кетуіне медициналық көмек көрсету кезінде келесі әрекеттерді орындау қажет:

1. Зақымдалған аяқ-қолды жүректің аймағынан жоғары көтеріңіз, бұл қан жоғалтуды азайтуға көмектеседі.
2. Кішкентай жарақаттар үшін жараның айналасындағы теріні антисептиктермен емдеу керек. Бактерицидті патч бар жоғарғы.
3. Егер қан күшті ағып кетсе, қысыммен таңу керек.
4. Өте күшті қан кету кезінде аяқтың жарасын мүмкіндігінше бұту керек. Егер бұл көмектеспесе, турникетті қолданыңыз.
5. Жарақатқа суық жағыңыз, бұл қан жоғалтуды тоқтатуға және ауырсынуды азайтуға көмектеседі.

Мұрынның көптеген капиллярларынан қан кету, бұл өте жиі кездесетін жағдай, сіз де көмектесе аласыз. Мұның себебі суық тигенде қан тамырларының қабырғаларының әлсіреуі болуы мүмкін. Оған гипертониялық криз, мұрынның жарақаттары және басқа да жағымсыз факторлар әсер етуі мүмкін. Алдымен пациентті сендіру керек, өйткені адам мазасызданып жатқанда, оның жүрегі жиі соғып тұрады, бұл қан кетудің жоғарылауына ықпал етеді.

Мұрынға көмек көрсету кезеңдері:

1. Мұрынның қанаттарын саусақтарыңызбен қысу керек, бұл қан тамырларын қысып, қан тоқтатуға көмектеседі. Науқастың басын сәл алға және артқа еңкейту керек, өйткені қан жоғалту қарқындылығын бақылау мүмкін болмайды.
2. Суықтың салдарынан тамырлар тарылып кетуі үшін мұрын көпіріне мұз немесе салқын зат салыңыз. Бұл қан кетуді азайтуға көмектеседі.
3. Егер қан кету жалғасса, мұрын жолдарында бұрын 3% сутегі асқынымен суланған бүктелген құбырлы бинт бөліктерін енгізу керек. Бұл тампондардың ұштарын сыртынан қалдырыңыз және бинтпен бекітіңіз.
4. Қан тоқтатқаннан кейін алты сағаттан соң, тампондарды абайлап алыңыз, олардың ұштарын сүртіңіз, нәтижесінде пайда болған тромбты жыртып алмауға тырысыңыз.
5. Қанды тезірек тоқтату үшін науқасқа қан тамырларының қабырғаларын нығайтатын дәрі-дәрмек беру керек - кальций препараттары, Аскорутин, Рутин.
6. Егер қан жоғалту жалғасса, науқасқа гемостатикалық дәрі-дәрмектер беру керек (Дицинон, Викасол), жедел түрде отоларингологпен кеңесу керек немесе жедел жәрдем шақыру керек.

4. Ішкі қан кету кезіндегі алғашқы көмек

Мұндай қан кету ішкі ағзаларға ауру немесе жарақат әкелуі мүмкін. Бұл өте зиянды, өйткені қан жоғалтуды бақылау мүмкін емес. Сонымен қатар, онымен ауырсыну қауіпті емес, сондықтан

ONTÜSTIK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Мейіргер ісі-2» кафедрасы Дәріс кешені		80-11-2024 () 30 беттің 12 беті

ішкі қан кету ұзақ уақытқа байқалмай қалуы мүмкін. Науқастың жағдайы күрт нашарлағанда ғана олар бұған назар аударады.

Қан кетудің ең қауіптісі - бұл паренхималық мүшелерден қанның ағуы, оларда әдетте қуысы жоқ, және артериялық-веноздық желі жақсы дамыған. Оларға өкпе, ұйқы безі және бауыр сияқты органдар кіреді.

Бұл органдардың зақымдануы қатты қан кетуіне әкелуі мүмкін. Ол іс жүзінде өздігінен тоқтай алмайды, өйткені бұл мүшелердің тамырлары ұлпаларда орналасады және олар түсіп кетеді. Сондықтан паренхималық мүшелерден қан кетуге алғашқы көмек дереу жасалады. Қан жоғалтудың бұл түрінің себептері жарақаттар, туберкулез, жұқпалы аурулар, ісіктердің ыдырауы болып табылады.

Ішкі мүшелерден қан кету жалпы субъективті белгілер мен объективті белгілердің біртіндеп пайда болуымен бірге жүруі мүмкін, атап айтқанда:

- әлсіздік
- өзін жайсыз сезіну
- бас айналу
- ессіздік
- бәріне қызығушылықтың болмауы
- ұйқышылық
- қысымның төмендеуі
- балку
- жиі импульс.

Ішкі мүшелерден қан кету кезіндегі алғашқы медициналық көмектің негізгі міндеті - науқасты шұғыл госпитализациялау. Жедел жәрдем келгенге дейін:

- Науқасты жатқызыңыз, тыныштықты қамтамасыз етіңіз.
- Асқазанға немесе кеудеге суық жағыңыз, болжалды қан кету көзінің орналасқан жеріне байланысты.
- Сіз гемостатикалық препараттарды енгізе аласыз (Аминокапро қышқылы, Викасол).

Қысымның күрт төмендеуімен паренхималық қан кету жағдайында науқастың аяқтарын жүрек аймағынан жоғары отыздан қырық сантиметрге көтеру керек. Тыныс алуды және жүрек соғысын үнемі қадағалаңыз. Қажет болса, реанимация жасаңыз. Науқасқа ауырсынуды басатын немесе басқа дәрі-дәрмектерді қабылдауға болмайды. Тағам немесе су бермеңіз, аузыңызды сумен шайыңыз.

Қан кетудің әртүрлі түрлеріне жедел және дұрыс алғашқы көмек көрсету кезінде болжам қолайлы, жедел медициналық көмек зардап шегушіні тезірек қалпына келтіруге ықпал етеді.

Жедел қан жоғалту дегеніміз не?

Жедел қан кету - зақымдалған тамырлардың қабырғалары арқылы қан кету нәтижесінде ағзаның тез қайтарылмайтын қан жоғалуы.

Кеме қабырғасының тұтастығын бұзу:

1. травматикалық - жыртып, кесіп немесе жаншып,
2. жарақат емес - ауырсыну фокусының (туберкулез, қатерлі ісік, ойық жара және т.б.) қатысуымен ойық жара (эрозия).

Әдетте, өлімге әкелетін қан кетудің себебі жарақат болып табылады. Жәбірленушінің жағдайының ауырлығы жоғалған қанның мөлшеріне ғана емес, сонымен бірге дененің қан жоғалту жылдамдығына да байланысты. Қан жоғалту кезіндегі дененің бастапқы күйі де маңызды - ол әлсіреген немесе сау болған ба. Науқастың жасы үлкен мәнге ие - мысалы, қарт адамдар мен балаларға бұл жағдайға төзу қиынырақ.

Қан кету: сыртқы және ішкі

Қан ішкі және сыртқы болып бөлінеді.

Ішкі қан кету - бұзылған эктопиялық жүктілікпен, бауырдың, көкбауырдың, асқазан-ішек жолдарының люменіне және т.б.

ONTÜSTİK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Мейіргер ісі-2» кафедрасы Дәріс кешені		80-11-2024 () 30 беттің 13 беті

Сыртқы қан кету - үлкен тамырлардың жарақаттары, ашық сүйектердің сынуы және жұмсақ тіндердің зақымдануы үшін.

Егер ішкі қан кету, егер ол кенеттен пайда болса және науқастың ауруымен туындаса, бірақ біз оны құтқарушы ретінде білмейміз, біз пациенттің сыртқы өзгерістерімен ғана анықтай аламыз, атап айтқанда:

- оның беті терісі бозарған,
- маңдайыма суық тер
- қан кету аймағында өткір ауырсыну (біз оны сырттан көрмейміз),
- температура күрт көтерілуі немесе күрт түсуі мүмкін,
- бұлдыр көріністер және көздің алдындағы қара дақтардың шағымдары,
- тинит.

Қауіпті белгі - бұл аюдың пайда болуы (оттегі ашығуының жоғарылауының белгісі) - бұл қан кету көп мөлшерде болып, зат қауіпті болады. Алаңдаудан кейін есін жоғалту және пульстің жоғалуы мүмкін.

Ішкі қан кету кезінде жедел медициналық көмек қажет емес. Медициналық білімі жоқ және медициналық мекемеден тыс жерде құтқарушы науқастың дұрыс тасымалдануын ғана қамтамасыз етеді. Тасымалдау кезінде және жедел жәрдемді күту кезінде пациент жартылай отыру керек, толық тынығуды қамтамасыз ету керек және ұсынылған қан кететін жерге суық компресс немесе мұз жағу ұсынылады (бұл тоқтамаса, қан кетуді баяулатады).

Қан кетуге алғашқы көмек - жалпы ережелер

Еске салайық, біз төтенше жағдайларды қарастырамыз, сондықтан сіз жәбірленушіге жақындатпастан бұрын, ең алдымен өзінді құтқарушы ретінде қорғауың керек. Мұны істеу үшін тез, бірақ мұқият жәбірленушінің орналасқан жерін тексеріңіз. Көбінесе жарақаттың себебі және соның салдарынан қан кету жақын жерде болуы мүмкін. Тек қауіпті емес екендігіңізге сенімді бола отырып, жәбірленушіге барыңыз.

Қан кетуге алғашқы көмек көрсетудің жалпы ережелері:

- Қажет болған жағдайда - зардап шеккен адамды қауіпті аймақтан шығару немесе алып тастау қажетрезеңке қолғап, маска және т.б.
- Қанның едәуір жоғалуымен зардап шегушіні жатқызыңызегер мүмкін болса, аяғыңызды көтеріңіз (алайда бұл ішкі қан кету бар науқастарға қатысты емес, біз жоғарыда ішкі қан кету бар дененің жағдайын сипаттадық).
- Жедел жәрдем шақырғанды ұмытпаңыз. Егер сіз өзіңіз қоңырау шалмасаңыз, бірақ басқа біреуді мұны сұрасаңыз, жедел жәрдемнің шынымен шақырылғанына көз жеткізіңіз. Стрестік жағдайларда адамдар кейде жоғалып кетеді және уәделерін орындамайды. Бір рет қоңырау шалғаннан гөрі бір уақытта бірнеше рет қоңырау шалған дұрыс.
- Жараны ұстамаңыз. Қолдарыңызбен де, қолғаптарыңызбен де, басқа заттармен де, жаралар тот, құм болса, жууға болмайды (бұл қан кетуді күшейтеді және одан да көп зиян келтіреді).
- Жарадан әйнек бөліктері мен зақымдайтын материалдарды алып тастауға қатаң тыйым салынады., егер сіз тек бір түрден қорқатын болсаңыз және осының бәрін тез арада жойып, адамға көмектескіңіз келсе де. Шын мәнінде, зақымдайтын материал қан кетуді сақтай алады. Олар қазірдің өзінде жараланған, қан кету түрінде жауап бар, бірақ егер сіз затқа қол тигізсеңіз, орын ауыстыру жаңа зиян келтіреді және нәтижесінде қан жоғалту мөлшері артады.
- Жалғыз нәрсе қол тигізуге болады - жараның айналасындағы аймақегер ол ластанған болса, жарадан қатты бағытта.

Артериялық қан кету кезіндегі алғашқы көмек

Негізгі ерекшеліктері - шашырататын, пульсирленген жарқын қызыл қан (Артерияларда импульс тексерілетіні таңқаларлық емес) - қан осылай ағып кетеді. Кейбір авторлар «қан бұрқақты ұрады, сықырлайды» дейді.

Артериялар бұлшықет тінінің терең қабаттарына енетін болғандықтан, қан кетудің алдын алу

ONTÜSTİK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Мейіргер ісі-2» кафедрасы Дәріс кешені		80-11-2024 () 30 беттің 14 беті

үшін көбірек қолдану керек. Бұл сыртқы қан кетулердің ең қауіптісі.

Ең алдымен - жедел жәрдем шақыру керек. Веноздағыдай біз де зақымдалған аяқ-қолды жоғары көтереміз. Біз тек турникетті немесе бұрауды қолданамыз, тек жараларды 3-4 см-ге толтырыңыз. Төтенше жағдайда сіз артерияны саусақтарыңызбен, мылжың нүктесіндегі жараның үстінен басуға болады. Феморальды, поплитальды, ульнарлы және бракиальды артериялардан қан кету кезінде, ең бүгілген аяқ-қолды көтерілген күйде бекіту мүмкін.

Гемостатикалық турникетті қолданудың негізгі ережелері

Жоғарғы және төменгі аяқтардан қан кетуді тоқтату үшін турникет қолданылады.

Бекіту техникасы:

- Турникетті ортасында күшпен созу, аяқтың айналасына бірнеше рет оралған, жарадан 3-4 см жоғары (артериялық қан кету).
- Жалаң теріге турникет қолданбаңыз, жұмсақ төсемді (мата, майлықтар, сүлгілер және т.б.) турникетті қолдану орнына қою керек.
- Әрине қажет қондырғының уақытын белгілеңіз, бұл ақпаратты жазып алыңыз және бекітіңіз. Іс жүзінде, уақытты турникеттің жанында тікелей жәбірленушіге жазу оңай болады. Бұл өте маңызды сәт, өйткені егер біз турникетті асып кететін болсақ, онда экстрималды жағдайда қан ағымын әкелетін оттегісіз некрозға дейін асқынулар пайда болады, кейіннен ампутация жасалады.
- Жылы айларда максималды қондырғы қолдану уақыты - 2 сағат, суықта - 1 сағат.
- Қатты қысылмаған турникет тек тамырларды қысады (артериялық қан кетуді күшейтеді). Артерияларды қысу үшін турникетті мүмкіндігінше қатайту керек.
- Қанды қалай тоқтатуға болады?

Егер жара терең болмаса немесе үлкен болмаса, онда аяқтың максималды бүгілуі көмектеседі.

Екінші әдіс - артерияларды саусақпен басу, олардың әрқайсысының денеде өзіндік орны бар, онда тамыр тікелей тері астына орналасқан. 2-суретте артериялардың әрқайсысы үшін осы нүктелер көрсетілген.

Артерияны қысу үшін жеткілікті күш қолдану керек екенін есте ұстаған жөн. Көбінесе бұл қанды бірнеше минутқа тоқтатады, бірақ егер сізде жеткілікті күш болса, онда уақыт артуы мүмкін.

4. 4. Иллюстрациялық материалдар : 15-20 слайд

4. 5. Әдебиеттер:

Соңғы бетте

4. 6. Бақылау сұрақтары (кері байланыс)

1. Артериялық қан кетуде мейіргерлік көмек?
2. Жедел қан жоғалту дегеніміз не?

Дәріс №5

4. 1. Дәрістің тақырыбы: Күйік шалған жағдайда шұғыл мейіргерлік күтім.

4. 2. Мақсаты:

- Қауіпсіз мейіргерлік күтім көрсетуді талап ететін өмірге қауіпті жағдайлардың негізгі диагностика тәсілдерін үйрету.
- Шұғыл мейіргерлік көмек көрсету.

4. 3. Дәріс тезистері:

Күйік деп ыстық сұйықтықтар, қышқыл-сілті, жалынның шарпуы, сәулелі ыстық, қатты ысыған заттар, электр тогы немесе электромагниттік радиацияның әсерімен теріге және одан төмен жатқан адам денесінің ұлпаларына жасалған зиянды әрекетті айтады. 50°C температураға шалдыққан теріні 5 минуттан кейін күйік шалады.

Күйіктің себептері:

жоғары температураның, химиялық заттардың, электр тоғы мен радиактивті сәуленің әсерінен

ONTÜSTİK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Мейіргер ісі-2» кафедрасы Дәріс кешені		80-11-2024 () 30 беттің 15 беті

ағза мен ұлпалардың зақымдалуы. Осыған сәйкес күйік термикалық, химиялық, электірлік және сәулелік болып бөлінеді.

Күйіктің ауырлығы оның таралу алаңымен және дененің зақымдану тереңдігімен анықталады. Күйік тарала түскен сайын ол адам өмірі үшін қауіпті бола түседі. Дененің үстінгі 1/3 бөлігі күйген жағдайда көбінесе өлімге әкеліп соқтырады.

Термикалық күйік денеге жалын, қайнаған су, жанып тұрған және ыстық суықтық пен газ, қызған және балқыған металлдар, напалмдардың тікелей әсерінен пайда болады. Зақымданудың ауырлығы әсер еткен температураның жоғарғылығына, әсер етудің ұзақтылығына, зақымданудың көлемі мен жайылуына байланысты. Қатты күйіктер әсіресе жалын мен қысымда тұрған будың әсерінен пайда болады. Аяқ-қол, көз, бет, дененің басқа мүшелеріне қарағанда жиі күйікке ұшырайды.

- Химиялық күйіктер денеге жинақталған қышқылдардың (тұз, күкірт, азот, сірке, карбол) және сілтілердің (күйдіргіш калий мен күйдіргіш натрий, мүсәтір спирті, сөндірімеген әк), фосфордың, магнийдың және ауыр металлдардың кейбір тұздарының (ляпис, хлорлы мырыш және т. б.) әсерінен пайда болады.
- Сәулелік күйік ядролық жарылыстың жарық сәулесінен, рентген мен күн сәулесінен пайда болады. Сәулелік күйіктің сырттай алғашқы белгілері зақымдау дәрежесіне сәйкес келмейді, зақымдау дәрежесі біршама кейінірек анықталады.

Күйіктердің жіктелуі

1-ші дәрежедегі күйікте терінің беті күйеді мұнда тері қатты қызырып, домбығып ауырсынады, ашиды. 3-4 күннен соң тері қотырланып сауыға бастайды.

2-ші дәрежедегі күйікте қызарған тері күлдіреді, сары суға толған көпіршіктер пайда болады. Бұл дәрежеде терімен қоса май ұлпасы күйеді. Май ұлпасында тамырлар, жүйке талшықтары, шаштың талшықтары орналасқан, олар да күйікке шалдығуы мүмкін. Егер зақымданған жерге микробтар түспесе, онда бір аптадан соң терінің қабаттары орнына келеді, тек күйген жерде тыртықша қалады.

3-ші дәрежедегі күйікте бұлшық еттер, тереңгі ұлпалар зақымдалады, олар жансызданады, өліеттенеді (некроз). Күйген терінің түсі қызыл-қоңыр немесе кара-қоңыр, сезгіштік қабілетінен айырылады. Мұндай күйіктер ұзаққа созылады. Тыртық қалады.

4-ші дәрежедегі күйікте тек тері ғана емес, бұлшық ет, сіңір, сүйек зақымданады, олар күлге айналады. Күйіктің ауырлығы тек зақымдануының тереңдігі емес, сондай-ақ зақымдану алаңына да байланысты, ол дененің күйген бетінің алаңың пайызбен көрсетіледі.

Алғашқы көмек: Дереву жедел жәрдем шақырыңыз, егер күйік:

- * Тыныс алуды қиындатса;
- * Дененің бір бөлігін ғана алмаса;
- * Бас, мойын, қол білезіктерін, табан немесе жыныс мүшелерінде болса;
- * Балала немесе кәрі адамда болса.

Күйік химиялық заттардан, жарылыстан немесе электр тогының әсерінен болса.

Салқындату шағын күйіктер кезінде күлдіреудің алдын алады және қатты күйіктер кезінде тіндердің зақымдалуын азайтады.

- Бірінші және екінші дәрежелі сүйіктер кезінде жараны салқын сумен салқындатыңыз, тірақ мұзбен емес.
- Оны таза дымқыл сулықпен жабыңыз.

- Ісіну пайда болғанша, зардап шегушінің сақинасын, сағатын және басқа да заттарын шешіңіз.

Тыйым салынады:

- Күйген жерге зарарсыздандырылған немесе таза тампон- таңғыштардан басқа заттарды тигізбеңіз.
- Мақтаны пайдалануға және күйген жерге жабысқан киімді тартуға, күйік күлдіреулерді ашуға.

ONTÜSTİK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Мейіргер ісі-2» кафедрасы Дәріс кешені		80-11-2024 () 30 беттің 16 беті

- Үшінші дәрежелі күйік кезінде жараны тазалауға (мұндай күйік кезінде зардап шегушіні мүмкіндігінше жылдам дәрігерге жеткізіңіз).

- қандай да бір кремдерді, мазьді, сепкіштерді, тіс пастасын жағуға.

Алғашқы көмек көрсетілерде

- Адам күйіп қалғанда ең бірінші атқарылатын шаралар: күйік дәрежесін, күйдіру көздерін анықтау қажет. Күйік дәрежесі адамның көңіл-күйіне, қиналуына, денсаулығының нәшарлауына, жараның көлемі мен тереңдігіне байланысты белгілі болады.
- Алғашқы медициналық көмек көрсетілер алдында күйдіру көзін анықтап, оған себеп болған заттарды дереу жойғаннан соң, адамнан күннің көзін көлеңкелейді. Киімі жанып жатса, сумен сөндіреді, күйген адамды кез келген қалың матаға орайды. Көбінесе, киімі күйген адамдар оттан қашамын деп жүгіріп, жел киіміндегі оттың одан әрі жануына себеп болып, адам одан сайын қатты күйеді. Осы есте болсын. Жалпы, күйген жердің киімін жұлмамай, ептеп кесіп алады.
- Күйікте киім матасы теріге жабысып қалса, оны қайшымен тықырлап қырқып тастайды. Адам денесі химиялық заттардан күйіп қалса, дененің күйген жерін суық сумен 15-20 минут бойы жуады. Қышқыл, сілтіге күйгенде ас содасы ерітіндісіне (стақан суға 1 шай қасық), немесе спирт, марганец қышқылды калий ерітіндісіне (марганцовка) малынған таңғышты орап тастайды. Күйіктің екінші, үшінші, төртінші дәрежесінде науқасты ауруханаға жатқызады, әртүрлі антибиотиктер және глюкоза тәрізді дәрілерді егеді, қан құяды. Бұл кезде күйік шалған адамға дәрумені мол, құнарлы сұйық тамақтар берілуге тиісті.

4. 4. Иллюстрациялық материалдар : 15-20 слайд

4. 5. Әдебиеттер:

Соңғы бетте

4.6. Бақылау сұрақтары (кері байланыс)

1. 3 дәрежелі күйікте көрсетілетін көмек?
2. 4 дәрежелі күйік?

Дәріс №6

4.1 Дәрістің тақырыбы: Жедел тыныс жетіспеушілігі. Коникотомия.

4. 2. Мақсаты:

- Қауіпсіз мейіргерлік күтім көрсетуді талап ететін өмірге қауіпті жағдайлардың негізгі диагностика тәсілдерін үйрету.
- Шұғыл мейіргерлік көмек көрсету.

4.3.Дәріс тезистері:

Тыныс алу процесінің кез келген бұзылуымен жедел тыныс жетіспеушілігі сияқты патология дамуы мүмкін. Реанимация сапалы және уақтылы көмек көрсету үшін оның пайда болу себебін анықтауды талап етеді. Тыныс алу проблемасының өткірлігінің тән белгісі - тыныс алу процесін жүргізуге барынша күш салудың өзі қалаған нәтижеге әкелмейтіндігі - дене артық көмірқышқыл газынан құтыла алмайды және тіндерді қажетті мөлшерде қанықтыра алмайды. оттегі. Патологияның адекватты терапиясы үшін оның себебін анықтау маңызды.

Кез келген мамандықтың дәрігері науқаста ЖРЖ кездесуі мүмкін, себебі оның себептері өте әртүрлі. Оларды мамандар бронх-өкпелік, жүйке-бұлшықеттік, центрогендік, торако-диафрагматикалық деп бөледі.

Тыныс алу жолдарының өткізгіштігінің бұзылуы фонында дамиды жедел бронх-өкпелік тыныс жетіспеушілігінің ең кең тобы. Мұның себебі болуы мүмкін:

- демікпе ұстамасы;
- странгуляциялық асфиксия, трахеяның, жүйке діңінің және мойын тамырларының механикалық қысылуынан туындайтын;

ONTÜSTİK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Мейіргер ісі-2» кафедрасы		80-11-2024 ()
Дәріс кешені		30 беттің 17 беті

- бронх шырышының гиперсекрециясы;
- өкпенің созылмалы ауруларына тән альвеола-капиллярлық мембраналардың қалыңдауы нәтижесіндегі оттегінің диффузиясының қиындауы;
- ларингоспазм;
- өкпе тінінің серпімділігінің бұзылуы;
- тыныс түтіктеріне, трахеяға және бронхтарға бөгде заттардың түсуі;
- альвеолярлы тіннің уытты зақымдануы.
- Егер орталық генезистің себептерін қарастыратын болсақ, онда олар мидың тыныс алу орталығының бұзылуымен біріктіріледі.
- Орталық генездің ЖРФ негізі тыныс алу орталығының белсенділігін тежеу болып табылады, ол өз кезегінде келесі себептермен туындауы мүмкін:
- инсульт;
- улану;
- дәрілік заттардың артық дозалануы, барбитураттар, басқа препараттар;
- ісік тәрізді түзілістің қысылуы;
- ми жарақаты;
- электр жарақаты.
- Жедел тыныс жеткіліксіздігі жүйке-бұлшықет өткізгіштігінің бұзылуынан және тыныс алу бұлшықеттерінің салдануынан туындауы мүмкін, олар жиі кездеседі:
- ботулизм;
- миастения грависі;
- бұлшықет босаңсытқыштарының артық дозалануы;
- полиомиелит;
- сіреспе.

Кеуде-диафрагматикалық жедел респираторлық жетіспеушілік тобына біріктірілген себептер кеуде қуысының, диафрагманың, өкпенің, плевраның қозғалғыштығының бұзылуынан туындайды, гемоторакспен, қабырғаның сынуымен, пневмоторакспен, кеуде қуысының жарақаттарымен, экссудативті плеврамен байқалады. Сондай-ақ ODNпозаның экстремалды дәрежесімен дамуы мүмкін.

Көмекей мен кеңірдек стенозы олардың тарылуымен, соның нәтижесінде төменгі ауа жолдарына ауа өтпей, демалудың жеткіліксіздігімен сипатталады. Көмекей мен кеңірдек стенозының көріністері және емдік шаралары бірдей болғандықтан оларды бірге қарастырады.

Көмекейдің жедел стенозының себептері болуы мүмкін:

- Көмекейдің жедел не созылмалы қабынулық үрдістер (ісіктік, инфльтратты, флегмонозды, абсцессті ларингит, созылмалы ісіктік-полипті ларингиттің асқынуы)
- Көмекейдің механикалық , термиялық және химиылық жарақаттары;
- Көмекейдің туа біткен ақаулары;
- Көмекейдегі бөтен зат;
- Жедел инфекциялық аурулар (дифтерия, скарлатина, тиф, малярия, корь)
- Көмекейдің ісінуімен дамитын аллергиялық реакция;
- Басқа аурулар (туберкулез, сифилис, жүйелік аурулар)

Емдік шаралар стеноздың стадиясына байланысты жүргізіледі. Компенсациялы және субкомпенсациялы стадияда медикаментозды емдеу жүргізуге болады. Көмекейдің ісінуінде дегидратациялы терапия, антигистаминді , кортикостероидты препараттарды тағайындайды. Көмекейдің қабынуында антибиотикотерапия мен қабынуға қарсы заттарды қолданады. Ө Жоғары әсерге медикаментозды дестенизерлеу – антигистаминді, кортикостероидты және дегидратационды препараттардың комбинациясын қолдану. Стеноздың декомпенсация

ONTÜSTİK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Мейіргер ісі-2» кафедрасы Дәріс кешені		80-11-2024 () 30 беттің 18 беті

стадиясында жедел трахеостомия, ал асфиксия стадиясында жедел коникотомия

Коникотомия (анат. conus [elasticus] эластикалық конус + греч. tomēразрез, кесу; синоним кониотомия) — сақина және қалқанша шеміршектерінің арасынан көмекейді ортасынан тілу (кесу). Ø Көрсеткіштері: Тыныс алудың бұзылысымен дамыған көмекейдің стеноздары (қабынулық, аллергиялық, ісіктік). Бұл жағдайда тыныс жиілеп, демалу мен демшығару қиындап, шулы болып шығады. Тыныс алуда мойын, иық және кеуде бұлшықеттері қатысады.

Коникотомияны пациенттің отырған не жатқан қалпында жүргізеді.

Алдымен пальпациямен сақинатәрізді шеміршегінің доғасын және Коникотомияны пациенттің отырған не жатқан қалпында жүргізеді.

Алдымен пальпациямен сақинатәрізді шеміршегінің доғасын және қалқанша шеміршегінің төменгі жиегін табады

Мойынның орта сызығына сақина тәрізді шеміршек доғасының үстіне скальпельды тік орналастырып, бірдегенде көмекейді 1, Мойынның орта сызығына сақина тәрізді шеміршек доғасының үстіне скальпельды тік орналастырып, бірдегенде көмекейді 1, 5 см тереңдікте тілік жасайды. Скальпельды алмай тілікті жоғарыға қарай бірнеше миллиметрге созады.

Скальпельды алғасын, тілікке алдымен Труссо кеңейткішін, кейін трахеотомиялық түтік орнатады Скальпельды алғасын, тілікке алдымен Труссо кеңейткішін, кейін трахеотомиялық түтік орнатады

4. 4. Иллюстрациялық материалдар : 15-20 слайд

4. 5. Әдебиеттер:

Соңғы бетте

4.6. Бақылау сұрақтары (кері байланыс)

1. Жедел тыныс жетіспеушілігі?
2. Коникотомия, трахеостомия

Дәріс №7

4.1. Дәрістің тақырыбы: Жедел жүрек жетіспеушілігі кезіндегі шұғыл мейіргерлік күтім.

4.2. Мақсаты:

- Қауіпсіз мейіргерлік күтім көрсетуді талап ететін өмірге қауіпті жағдайлардың негізгі диагностика тәсілдерін үйрету.
- Шұғыл мейіргерлік көмек көрсету.

4.3. Дәріс тезистері: Жедел жүрек-қантамыр жүйесінің жеткіліксіздігі-бұл ағзаның заталмасу қажеттілігіне жүрек шығарылымының төмендеуімен жүретін патологиялық жағдай. Бұл жағдайда жүрек органдар мен тіндерді қажет қан көлемімен қамтамасыз ете алмайды, яғни оттегі және энергетикалық заттармен қамтамасыз ете алмайды.

Жүрек жеткіліксіздігінің себептері

- Гипертониялық ауру
- Туа және жүре пайда болған жүрек ақауы
- Өкпе артериясы тромбоэмболия
- инфаркт миокарда
- миокардит
- кардиосклероз
- миокардиодистрофия.
- Өкпе ісінуінің клиникасы
- Науқастың жағдайы ауыр
- Науқас қалпы мәжбүрлі (отырады).
- Инспираторлы еңтікпе, цианоз

ONTÜSTİK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Мейіргер ісі-2» кафедрасы Дәріс кешені		80-11-2024 () 30 беттің 19 беті

- Ұстама тәрізді жөтел, қанды көпіршікті қақырық болуы мүмкін.
- Алғаш өкпеде қатқыл тыныс естілсе, сосын құрғақ сырылдар.
- Өкпе ісінуінің клиникасы
- Жылдамдығына байланысты:
- моментальді (5-10 минут арасында дамиды),
- жедел (1 сағ көлемінде дамиды)
- созылмалы (1 күннен 2 күнге созылады).

Көмек

Науқасқа денесін жоғары қаратқан қалыпқа келтіреді, аяқтарын төмен түсіріп отырғызған қалып жақсы, себебі шет бөліктердің қанайналымын дұрыстап, КҚШ қантамыры қысымның төмендеуіне әкеледі.

Гипоксиямен күресу үшін проводят ингаляцию кислорода с пеногасителями.

Пеногаситель ретінде қолданылады: этил спирт, антифомсилана. Оттегі Боброва банкасы арқылы не наркоз аппараты ротаметр көмегімен жіберіледі, 8-12 л/мин.

Миокард инфаркті

- Тәждік қантамырларының оттегіні дұрыс тасымалдамауы және жүректің бұлшықеттерінің қан жеткіліксіздігі нәтижесінде жүрек бұлшықетінде ишемиялық некроз аймағының пайда болуынан дамиды.
- Тәж артериясының атеросклерозы-инфаркт дамуының ең жиі себебі. Тәж қантамырларында атеросклероздық табақшалардың пайда болуы қантамырдың тарылуына алып келеді, оның нәтижесінде миокард бөлігі қанайналымының нашарлауына әкеледі.
- **Миокард инфарктінің клиникасы**
- Негізгі симптомдардың бірі – интензивті ауырсыну синдромы болып табылады.
- Жүрек аймағында, кеуде клеткасының сол жақ бөлігінде, төс артында жедел өрістейтін ауырсыну п/б, ұз 30 минут асады.
- Ауырсыну сипаты әртүрлі: давящий, сжимающий, колющий, жгучий,
- Кейде айқын вегетативті реакциялар байқалады (тершендік, тері жабындыларының бозғылттығы, өлімнен қорқу).
- АҚҚ жоғары, ұалыпты не төмендеген болады. Жүрек ритм бұзылысы байқалады (топтық экстрасистола, пароксизмальная тахикардия, фибрилляция желудочков сердца).

Реанимациялық шаралар жүргізу:

-жүрекке тікелей емес массаж

-ӨЖЖ

-медикаментозды ем: Ауырсынуды басу – наркотикалық және наркотикалық емес анальгетиктер: фентанил 0,05 мг, морфин.

-Нитраттар – нитроглицерин, нитросорбит, сустанг.

-Антиагреганттар: ацетилсалицил қышқылы

-Антикоагулянттар: гепарин 10 000 ЕД, варфарин.

-Тромболитиктер: стрептокиназа 1 000 000 Д, фибринолизин

-Бетта адреноблокаторлар: промедол 2% 20 мг, пропранолол, карведилол

Жүрек массажының мақсаты - жәбірленушінің денесіндегі қан айналымын жасанды түрде ұстап тұру және жүректің қалыпты жиырылу жиілігін қалпына келтіру.

Қан айналымы, яғни қанның қан тамырлары жүйесі арқылы қозғалуы қанның дененің барлық мүшелері мен тіндеріне оттегін жеткізуі үшін қажет. Сондықтан қанды жасанды тыныс алу арқылы оттегімен байыту керек. Осылайша, жүрек массажымен бір уақытта жасанды тыныс алу керек.

Массаж кезінде жүректің қалыпты табиғи жиырылуын, яғни оның тәуелсіз жұмысын қалпына

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Мейіргер ісі-2» кафедрасы		80-11-2024 ()
Дәріс кешені		30 беттің 20 беті

келтіру жүрек бұлшықетінің (миокард) механикалық тітіркенуі нәтижесінде пайда болады.

Жүректің жанама массажы нәтижесінде пайда болатын артериялардағы қысым салыстырмалы түрде жоғары мәнге жетеді - 10–13 кПа (80–100 мм рт.ст.) және қанның зардап шеккен дененің барлық мүшелері мен тіндеріне түсуі үшін жеткілікті Бұл жүректің массажын (және жасанды тыныс) жүргізген кезде дененің өмірін сақтайды.

Жүрек массажына дайындық жасанды тыныс алуға дайындық болып табылады, өйткені жүректі массаж жасанды тыныс алумен бірге жүргізілуі керек.

Массаж жасау үшін жәбірленушіні арқасына қатты бетке жатқызу керек (орындық, еден немесе төтенше жағдайларда оның артына тақта қою керек). Сондай-ақ, оның кеудесін ашып, тыныс алатын киім-кешектерін босату керек.

Жүрек массажын жасау кезінде қамқоршы жәбірленушінің екі жағына көтеріліп, оның үстінен сәл немесе одан да көп бейімділік болуы мүмкін жағдайды алады.

Қысым орнын анықтап алғаннан кейін (ол жұмсақ ұшынан екі саусақ болуы керек) қолды алақанның астыңғы бөлігін үстіне қойып, екінші қолын үстіңгі жағына оң жақ бұрышпен қойып, жәбірленушінің кеудесіне аздап көмектесуі керек. бүкіл дененің қисайуы.

Қамқоршының қолдары мен білектері толықтай созылуы керек. Екі қолдың саусақтарын жақындату керек және жәбірленушінің кеудесіне тигізбеу керек. Стернумның төменгі бөлігі 3-4, ал толық адамдарда 5-6 см-ге төмендейтін етіп басуды жылдам итеру арқылы жасау керек.Қысым көбірек қозғалмалы стернумның төменгі бөлігіне шоғырлануы керек. Стернумның жоғарғы бөлігінде, сондай-ақ төменгі қабырғалардың ұштарында қысымнан аулақ болу керек, өйткені бұл олардың сынуына әкелуі мүмкін. Кеуде қуысының шетінен төмен қарай басуға болмайды (жұмсақ тіндерге), өйткені осында орналасқан мүшелерді, әсіресе бауырды зақымдауға болады.

Стернумдағы қысымды (итеруді) секундына 1 рет немесе жеткілікті қан ағымын қалыптастыру үшін жиі қайталау керек. Жылдам итергеннен кейін қолдың жағдайы шамамен 0,5 сек өзгермеуі керек. Осыдан кейін сіз қолыңызды сәл түзетіп, босаңсытуыңыз керек, оларды стернумнан шығармайсыз.

Балаларда массаж бір секундта 2 рет басу арқылы жасалады.

Зардап шеккен адамның қанын оттегімен байыту үшін жүрек массажымен қатар «ауыздан ауызға» (немесе «ауыздан мұрынға») әдісін қолданып жасанды тыныс алу керек.

Егер екі көмекші болса, онда олардың бірі жасанды тыныс алуы керек, ал екіншісі - жүрек массажы. Олардың әрқайсысына кез-келген 5-10 минут сайын бір-бірін алмастырып, жасанды тыныс алуды және жүрек массажын жасау ұсынылады.Көмек көрсету тәртібі келесідей болуы керек: бір терең инъекциядан кейін кеудеге бес қысым жасалады, егер ол инъекциядан кейін жәбірленушінің кеудесінде қалады қозғалыссыз (және бұл үрленген ауаның жеткіліксіз мөлшерін көрсетуі мүмкін), екі рет терең соққы жасағаннан кейін 15 қысым жасағаннан кейін, әртүрлі тәртіпте көмек көрсету қажет. Шабыт кезінде сіз стерженьді баспаңыз.

Егер көмек берушіде көмекші болмаса және жасанды тыныс алуды және жүрекке сыртқы массаж жасайтын болса, онда бұл операцияларды келесі ретпен ауыстыру қажет: жәбірленушінің аузына немесе мұрнына екі рет терең соққы жасағаннан кейін, медициналық көмекші кеудеге 15 рет басады, содан кейін тағы екі терең соққы жасайды жүрек массажы үшін 15 қысымды қайталайды және т.б.

4. 4. Иллюстрациялық материалдар : 15-20 слайд

4. 5. Әдебиеттер:Соңғы бетте

4. 6. Бақылау сұрақтары (кері байланыс)

- 1.Жүрекке тікелей емес массаж?
- 2.Өкпені жасанды желдендіру?

ONTÜSTİK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Мейіргер ісі-2» кафедрасы Дәріс кешені		80-11-2024 () 30 беттің 21 беті

Дәріс №8

4. 1. Дәрістің тақырыбы: Гипертониялық криз кезіндегі шұғыл мейіргерлік күтім.

4. 2. Мақсаты:

- Қауіпсіз мейіргерлік күтім көрсетуді талап ететін өмірге қауіпті жағдайлардың негізгі диагностика тәсілдерін үйрету.
- Шұғыл мейіргерлік көмек көрсету.

4. 3. Дәріс тезистері:

Гипертониялық криз – вегетативті бұзылыстар негізіндегі ми мен жүрек-қан тамырлар жүйесінің патологиялық өзгерістері мен шағымдармен қатар жүретін артериялық қысымның кенеттен жоғарылауы.

Гипертониялық криздің клиникалық көрінісі нысана-органның зақымдалуымен байланысты, бұл жағдайда организм басқа органдардың зақымдалуының алдын алу үшін артериялық қысымды тез арада түсіруге тырысады. Түрлері:

- Тамырлық- жалпы перифериялық қарсыласудың жоғарлауының нәтижесінде вазомоторлы (нейрогуморальды әсер) және базальды натрийдың ұсталуы артериолалар тонусының жоғарлауына әкеледі
- артериолалардың вазомоторлы және базальді тонусының нәтижесінде жалпы перифериялық қарсы тұрудың жоғарлауы;
- Кардиальды – жүрек лақтырысының жоғарлауының нәтижесінде миокардтың жиырылғыштығы, жүректің жиырылу жиілігі, циркуляциялық қан көлемінің жоғарлауына әкеледі.
- Көлемдік- тамыр ішілік сұйықтық көлемінің ұлғаюына әкеледі.
- Гипертензиялық криз белгілері:
- Гипертониялық криз артериялық қысымның кез келген дәрежесінде немесе симптоматикалық артериялық гипертензия кезінде дамуы мүмкін. Кей кезде гипертониялық криз дені сау адамда да пайда болуы мүмкін. Криздік жағдайға себепкер факторлар:
- Шектен тыс жүктемелер;
- Ауа райы өзгерісі;
- Кофе, алкогольді сусындарды көп пайдалану;
- Гормональды бұзылыстар;
- Бұрын қабылдаған гипотензивті препараттарды қабылдауды тоқтату;
- Ми (инсульт), жүрек (миокард инфарктісі, стенокардия ұстамасы), бүйрек аурулары.
- Бірнеше минут немесе 1-3 сағатта кенеттен пайда болуы;
- Артериялық қан қысымы деңгейі индивидуалды түрде жоғары (бір науқаста ол деңгей – 240/120, басқасында – 130/90). Ол бастапқы артериялық қысымның деңгейіне байланысты. Егер пациенттің қан қысымы әрдайым төмен болса, оның сәл көтерілуінің өзі гипертониялық криз тудыруы мүмкін.
- Жүрек жағынан шағымдардың болуы (жүрек тұсы ауруы, жүрек соғысы);
- Ми жағынан шағымдардың болуы (бас айналуы, бас ауруы, көрудің әр түрлі бұзылыстары);
- Вегетативті нерв жүйесі жағынан шағымдардың болуы (діріл, тоңу, терлеу, басқа қан құйылу сезімі, ауа жетпеу сезімі және т.б.)

Бірінші типті гипертониялық криз нейровегетативті көріністерімен сипатталады. Криз ұзақтығы бірнеше минуттан, бірнеше минутқа дейін созылуы мүмкін. Науқаста бет гиперемиясы, теріде қызыл дақтар, терлегіштік байқалады. Сырттай науқастар қозғыш, мазасыз, бас ауруына, дене қызуына, дененің барлық аумағындағы дерілдер, көз алдындағы тұманға шағымданады.

Біріншілік типті кризде науқаста көбінесе систолиялық қан қысымы көтеріліп, гиперкинетикалық қан айналым түрі байқалады.

Екіншілік гипертониялық криз бірнеше сағаттан бастап, бірнеше күнге дейін созылуы мүмкін.

ONTÜSTİK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Мейіргер ісі-2» кафедрасы Дәріс кешені		80-11-2024 () 30 беттің 22 беті

Науқастар әлсіз, тежелген (вялый). Бас ауруына, бас айналуына, әлсіздікке шағымданады. Ауыр түрде гипертониялық энцефалопатия дамиды. Гипертониялық энцефалопатияда бастың қатты ауруы, көрудің бұзылуы соқырлыққа дейін жетуі мүмкін, лоқсу, құсу, естің бұзылуы комаға дейін жетуі мүмкін.

Екінші типті криз кезінде қан айналымның гипокинетикалық түрі көрініс береді.

- **Асқынбаған криз** – «нысана-мүшенің» зақымдалуысыз болады. Алайда бұл криз бәрібір науқас өміріне қауіп төндіреді. Артериялық қысымды бірнеше сағат ішінде төмендету керек.

- **Асқынған криз** – «нысана-мүшенің» зақымдалуымен жүреді. Нысана-мүшелер – осы ауру кезінде азды, көпті зақымдалатын мүшелер. Артериялық гипертензияда олар – жүрек, ми, қан тамырлары, бүйректер. Мұндай криз ауру өміріне қауіп тудырады және тез арада 1 сағаттың ішінде артериялық қысымды төмендетуді талап етеді. Бұл криздің ұзақ уақыт болуынан жүрек жағынан (миокард инфарктісі, жедел сол жақ қарынша жетіспеушілігі, тұрақты емес стенокардия, аритмия), қан тамырлар жағынан (қолқаның қабатталған аневризмасы, қан кетулер), ми жағынан (инсульт, транзиторлы ишемиялық шабуыл, жедел гипертониялық энцефалопатия), бүйрек жағынан (жедел бүйрек жетіспеушілігі) көптеген асқынулар болуы мүмкін.

Медициналық көмек көрсету тактикасы

Мақсаты: Өмірге маңызды функцияларды стабилизациялау.

Асқынбаған гипертензивті криз:

1. Науқас қалпы – басын жоғары көтеру
2. АҚ әрбір 15 минут сайын бағалау.
3. АҚ біртіндеп алдынғыдан 15-25% төмендету
4. Пероральді гипотензивті дәрілік заттарды қолдану (бір препараттан бастау): нифедипин, каптоприл, пропранолол, бисопролол, метопролол).
5. Бас миының перифериялық тамыр қарсыласуды төмендету және стабилизациялау - винкамин 30 мг

Антигипертензивті терапияны парентеральді заттармен жүргізеді;

АҚ төмендету (15- 20% бастапқысынан алғашқы сағатта, кейін 2- 6 сағ 160 және 100 мм.сын.бағ. (пероральді заттарға көшуге болады).

4. 4. Иллюстрациялық материалдар : 15-20 слайд

4. 5. Әдебиеттер:

Соңғы бетте

4. 6. Бақылау сұрақтары (кері байланыс)

1. Гипертониялық криз кезіндегі шұғыл мейіргерлік күтім.
2. Асқынбаған гипертензивті криздегі шұғыл мейіргерлік күтім?

Дәріс №9

4.1. Дәрістің тақырыбы: Аллергиялық реакциялар кезіндегі шұғыл мейіргерлік күтім. Анафилактикалық шок.

4. 2. Мақсаты:

- Қауіпсіз мейіргерлік күтім көрсетуді талап ететін өмірге қауіпті жағдайлардың негізгі диагностика тәсілдерін үйрету.
- Шұғыл мейіргерлік көмек көрсету.

4.3.Дәріс тезистері:

Аллергия – имундық жауабының үлгісі, ол әр түрлі құрамдағы бөгде заттарға ағзаның жоғары ерекше сезімталдығының дамуынан пайда болады және осы заттармен аллергияны қоздырушы зат аллергиялар деп аталады. Аллергияның патогенезін, диагностикасын, алдын-алу және емін аллергология зерттейді.

Аллергиялық реакциялар түрлері:

ONTÜSTİK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Мейіргер ісі-2» кафедрасы Дәріс кешені		80-11-2024 () 30 беттің 23 беті

– тері, теріасты шел қабаты және шырышты қабаттардың айқын ісінуімен мінезделетін жедел аллергиялық ауру

Квинке ісінуі көп жағдайда бетте, мойында және дененің жоғары бөлігінде, қол және аяқ басының сыртқы жағында кездеседі

Сирек жағдайда Квинке ісінуі ми қабықтарын, буындарды және ішкі мүшелерді зақымдайды.

Бет, алақанның сыртқы беті, мойын, аяқ басының сыртқы беті тіндерінің жедел дамитын ісінуі. Ісіну аймағында тері түсі бозғылттанады. Ісіну қышыну сезімсіз, бірнеше сағат немесе бірнеше күнде ізсіз жоғалады.

Ең қауіпті түрі – жұтқыншақ, көмей, кеңірдек ісінуі (әр төртінші науқаста). Кенеттен мазасыздық, тыныстың қиындауы дамиды, сана бұзылуы мүмкін. Жұмсақ таңдай және таңдай доғашықтары ісінеді, аңқа өзегі тарылады. Науқас тұншығудан қайтыс болуы мүмкін.

Ішкі мүшелердің Квинке ісінуі іштегі қатты ауру сезімімен, іш өту, құсумен көрінеді.

Шұғыл көмек

Көмей ісінуі кезінде шұғыл түрде тері астына 0,1%- 1,0 адреналин ерітіндісін енгізу қажет;

Көктамырға немесе бұлшық етке антигистаминді дәрілер (димедрол, супрастин, тавегил) енгізіледі, гидрокортизон (125 мг) немесе преднизолон (60 — 90 мг)

Ылғалды оттегімен тыныс алдыру

Диуретиктер енгізу: фуросемид (к/т немесе б/е 1% ерітіндісі 1—2 мл), 15% маннит ерітіндісі (к/т ағызып немесе баяу тамшылатып 1,5 г/кг дене салмағына есебі бойынша)

Науқастың жағдайы нашарлай түссе шұғыл коникотомия жасау көрсетілген

Интенсивті терапия немесе реанимация бөліміне шұғыл тасымалдау

Тағамдық аллергия: - адамның тамаққа жоғары сезімталдығының көріністері, иммунды жүйедегі бұзылыстарға байланысты — белгілі тағамға қарсы ағзада антиденелер (реагиндер) және иммунды жасушалар өндірілуі

Тағамдық аллергия түрлері әр алуан, бірақ ең жиі кездесетіндері әртүрлі экзантемалар, нейродермит, есекжем, Квинке ісінуі.

Тағамдық аллергия абдоминальды және диспепсиялық синдромдармен көрінуі мүмкін, жиі – респираторлы алергоз симптомдарымен, талмалық жағдай түріндегі жалпы реакциямен, шеткері қандағы өзгерістермен көрінуі мүмкін (тромбоцитопениялық және лейкопениялық реакциялар), бірлескен тері-респираторлы реакциялармен өтуі мүмкін, бұларға кең спектрлі тағамдық және өндірістік ингаляциялық алергендерге полиаллергия тән.

Аллергия симптомдары өте тез немесе тағамды жегеннен кейін 2 сағат ішінде дамиды.

Шұғыл көмек:

- Себептік алергенді алып тастау
- Гипоаллергенді емдәм
- Антигистаминді дәрілер (супрастин, тавегил) курспен 2 аптаға дейін 5-7 күннен кейін дәрілерді алмастыра отырып
- Антимедиаторлық әсерлі дәрілер (интал 100 – 150 мг/кг тәулігіне ішке, задитен 0,025 мг/кг тәулігіне курспен 1,5 айдан 6 айға дейін)

Созылмалы алергодерматоздар кезінде гистаглобулин қолданады, тек ремиссия кезеңінде тағайындалады, сонымен қатар алергоглобулин (қорғаныш антиаллергиялық заттары бар гамма-глобулин) қолданылады.

Анафилактикалық шок - организмге алерген енген жағдайда бірден дамитын аллергиялық реакция нәтижесінде пайда болатын өмірге қауіпті патологиялық процесс және қан айналымы, тыныс алу, орталық жүйке жүйесінің ауыр бұзылыстарымен сипатталады.

Мұндай кезде ауру кенеттен басталады. Күлдіреуіктердің пішіні мен көлемі әр түрлі, түсі ашық қызғылт, ортасы ақ. Көп жағдайда күлдіреуік бірнеше сағаттан кейін ешқандай із қалдырмай өзінен-өзі басылады. Кейде ауру ұзаққа созылып, науқастың қызуы көтеріліп, мазасы кетеді. Көмейдің кілегей қабығында бөртпе болғанда адам жөтеліп, тұншығады. Емді дәрігер

ONTÜSTİK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Мейіргер ісі-2» кафедрасы Дәріс кешені		80-11-2024 () 30 беттің 24 беті

тағайындайды. Ауырған адамға сүт, өсімдік тағамдары беріледі, әсіресе, аллергия тудыратын тағамдарды, ащы және сүрленген тағамдарды жеуге болмайды. Қышыманы басу үшін салқын компресс, жылы ванна қолданады, теріге спирттік ерітінділер (қырмызыгүл, 2%-тік салицил, арақ, т.б.) жағады. Тамақтың немесе дәрі-дәрмектің әсерінен болған Есекжемде ең алдымен клизмамен ішті тазалап, көп мөлшерде су ішкізеді

Торпидтік кезеңді 3 дәрежеге бөледі:

I дәрежелі шок. Компенсирленген, вазоконстрикция басым. Жалпы жағдайы ауыр, тері жабындары бозарған, еріннің, тырнақ фалангаларының цианозы, тыныс алуы беткей, гипотермия белгілері, орталық жүйке жүйесі жағынан әлсіздік, реакциясы баяулаған, қарашықтардың тарылуы. Кардиоваскулярлы белгілері: артериалдық қысым біраз төмендеген немесе қалыпты, тамыр соғысы баяулаған.

II дәрежелі шок. Субкомпенсирленген, вазодилляция басым. Жағдайы өте ауыр, цианоз өршиді (кең жайылған цианоз), тыныс алуы жиі, беткейлі, гипотермия, шөлдеу, олигоанурия. Церебралды синдром: есеңгіреген, қарашықтары кеңейген, жарыққа реакциясы баяулаған. Кардиоваскулярлы синдром: жүрек тондары тұйықталған, гипотония, тахикардия, экстрасистолия. Қанда метоболикалық ацидоз, гипокалиемия, гипоксия.

III дәрежелі шок. Декомпенсирленген, вазотония басым. Жағдайы өте ауыр, таралған цианоз, гипотермия, тыныс алуы беткей, жиі Чейн-Стокс тынысы түрінде, анурия. Церебралды синдром: есі жоқ, адинамия, қарашықтары кеңейген, жарыққа реакциясы жоқ, сезімталдық жойылған. Кардиоваскулярлы синдром: тамыр соғысы анықталмайды немесе жіп тәрізді, систоликалық артериалдық қысым 50 ммсынбағ-нан төмен, жүрек тондары тұйық, аритмия. Қанда айқын метоболикалық ацидоз, ауыр гипоксемия.

Анафилактикалық шоктың емдеу алгоритмі

Шұғыл көмек:

1. Науқасты Тренделенбург қалпына келтіру: аяқ басын көтерген күйде, басын бүйіріне қаратып, тілін артқа кетуінің алдын алу үшін, асфиксия, құсық массалары мен аспирация болдырмау үшін төменгі жақты алға тарту, таза ауаның келуін қаматамасыз ету. Оксигенотерапия жүргізу.

2. Ағзаға аллергиян дердің ары қарай түсуін тоқтату:

а) аллергиян дердің парентеральды енгізу:

— аллергиян енгізген жердің жоғарғы бөлігіне артерияны қыспайтын етіп, 30 минутқа жгут салу (әр 10 минут сайын жгутты бір-екі минутқа босатып отыру қажет);

— «крест тәрізді» инъекция орнына (шағу) 0,18 % эпинефрин ертіндісін 0,5 мл (мүмкіндігінше к/т-ға— гипоперфузия!) 5,0 мл изотониялық ертінді натрий хлориді 5,0 мл және мұз қояды (бірінші емдік тағайындау!).

б) аллергиян дерді медикаменттерді мұрын қуысына тамшылату және конъюктиваны сумен жуу керек.

в) аллергиян дерді пероральды қабылдағанда науқастың жағдайы көтерсе асқазанды жуу керек.

Шокқа қарсы іс-шаралар:

а) бұлшық етке тез арада егу:

— 0,18 % эпинефрин ертіндісі 0,3 – 0,5 мл (1,0 мл-ден аспау керек). Эпинефринді қайталап енгізу аралығы 5 - 20 минут, АҚ бақылау;

— антигистаминді препараттар: 1% дифенгидрамин ертіндісі 1,0 мл-ден аспау керек (өршіген үрдісті ары қарай болдырмау). Пипольфен қабылдауға қарсы көрсеткіш айқын гипотензивті әсер!

б) инфузионды терапия 0,9% натрий хлориді ертіндісі 1 литрден аз болмау керек. Қан тамыр ішілік көлемді қайта қалпына келтіру үшін. Алғашқы 10 минут ішінде гемодинамика тұрақтылығы жойылғанда шоктың ауырлығына байланысты қайталап коллоидты ертінді (пентакрахмал) 1-4 мл/кг/мин енгіземіз. Инфузионды терапия жылдамдығы және көлемі АҚ

ONTÜSTİK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Мейіргер ісі-2» кафедрасы Дәріс кешені		80-11-2024 () 30 беттің 25 беті

жоғарылауымен, ЦВД жоғарылауымен және науқастың жағдайының жақсаруымен анықталады. Аллергияға қарсы ем: к\тамырға преднизолон 90-150 мг струйно.

4. 4. Иллюстрациялық материалдар : 15-20 слайд

4. 5. Әдебиеттер:

Соңғы бетте

4. 6. Бақылау сұрақтары (кері байланыс)

1. Аллергиялық реакциялар
2. Анафилактикалық шок кезіндегі шұғыл көмек?

Дәріс №10

4. 1. Дәрістің тақырыбы: Естен тану және коллапс кезіндегі шұғыл мейіргерлік күтім.

4. 2. Мақсаты:

- Қауіпсіз мейіргерлік күтім көрсетуді талап ететін өмірге қауіпті жағдайлардың негізгі диагностика тәсілдерін үйрету.
- Шұғыл мейіргерлік көмек көрсету.

4.3. Дәріс тезистері:

Естен тану (синкопе) – жедел тамыр жетіспеушілік, бас миының өтпелі ишемиясынан туындатқан кенеттен қысқа мерзімге есін жоғалтумен сипатталады.

Себептері:

- Қарыншалық тахикардия
- Аорталды стеноз
- Вазовагальды (артериалды гипотензия, ыстық бөлмеде болу, қорқу, психоэмоционалдық жағдайлар, ауырсыну синдромы
- Ортостатикалық гипотензия - горизонталды жағдайдан тез тік жағдайға ауысқанда кездеседі. Себептері: ұзақ төсек режимі, дене температурасының жоғарылауы, қоршаған ортаның температурасының жоғарылауы, жүктілік, ағзаның тез дегидратациясы, ОЖЖ ісіктері)
- Жағдайлық естен тану (зәр бөлуде, дефекация актінде, ж.өтелу ұстамасында ж.т.б.)

Себепші факторлар: қорқу, үрей, қаннан қорқу, интенсивті ауырсыну синдромы, алкоголь қолдану, ұйқы қанбау, ыстық бөлмеде болу.

Клиникалық белгілері: Естен тану бірнеше секундтан 3 – 5 минутқа созылады.

Әлсіздік, көз алдында қарауыту, құлағында шу, жүрек айну, ауа жетпеу сезімі.

Қарағанда: терісі боз, салқын тер, әлсіз тамыр соққысы, гипотония, беткей сирек тыныс.

Жедел жәрдем:

- Науқасты көлденен, жастықсыз жатқызып, керуеттың аяқ бөлігін көтеру
- Қысып тұрған киімдерін босату
- Таза ауамен қамтамасыз ету
- Науқастың бетіне және кеудесіне су бүркіп, суық суға батырылған алақандармен (сүлгімен) бетінен шапалақтау.
- науқастың мұрнына мүсәтір спирті сіңген мақтаны иіскету.

АҚ төмендеген жағдайда:

Мезатона 1% раствор 0,5 - 1 мл в/м немесе т/а

Брадикардияда: атропин 0,1% - 0,5 – 1мл т/а

Коллапс- Коллапс жедел тамырлық жеткіліксіздігі, тамыр тонусының төмендеуімен, бас ми гипоксия белгілерімен және организмнің өмірге маңызды қызметтерінің төмендеуімен сипатталатын ауру.

Коллапс кез келген жағдайда әр түрлі инфекция (вирус, бактерия), улану (әсіресе сусызданумен байқалатын) гипер және гипогликемиялық комалар, бүйрек үсті безі қызметі жеткіліксіздігінен,

ONTÜSTİK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Мейіргер ісі-2» кафедрасы Дәріс кешені		80-11-2024 () 30 беттің 26 беті

пневмония, әртүрлі аурудың, уланудың терминальды сатысында пайда болады.

Коллапс кезінде АҚҚ төмендейді.

Клиникалық көрінісі. Науқастың жалпы жағдайы ауырлайды, бозарады, суық тер басады, еріннің көгеруі, дене температурасы төмендейді, есі кейде сопорозды күйде, кей жағдайда естен тану байқалады, тынысы жиілейді, тахикардия, жүректе күшейген шапалақ тондарын, веналық қан қысымы төмендейді, АҚҚ төмендейді осыдан аурудың ауырлық дәрежесін анықтауға болады.

Жедел жәрдем:

- Науқасты көлденен, жастықсыз жатқызып, керуеттың аяқ бөлігін көтеру
- Қысып тұрған киімдерін босату
- Таза ауамен қамтамасыз ету
- Науқасты жылыту: айналасына ыстық мұйық қою
- Мезатон 1% раствор 0,5 - 1 мл в/м немесе т/а (адреномиметик – тамырларды тарылтады) Ауруханаға жеткізу.

4. 4. Иллюстрациялық материалдар : 15-20 слайд

4. 5. Әдебиеттер:

Соңғы бетте

4. 6. Бақылау сұрақтары (кері байланыс)

1. Коллапс
2. Естен тану кезіндегі шұғыл көмек?

Дәріс №11

4.1. Дәрістің тақырыбы: Ми қанайналымының жедел бұзылыстарында көмек көрсетудің принциптері.

4. 2. Мақсаты:

- Қауіпсіз мейіргерлік күтім көрсетуді талап ететін өмірге қауіпті жағдайлардың негізгі диагностика тәсілдерін үйрету.
- Шұғыл мейіргерлік көмек көрсету.

4.3. Дәріс тезистері:

Ми қан айналымы бұзылуының екі түрі бар:

Ишемиялық – қан тамырының бітелуі. Көп жағдайда бұл жүректен шыққан тромб немесе атеросклеротикалық түйнек. Қан тамырындағы жарықшақ жабылып, қан түспеген соң, қорек жетпеген бас миының бөлігі өліп қалады.

Геморрагиялық – қан тамырының жарылуы. Соның салдарынан бас миына қан кетіп, бұл да бас миының бір бөлігінің өліп қалуына алып келеді.

Екі жағдайда да ауру үлкен қауіп төндіреді. Сондықтан шұғыл түрде дәрігерге жүгініп, жедел жәрдем шақыру керек.

Ми қан айналымы бұзылуының себептері: Бұл қауіпті аурудың себебі өте көп боулы мүмкін. Соның ішінде денсаулығында мынандай кінәраты бар адамдар қауіп жоғары топқа кіреді:

- гипертония;
- жүректің ишемиялық ауруы;
- қант диабеті;
- атеросклероз;
- артық салмақ.

Сонымен қатар науқастың үнемі күйзелісте болуы да ми қан айналымының бұзылуына әкеліп соғады.

Диагностикалық мүмкіндіктер

Цереброваскулярлық бұзылысты емдеу жәбірленушіге қандай диагноз қойылатынына байланысты. Патологияның өткір түрінде адамға шұғыл көмек көрсетіледі, содан кейін ол

ONTÜSTİK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Мейіргер ісі-2» кафедрасы Дәріс кешені		80-11-2024 () 30 беттің 27 беті

тексеріледі. Диагностика келесі зерттеулерді қамтиды:

1. Холестерин, глюкоза үшін қан сынағы.
2. Коагулограмма.
3. Қан қысымының өзгеруін күнделікті бақылау,
4. MMSE шкаласы арқылы нейропсихологиялық тестілеу.
5. Жатыр мойны аймағының рентгенографиясы, өйткені остеохондроз созылмалы немесе жедел цереброваскулярлық бұзылыстарды тудыруы мүмкін.
6. Төбе түбін зерттеу.
7. МРТ немесе КТ. Ұсынылған зерттеулер жүйке жүйесінің, қан тамырларының проблемалық аймақтарын табуға көмектеседі. Қабаттарда тек қатты емес, жұмсақ тіндер де қарастырылады. Томография ми құрылымдарының зақымдалуын ерте кезеңде анықтауға мүмкіндік береді.

1. Ми тамырларының ангиографиясы.
2. Контрастты затпен доплерографиялық ультрадыбыстық. Зерттеу қан ағымы баяулаған аймақтарды анықтайды.
3. ЭКГ. Мұндай зерттеу міндетті емес.
4. Электроэнцефалография (өткізгіштікпен анықталадыжүйке импульстары).

Цереброваскулярлық бұзылыс белгілері анықталса, дереу дәрігерге қаралу керек. Ол ағзаның жұмысын қалыпқа келтіру, мүгедектікке жол бермеу және өмір сүру сапасын жақсарту үшін ем тағайындайды.

Жәбірленушіге алғашқы көмек

Жедел жағдайдың дамуы кезінде ми қан айналымы бұзылған жағдайда зардап шегушіге алғашқы көмек көрсету керек. Бұл неғұрлым тезірек жасалса, қалпына келтіру мүмкіндігі соғұрлым жоғары болады.

Алдымен қан айналымының бұзылуының жедел екенін анықтау керек. Ол үшін жәбірленушіден күлімсіреп, екі қолын алға көтеріп, атын айтуын сұраңыз. Инсульт болған жағдайда ол мұны істей алмайды. Содан кейін болжамды диагнозды нақтылау үшін жедел жәрдем шақырылады.

Дәрігерлер келгенге дейін ауаны қамтамасыз ету үшін адамнан барлық тар киімдерді шешіп алу керек. Адам көлденең күйде болуы керек. Науқастың импульсін және тыныс алуын үнемі бақылау маңызды. Дәрігерлер келгенге дейін адамға таблетка беруге болмайды, себебі оның жағдайы одан да нашарлап, диагноз қою қиынға соғады.

4. 4. Иллюстрациялық материалдар : 15-20 слайд

4. 5. Әдебиеттер:

Соңғы бетте

4. 6. Бақылау сұрақтары (кері байланыс)

1. Ми қан айналым бұзылысы
2. Ишемия кезіндегі алғашқы көмек?

Дәріс №12

4.1. Дәрістің тақырыбы: Қайғылы оқиғалар: электрожарақат, суға бату, странгуляциялық асфиксия, қызып кету, суық өтіп кету кезіндегі мейіргерлік күтім.

4. 2. Мақсаты:

- Қауіпсіз мейіргерлік күтім көрсетуді талап ететін өмірге қауіпті жағдайлардың негізгі диагностика тәсілдерін үйрету.
- Шұғыл мейіргерлік көмек көрсету.

4.3.Дәріс тезистері:

Асфиксия – ағзада көмірқышқыл құрамы көбеюінен, оттегі жетіспеушілігімен сипатталатын жағдай

Оның себептері аурулар, уланулар (токсикалық асфиксия) және механикалық кедергілер

ONTÜSTİK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Мейіргер ісі-2» кафедрасы Дәріс кешені		80-11-2024 () 30 беттің 28 беті

Механикалық асфиксия: Жіті өкпе тынысы, қанайналым және ми функциясы бұзылыстары;
Бірнеше минутқа созылған асфиксиялық жағдай өлімге әкеледі;
Асфиксия 5-6 минутқа созылады;
Жүрек бұлшық еттерде жіті оттегі жеткіліксіздігінен жүрек жиырылуы әлсірейді;
Өкпеден айдалатын қан бұзылысынан беттегі вена қанға толықсып, басқада ағзаларда қан айдалуы бұзылады

Асфиксияның жіктелуі 1. Жаншылудан болатын асфиксия

а) странгуляциялық (асылу, ілмекке, колмен буындыру)

б) компрессиялық (кеуде және іштің қысылуы)

2. Жабылудан болған асфиксия

а) обтурациялық (ауыз және мұрын жабу, ірі бөгде заттармен тыныс жолдарының бітелуі)

б) аспирациялық (себілетін заттармен, сұйық заттармен аспирация)

в) Тұншығу

Шектеулі жабық кеңістіктегі асфиксия

Асылу (странгуляциялық асфиксия)

Дененің барлық немесе жартылай дене салмағының ауырлық әсерінен мойынның ілмекпен қысылуы

Мойындағы ілмектің орналасуына байланысты толық, толық емес (түрегеп тұрғанда, тізе бүіп отырғанда) мойынға ілмектің орналасуына байланысты ауаның өкпеге жетіспеуі, тамырлардың, мойын нерв бағаналарының қысылуы

Ұйқы артерия қысылуы, мидағы оттегі жетіспеушілігіне әкелсе, мойылдырық көктамыр қысылуы бассүйегі ішінен қанның кері қайтуы бұзылып қысым жоғарлауына әкеледі. Бірнеше секундта ми қанға толып, 3-4 минутта ісіну дамиды. Нәтижесінде – естен тану, құрысу, еріксіз зәр шығару және дефекация болады

Асылу кезінде странгуляциялық жүлге із қалады

Алғашқы көмек

Тыныс жолдары өткізгіштігін жақсарту. Зардап шегушіні көтеріп тұрып мойынды ілмектен босату. Арқанды қиғаштап, мойынның жоғарғы бөлігінен кесіп алу. Ауыз қуысын сілекей, көбіктен тазалау (егер жұлын зақымданбаса)

Егер тыныс, жүрек соғысы сақталған құрысу болса науқасты жанымен жатқызу

Егер айқын құрысу басталған жағдайда тілін шайнау, қосымша жарақаттың алдын алу мақсатында денесін еденге басып ұстау, басын сүйеу. Құрысу ұзақтығы 5-6 минут созылады. Мойын тамырлары қысылуынан дамыған ми ісігі себептерін емдегеннен кейін өздігінше қайтады

Клиникалық өлім белгілері пайда болған кезде жүрек-реанимациясын бастау

Өкпені жасанды желдендіру, кеңірдек интубациясы.

Құрысу кезінде 2-4 мл реланиум немесе седуксен 2-4 мл 10-20 мл физиологиялық ертіндімен араластырып көктамырға енгізу.

Патогенетикалық ем (спазмолитиктер, диуретиктер, сода ертіндісі).

Суға бату

Бұл жабық тыныс жолдарына қандай бір сұйықтық енуіне байланысты дамитын механикалық асфиксияның бір түрі.

Суға бату ортасы судан басқа (тұзды немесе тұщы) батпақ, нефть, бояу, май, өндірістегі әртүрлі сұйықтықтар (пиво,).

Алғашқы көмек

Суға батудың бозғылт типінде бірден жүрек-өкпе реанимациясын бастаған жөн;

Суға батудың көк типінде тез тыныс жолдары-нан суды шығару. Науқасты құтқарушының бүгілген санына ішімен жатқызып, кеуде тұсы бүйір бетінен қысып, ұрғылап, (15-30 сек) қайта арқасымен жатқызу;

ONTÜSTIK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Мейіргер ісі-2» кафедрасы Дәріс кешені		80-11-2024 () 30 беттің 29 беті

Ауыз қуысын сорғышпен тазалау (АДР-10), егер айқын ларингоспазм болса трахеостомия немесе коникотомия жасау. ЖӨР жасау;

Суға батқан науқастарда тыныс қимылы көрінсе, өкпе желденуі қалпына келді деп айтуға келмейді, сондықтан ӨЖЖ жалғастыру қажет.

Қалтырау болса құрғақ жылы одеялмен орау, грелка қою.

Электрожарақат

Тұрақты токты қабылдау шегі, денеге енуі 5-10 миллиампер (мА), ал тұрмыста қолданатын ауыспалы токтың қабылдау шегі (60 Гц) -1-10 мА.

0,05-0,1 ампер (А) күші бар ток адам өліміне әкеледі. Төменгі вольтті күйіктер жиі тұрмыста, ал жоғары вольтты күйіктер жиі өндірістерде кездеседі. Төменгі кернеулі электр тогы қарсылығы төмен жолдармен жүріп әсері тіндерге төмен, ал жоғарғы кернеулі ток қысқа жолдармен таралып, ауыр зақымдар тудырады

Электр тогы өткеннен кейін 2-3 минуттан кейін жүрек фибрилляциясы, жыпылықтағыш аритмия, коронарлы қантамырлар спазмы, тыныс бұлшық еттері, кеңірдек спазмы- асфиксияға алып келеді. Жалпы тоникалық тырысулар болады. Есін жоғалтады (қысқа уақыт немесе терең және ұзақ), цианоз, гипотония, сирек қантамыр спазмына байланысты артериалды қысым жоғарылайды. Жоғарыдағы белгілер жалған өлімге әкеледі (мнимая смерть). Күйіктің IV дәрежесін ажыратады. Ортасы шұңқырланған кішкентай некроз, қабыршақтардың жыртылуы оның шеттерінің буылтықтануы, кең көлемді IV дәрежелі күйікте күлдену болады.

Алғашқы көмек:

Зардап шегушіден электр ток көзін алып тастау.

Тогы бар сымды арнайы ағаш сапты күрекпен, балтамен және басқа кесетін заттармен сымды кесіп тастау немесе науқасты киімінен ұстап суырып алу. Көмек көрсетуші өзін электр тогынан қорғау үшін: қолын құрғақ матамен орап, тақтайдың үстіне, резина қолғап кию, кілемшенің немесе ток өткізбейтін заттың үстінде тұрып өзін жерден бөлектеуі қажет.

Науқасты арқасына жатқызып, жалған өлім (мнимая смерть) кезінде ӨЖЖ және жүрекке жанама массаж жасау. 10% аммиак ерітіндісін иіскету, 1-2 мл корdiamин ертіндісін енгізу. Науқасты зеңбілмен тасымалдау.

Ыстық өту—сыртқы жылу факторлары әсерінен дамитын ағзаның жалпы ысуымен көрінетін патологиялық жағдай. Ыстық өту- температурасы мен ылғалдылығы жоғары бөлмеде ұзақ отыру, ыстық жерде ұзақ жүру, қапырық және ауа кірмейтін бөлмелерде физикалық жүктеме жасау, балаларды жылы көрпеге орау, қапырық бөлмеде ұстау әсерін тигізеді.

Науқастарда жалпы әлсіздік, бас ауыру, бас айналуы, құлағы шуылдау, ұйқышылдық, шөлдеу, дене қызуы 40-44° С дейін көтеріледі. Ауыр түрінде тынысы бәсеңдейді, тыныс Чейн – Стокс, АҚҚ төмендейді. Науқаста есінгіреу, есін жоғалту, тырысу комаға түседі. Кейде сандырақтау, психомоторлы қозу, емшек жасындағы балаларда диспепсиялық көрініс (құсық, іші өтуі), дамиды.

Ыстық және күн өтуі кезіндегі жедел көмек алгоритмі

Науқасты жылдам салқын бөлмеге шығару, таза ауаның кіруіне жағдай жасау.

Киімдерін шешу, суық су ішкізу, басына суық компресс (шап, қолтық аймақтарына) қою.

Сұйықтық жоғалтқанда, 300-500 мл натрий хлориді ерітіндісін көк тамырға енгізеді.

Тырысу және қозу кезінде бұлшық етке 2-4 мл седуксен енгізу.

Ауруханаға тасымалдау.

4. 4. Иллюстрациялық материалдар : 15-20 слайд

4. 5. Әдебиеттер:

Соңғы бетте

4. 6. Бақылау сұрақтары (кері байланыс)

1. Суық өту кезіндегі шұғыл көмек?
2. Асфиксия түрлері?

ONTÜSTIK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ  SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»	
«Мейіргер ісі-2» кафедрасы	80-11-2024 ()
Дәріс кешені	30 беттің 30 беті