



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

**ДӘРІС КЕШЕНІ**

Мамандық: 09130100 «Мейіргер ісі»

Біліктілік: 5AB09130101 «Мейіргер ісінің қолданбалы бакалавры»

Оқу түрі: күндізгі

Оқытудың нормативтік мерзімі: 1 жыл 6 ай

Циклдар мен пәндер индексі: АП 03

Курс: 1

Семестр: 1

Пән: «Шұғыл мейіргерлік күтім»

|   |  |  |
|---|--|--|
| ONȚŪSTIK QAZAQSTAN<br>MEDISINA<br>AKADEMIASY<br>«Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ | <br>SKMA<br>-1979- | SOUTH KAZAKHSTAN<br>MEDICAL<br>ACADEMY<br>АО «Южно-Казакстанская медицинская академия» |
| «Мейіргер ісі-1» кафедрасы  |  | №72/11 ( )   |
| Дәріс кешені  |  | 24 беттің 2 беті   |

Кафедра мәжілісінде қаралды және бекітілді.

№ 1 хаттама. «27» 08 2024 ж.

Кафедра меңгерушісі  Серикова Б.Д.

|   |   |   |
|---|---|---|
| ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН<br><b>MEDISINA</b><br><b>AKADEMIASY</b><br>«Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ | <br><b>SKMA</b><br>-1979- | SOUTH KAZAKHSTAN<br><b>MEDICAL</b><br><b>ACADEMY</b><br>АО «Южно-Казakhstanская медицинская академия» |
| «Мейіргер ісі-1» кафедрасы  |   | №72/11 ( )  |
| Дәріс кешені  |   | 24 беттің 3 беті  |

## Дәріс №1

**1. Тақырыбы:** Науқастың медициналық құжаттамасы.

**2. Мақсаты:** Алғашқы көмек көрсетудің негізгі шараларын, принциптерін үйрету. Ауруханаға дейін зерттеу әдістерін, клиникалық зерттеу және диагностикалау әдістерімен таныстырып, үйрету.

**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, күйу, 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.

**Науқасты тексеру әдістері** - белгілі бір ауруды танып білу үшін, аурудың әртүрлі белгілерін анықтау үшін және ағзадағы өзгерістерін анықтау үшін қолданылатын клиникалық зерттеу әдістері. Аурудың әртүрлі белгілерін анықтау үшін клиникалық зерттеу әдістері қолданылады. Олар науқасты сұрастырудан басталып, дене температурасын өлшеп және одан да күрделі зерттеулер, яғни микроскоппен қанның формалық элементтерін анықтап, ағзаның сұйықтықтарын химиялық зерттеулер, рентген сәулелерімен сәулелендіру және т. б.. жүргізіледі.

Сау адамдарда жағымсыз симптомдар болмайды. Ауырсыну, жүрек айну, құсу, дене температурасының көтерілуі, көк бауырдың ұлғаюы белгілі бір сырқаттың көрінісі немесе симптомы болып табылады. Бір симптом мысалы, дене температурасының көтерілуі ағзаның барлығында өзгеріс болып жатқанын, ал іш өту белгілі бір мүшенің қызметінің бұзылғанын, сонымен қатар үлкейген тығыз бауыр мүшенің құрылысының өзгерісін білдіреді. Ауырсынуды және жүрек айнуды сезіну субъективті симптомдарға жатады, олар науқастың ағзасының объективті өзгерістердің нәтижесі болып табылады.

Науқасты зерттеу барысында табылатын симптомдарды *объективті симптомдар* деп айтады. Сондықтан науқасты клиникалық тексеру әдістері

- субъективті,
- объективті,
- зертханалық,
- аспаптық болып бөлінеді.

Бір ғана симптомның көмегімен, ауруды танып білу өте қиын. Диагностикалық қателіктердің көп бөлігі науқасты толық, жүйелі зерттемегеннен болады, сондықтан науқасты толық және жүйелі түрде зерттеу диагностиканың бірінші ережесі болып табылады. Науқасты тексеру толық жүру үшін жоспар қояды, яғни науқасты жоспарлы түрде тексереді.

Жоспар ең алдымен науқастың шағымдарын сұрастырудан басталып, кейін қарау, пальпация, перкуссия, аускультация жүргізеді.

Диагноз қою әдістері негізгі және қосымшаға бөлінеді. Негізгі клиникалық әдістерге сұрастыру, науқасты қарау, сипап – сезу, соққылау, тыңдау жатады. Мейірбике оны әр

|   |   |  |
|---|---|--|
| ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН<br><b>MEDISINA</b><br><b>AKADEMIASY</b><br>«Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ | <br><b>SKMA</b><br>-1979- | SOUTH KAZAKHSTAN<br><b>MEDICAL</b><br><b>ACADEMY</b><br>АО «Южно-Казахстанская медицинская академия» |
| «Мейіргер ісі-1» кафедрасы  |   | №72/11 ( )   |
| Дәріс кешені  |   | 24 беттің 4 беті   |

науқасқа қатысты жүргізу тиіс. Негізгі әдістерден кейін дәрігер ары қарай қандай қосымша тексерулер жүргізу керек екенін шешеді.

Қосымша (зертханалы – аспапты) тексерулерді арнайы дайындалған мамандар жүргізеді. Қосымша әдістер (биопсия, эндоскопия, рентген, цитодиагностика және т. б.) негізгі тексеру әдістері сияқты маңыздылығы зор, кейде диагнозды дұрыс қоюға шешуші рөлді атқарады. Науқасты сұрастыру және объективті тексеру күнделікке жазылып отырады және тағайындалған ем ауру тарихына енгізіледі.

**4. Көрнекі материалдар:** 15-20 слайд

**5. Әдебиеттер:** соңғы бетті қараңыз.

**6. Бақылау сұрақтар (кері байланыс):**

1. Алғашқы көмек көрсету шаралары.
2. Науқасты ауруханаға дейін тексеру әдістері.
3. Науқасты клиникалық және диагностикалық зерттеу әдістері.

## Дәріс №2

**1. Тақырыбы:** Жедел тыныс жетіспеушілігі кезінде алғашқы көмек көрсету алгоритмдері. Жедел жүрек жетіспеушілігі кезіндегі дәрігерге дейінгі шұғыл көмек.

**2. Мақсаты:** Жедел тыныс жетіспеушілігі кезіндегі алғашқы көмекті оқыту. Жедел жүрек жетіспеушілігі кезіндегі дәрігерге дейінгі шұғыл көмекті үйрету.

**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;
- 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;

|   |  |   |
|---|--|---|
| ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН<br><b>MEDISINA</b><br><b>AKADEMIASY</b><br>«Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ | <br>SKMA<br>-1979- | SOUTH KAZAKHSTAN<br><b>MEDICAL</b><br><b>ACADEMY</b><br>АО «Южно-Казakhstanская медицинская академия» |
| «Мейіргер ісі-1» кафедрасы  |  | №72/11 ( )  |
| Дәріс кешені  |  | 24 беттің 5 беті  |

- 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 химиялық жарақаттары;
- Көмекейдің туа біткен ақаулары;
- Көмекейдегі бөтен зат;
- Жедел инфекциялық аурулар (дифтерия, скарлатина, тиф, малярия, корь)
- Көмекейдің ісінуімен дамиды 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. Ø Жоғары әсерге медикаментозды дестенизерлеу – антигистаминді, кортикостероидты және дегидратационды препараттардың комбинациясын қолдану. Стеноздың декомпенсация 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

|  |   |   |
|--|---|---|
| ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН<br><b>MEDISINA<br/>         АКАДЕМИЯСЫ</b><br>«Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ | <br><b>SKMA</b><br>-1979- | SOUTH KAZAKHSTAN<br><b>MEDICAL<br/>         ACADEMY</b><br>АО «Южно-Казахстанская медицинская академия» |
| «Мейіргер ісі-1» кафедрасы   | №72/11 ( )  |   |
| Дәріс кешені   | 24 беттің 6 беті  |   |

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.

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 еңікте, цианоз
- 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 ауру.
- 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 –интенсивті ауырсыну синдромы болып табылады.
- Жүрек аймағында, кеуде клеткасының сол жақ бөлігінде, төс артында жедел өрістейтін

|   |   |  |
|---|---|--|
| ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН<br><b>MEDISINA</b><br><b>AKADEMIASY</b><br>«Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ | <br><b>SKMA</b><br>-1979- | SOUTH KAZAKHSTAN<br><b>MEDICAL</b><br><b>ACADEMY</b><br>АО «Южно-Казахстанская медицинская академия» |
| «Мейіргер ісі-1» кафедрасы  | №72/11 ( )  |  |
| Дәріс кешені  | 24 беттің 7 беті  |  |

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).

**4. Көрнекі материалдар:** 15-20 слайд

**5. Әдебиеттер:** соңғы бетті қараңыз.

**6. Бақылау сұрақтар (кері байланыс):**

1. Жіті тыныс жетіспеушілігінен болатын қайғылы оқиғалар.
2. Бронх және жүрек демікпесі ұстамаларының жаршылары, ерекшеленетін белгілері.
3. Шынайы және жалған парингозпазм себептері мен белгілері.
4. Небулайзер аппаратын бронх демікпесі ұстамасын басу мақсатында қолдану.
5. Кеуде тұсының ауруының этиология аспектілері.
6. Жіті миокард инфарктінің клиникасы және дифференциалды диагностикасы.

### Дәріс №3

**1. Тақырыбы:** Терминальды жағдайлар: сатылары, клиникалық диагностикасы, науқас жағдайының ауырлығын бағалау критеріі. Жүректің кенеттен тоқтауы. Жүрек-өкпе реанимациялық тәсілдері.

**2. Мақсаты:** Терминальды жағдайларда науқастың жағдайын бағалауды, жіті жүрек қан тамыр жетіспеушілігінің негізгі симптомдарын айқындауды, автоматтық жағдайға дейінгі деңгейде ЖӨР дағдыларын міңгеруді үйрену. Коматозды жағдайлардың себептері және көріністерімен танысу, науқасты немесе жәбірленушіні емдеу мекемесіне тасымалдауды дұрыс ұйымдастыруды үйрену.

**Дәріс тезистері:**

Терминалдық жағдайлар деп маңызды органдардың- жүрек, тыныс алу органдары және т.б. жұмысының бұзылуын айтады. Бұл өмір мен өлім арасындағы аралық жағдай.

1- саты - Преагония- жанталасуға дейінгі жағдай. Орталық жүйке жүйесі қызметінің бұзылулары мен гемодинамиканың бірден нашарлауымен сипатталады. Науқастың есі әлі сақталған, бірақ шатасқан, терісі боз немесе көгерген, пульс жіп тәріздес, жүрек соғуы жылдам (тахикардия). Артериялық қысым 80 мм с.б. дейін төмендейді. Дем алысы жиіленеді, үстірт болады. Көз рефлекстері сақталады, көз қарашықтары тарылған, жарыққа реакциясы әлсіз. Осы фазаның ұзақтығы бірнеше минуттан бірнеше тәулікке созылады.

2-саты - терминалдық пауза- тынысы мен жүрек соғысы бірнеше секундқа тоқтайды.

3- саты - Агония- жанталасу. Агония кезінде естің болмауы мүмкін, бірақ емделуші естуі мүмкін. Тері жамылғылары бозарады, акроцианоз, бастың мәрмәр түсті болуы немесе цианозы байқалады. Пульс тек ірі (ұйқы) артерияларда ғана анықталады, брадикардия. Тынысы сирек, ырғақсыз, «тынысты жұтады» (агоналды тыныс); Көз қарашықтары кеңейген, жарыққа реакциясы әлсіз; тырысулар, еріксіз зәр, нәжіс бөлінуі мүмкін.

Бұл кезең бірнеше минуттан бір неше сағаттарға дейін созылады.

4- саты - Клиникалық өлім - бұл бірнеше уақыт аралығында ағзаның басынан кешіретін жағдайы. Ол кезде қан айналым және тыныс тоқтайды, тіршіліктің, өмір сүрудің сыртқы көріністері толық жоғалады, бірақ гипоксияға сезімтал ұлпаларда әлі қайтымсыз өзгерістер дамымайды. Бұл өмір мен өлім арасындағы қысқа уақытылы кезең.

Белгілері:

- сана жоғалады;

|  |   |   |
|--|---|---|
| ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН<br><b>MEDISINA<br/>         АКАДЕМИЯСЫ</b><br>«Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ | <br><b>SKMA</b><br>-1979- | SOUTH KAZAKHSTAN<br><b>MEDICAL<br/>         ACADEMY</b><br>АО «Южно-Казакстанская медицинская академия» |
| «Мейіргер ісі-1» кафедрасы   | №72/11 ( )  |   |
| Дәріс кешені   | 24 беттің 8 беті  |   |

- тері жамылғылары бозарған, суық, цианоз, тамыр дақтары пайда болады;
- пульс анықталмайды;
- тыныс тоқтайды (апноэ);
- көз қарашықтары кеңейген, жарыққа реакциясы болмайды;

Жүрек тоқтауының нұсқалары:

1. Асистолия- жүректің толық тоқтауы- ЭКГ-да түзу сызық пайда болады.
2. Қарыншалар фибрилляциясы- ЭКГ-да түсініксіз иректер пайда болады.
3. Пульссіз пароксизмалды қарынша тахикардиясы- ЭКГ-да

бірдей амлитудалы бірдей жиіліктегі кең тістер пайда болады.

Жүрек минутына 140-150 рет соқса, бұл пульсті, ал 170-180 рет соқса, бұл «пульссіз» қарынша тахикардиясы деп аталады.

«Пульсті» - медикаменттермен емдейді.

«Пульссіз» - дефибрилляциямен емдейді.

4. Электромеханикалық диссоциация- жүректің электрлік активтілігі сақталған, бірақ жүрек жиырылмайды «Пульссіз электр активтілігі» - ЭКГ-де нормаға жақын тістер бар, бірақ пульсі жоқ.

Биологиялық өлім белгілері:

- дене температурасы қоршаған орта температурасына дейін төмендеуі;
- мэйіт дақтарының пайда болуы;

Мэйіт арқасымен жатқанда дақтар жауырын, бел, жамбас аймақтарында, ал ішімен жатқанда- бет, мойын, кеуде, іш аймағында пайда болады.

- мэйіттің сіресуі. Бұл өлімнен 2-4 сағат өткеннен соң дамитын биологиялық өлімнің күмәнсіз белгісі. Ол бет бұлшықеттерінен басталып, дене бұлшықеттеріне, кейіннен аяқтарға біртіндеп тарайды.

- "мысық көзі" симптомының болуы - көзді басқанда көз қарашығының формасы өзгеріп, мысық көзін еске салады;

- көздің мөлдір қабы майланып кебеді, көз алмасы босаңсиды.

**4. Көрнекі материалдар:** 15-20 слайд

**5. Әдебиеттер:** соңғы бетті қараңыз.

**6. Бақылау сұрақтар (кері байланыс):**

1. Сафардың үштік әдісін орындау техникасы.

2. «Ауыздан ауызға» әдісі бойынша өкпені жасанды желдендіру (ӨЖЖ) және жүрекке тікелей емес массаж жасау техникасы.

3. Жоғарғы тыныс жолдарының өткізбеушілігі кезінде крикокониотомия жасау техникасы.

4. ЖӨР шараларының тиімділігін бағалау.

5. ЖӨР жүргізуде қателіктер және оларды болдыртпау.

#### Дәріс №4

**1. Тақырыбы:** Жарақаттар (ашық, жабық). Жарақаттар, олардың классификациясы. Жарақаттанған кездегі алғашқы жәрдем.

**2. Мақсаты:** Жараларды дифдиагностикалауды және бірінші дәрігерге дейінгі көмек көрсетуді үйрену. Жаралардың негізгі түрлерімен, олардың алдын алу шараларымен және бұндай науқастардың күтім ерекшеліктерімен танысу. Таңып байлауды, дененің барлық бөліктеріне таңғыш қоюды, буын шығуының және сынақтардың клиникалық симптомдарын анықтауды, жәбірленушіні транспорттық иммобилизациялауды үйрену.



|   |  |   |
|---|--|---|
| ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН<br><b>MEDISINA</b><br><b>AKADEMIASY</b><br>«Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ | <br>SKMA<br>-1979- | SOUTH KAZAKHSTAN<br><b>MEDICAL</b><br><b>ACADEMY</b><br>АО «Южно-Казakhstanская медицинская академия» |
| «Мейіргер ісі-1» кафедрасы  |  | №72/11 ( )  |
| Дәріс кешені  |  | 24 беттің 9 беті  |

Жарақаттың пайда болу механизмімен танысу. Түрлі жарақат жағдайларының дифдиагностикасын және жәбірленушіге бірінші дәрігерге дейінгі көмек көрсету ережелерін үйрену.

### Дәріс тезистері:

Жаралар – механикалық әсер ету салдарынан тері мен шырышты қабақ тұтастығының бұзылуы, ағза жасушаларының зақымдануы.

Жаралар шаншылған, соғылған, кесілген, оқтан болған, шағып алынған болып бөлінеді.

Жаралар ауру, қан кету, жарақаттанған ағза қызметінің бұзылуымен қатар жүреді және инфекциямен асқынып кетуі мүмкін.

Жаралаушы құрал түрі мен тіндердің бұзылуы сипатына байланысты жаралардың төмендегідей түрлерін ажыратуға болады:

- кесілген (пышақпен, алмаспен, өйнек, шыны жарықшақтарымен жаралану — жара шеті ажырап, қатты қанайды);
- шабылған (балтамен сүйектер зақымдануы мүмкін);
- шаншылған, (түйрелген жаралар (пышақ, шеге, біз, қанжар, айыр, сүңгі-найзамен, кейде терең болуы мүмкін, ішкі органдар, мысалы, кеуде немесе іш қуысы зақымдануы ықтимал);
- тістелген
- соғылған жара,
- оқ тиген жара және т.б.

Десмургия — орау - таңу жөніндегі ғылым жүйесі. Негізі гректің desmos –байлау, таңу, ездоп- іс деген терминдерінен алынған. Десмургия орау – таңу материалдарының түрлерін, оларды әртүрлі әдістермен пайдалануды үйретеді.

Бұл жарақаттарды емдеудің механикалық тәсіліне жатады.

- Таңғыш жасалған материалына қарай жұмсақ және қатты болып бөлінеді.
- Жұмсақ таңғыштар: бинт, үшбұрыш орамал, клей, праща, эластик, торлы түтікше.
- Қатты таңғыштар: шина, гипс, пластмасса, клеол, желім.

Жұмсақ таңғыштар 2 бөліктен тұрады:

- жараны жабатын стерильді салфетка.
- оны бекітетін таңғыш материал.

Көбіне таңғыш ретінде бинтті пайдаланады. Оның спиральді, орап байлау, жорғалата байлау, 8-тәрізді байлау, айқастырып байлау т.б. түрлері бар.

Жарақаттар – бұл механикалық, техникалық, химиялық, спецификалық (рентген сәулесі, радиоактивті сәулелер, электр тоғы), психикалық (қорқыныш) себептердің әсерінен адам ұлпалары мен органдарының зақымдануы және олардың тұтастығы мен қызметінің бұзылуы.

Жарақаттану мынадай түрлерге бөлінеді:

1. Өндірісте (өнеркәсіпте, ауыл шаруашылығында) жарақаттану;
2. Көлікте (автомобиль, темір жол, су көлігі, әуе көлігі) жарақаттану;
3. Көшеде жарақаттану (адамдардың көшеде құлап қалуынан, құлаған заттардың соғуынан, т. б. зақымдану);
4. Тұрмыстық жарақаттану (тұрмыста кездейсоқ себептерден зақымдану: баспалдақтан құлау, тұрмыстағы қолданылатын заттардан зақым алу, т. б. немесе төбелес, кісі өлтірушілік, өзін-өзі өлтірушілік және т. б. кезінде қасақана жасалатын зақымдар);
5. Әскери қызметшілердің соғыс кезіндегі және бейбіт кездегі жарақаттары болып табылатын әскери жарақаттану;
6. Спортпен айналысқан кездегі спорт жарақаттары.

Жарақаттардың түрлері:

1. Тері бүтіндігінің бұзылуы бойынша жарақаттар бөлінеді: ашық және жабық жарақаттар.

|   |  |   |
|---|--|---|
| ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН<br><b>MEDISINA</b><br><b>AKADEMIASY</b><br>«Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ | <br>SKMA<br>-1979- | SOUTH KAZAKHSTAN<br><b>MEDICAL</b><br><b>ACADEMY</b><br>АО «Южно-Казakhstanская медицинская академия» |
| «Мейіргер ісі-1» кафедрасы  |  | №72/11 ( )  |
| Дәріс кешені  |  | 24 беттің 10 беті   |

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).

**4. Көрнекі материалдар:** 15-20 слайд

**5. Әдебиеттер:** соңғы бетті қараңыз.

**6. Бақылау сұрақтар (кері байланыс):**

1. Жарақаттың жіктелуі.

2. Жарақаттың түрлері.

3. Түрлі жаралардың клиникалық сипаттамасы.

4. Түрлі жарақат кездерінде ағзаның жалпы жағдайын бағалау.

### Дәріс №5

**1. Тақырыбы:** Қан кету. Қан кету олардың түрлері. Қан кету кезіндегі алғашқы көмек.

**2. Мақсаты:** Қан кетудің түрлерін, жасырын іштен қан кету симптомдарын анықтауды, қан жоғалтудың ауқымдылығын анықтауды үйрену. Сырттай қан кету кездерінде қан тоқтату түрлерімен және мұрынды тығындау техникасымен танысу.

**3. Дәріс тезистері:**

Жарақат кезіндегі зақымдалған тамырлардан қанның ағуы қан кету деп аталады.

Оның болымсыз және күшті әсері өмірге қатерлі болуы мүмкін. Қан денеден орташа кеткенде, ағзаның ішкі бірнеше толықтырушы қасиеттері: жүрек қызметінің, тыныс алудың күшеюі, шеткі қан тамырларының жиырылуы іске қосылып өзі тоқтата алады.

Ал денеден қан көп кеткенде жүрек қан тамырларының қызметі мүлде нашарлап, адамның өліп кетуі де ықтимал.

**Қан кету түрлері:**

Зақымдалған тамырдың сипатына қарай қанның ағуы

- артериялық (күре тамырлық),
- веналық (көктамырлық),
- капиллярлық (қылтамырлық) және паренхиматоздық болып бөлінеді.

**Артериялық қан кету** жүректен ағза мен ұлпаларға қан баратын ең ірі тамырлардан аққан қанды айтамыз, ірі күре тамырлардан аққан қан жараланған жерден атқылап немесе фонтанша ағады, түсі ашық қызыл, өздігінен тоқтамайды, жарақаттанған адамның өміріне елеулі қауіп төндіреді.

**Көктамыр деп** жүрекке қайта бара жатқан қан айналымын айтады, оның түсі қара қошқыл болады, ол үздіксіз, баяу ағады.

**Қылтамырлық қан кету** ұсақ тамырлардан ағады, ол тамшылап ағады, өздігінен тоқтайды.

|  |   |   |
|--|---|---|
| ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН<br><b>MEDISINA<br/>         АКАДЕМИЯСЫ</b><br>«Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ | <br><b>SKMA</b><br>-1979- | SOUTH KAZAKHSTAN<br><b>MEDICAL<br/>         ACADEMY</b><br>АО «Южно-Казахстанская медицинская академия» |
| «Мейіргер ісі-1» кафедрасы   | №72/11 ( )  |   |
| Дәріс кешені   | 24 беттің 11 беті   |   |

Қан кетудің басталу мерзіміне байланысты біріншілік және екіншілік қан кетулер болады. Жүректің, қан тамырының, паренхиматозды ағзаның жарақатынан кейін бірден болатын қан кетуді біріншілік қан кету деп атайды. Егер қан кету өздігінен тоқтап, белгілі бір уақыт өткен соң сол жерден қайталанатын болса ол екіншілік қан кету деп аталады. Оның қайталану мерзіміне байланысты екіншілік қан кетуді ерте және кеш екіншілік қан кету деп екіге бөледі. Ерте екіншілік қан кету деп тоқтағаннан кейін бірнеше сағаттан 4-5 тәулікке дейінгі аралықтағы қан кетудің қайталануын, кеш екіншілік қан кету деп 4-ғ тәуліктен кейінгі қан кетуді айтады.

**Ерте екіншілік қан кетудің** екі негізгі себебі бар: Алғашқы операция кезінде тамырға салынған байлаудың босап кетуі. Жүйелік қан қысымы көтеріліп, қан айналысы жылдамдаған кезде, қан тамырының спастикалық жиырылуы (жедел қан кетудегі) бәсеңдейді де қан тромбты жуып жібереді.

**Кеш екіншілік қан кетулер** немесе аррозиялық қан тамырларының жарадағы инфекциядан ыдырауымен сабақтасты.

Барлық қан кетулер ағымына байланысты жедел және созылмалы болып бөлінеді.

**Жедел қан кету** кезінде қан кету қысқа уақыт аралығында байқалады да клиникалық белгілері тез дамиды. Клиникалық белгілердің айқындық дәрежесі тамырдан аққан қанның ағу қарқынына тікелей тәуелді.

**Созылмалы қан кетудің** клиникалық көрінісі айқын емес. Қан кетудің бұл түріне көлемі үлкен емес, бірақ жиі-жиі қайталанатын және қаназдылыққа әкеп соқтыратын қан жоғалтуларды жатқызады.

Қан кетудің ақыры үшін 2 фактордың шешуші маңызы бар: жоғалтқан қанның көлемі және қан кетудің жылдамдығы. Айналыстағы қан көлемінің (АҚК) 40%-дан) астамын жоғалту адам өмірімен сәйкессіз деп саналады.

#### **Алғашқы көмек.**

Жәрдем көрсету шараларына және медицина қызметкерлерінің мамандығына байланысты, қан ағуды тоқтату уақытша және біржолата тоқтату болып бөлінеді.

Әдетте қан ағуды уақытша тоқтатуды науқасты ауруханаға жіберердің алдында, жарақат алған жерде орта медицина қызметкері іске асырады.

Қан ағуды біржолата тоқтатуды аурухана жағдайында және операция жасау жолымен істеледі.

**4. Көрнекі материалдар:** 15-20 слайд

**5. Әдебиеттер:** соңғы бетті қараңыз.

**6. Бақылау сұрақтар (кері байланыс):**

1. Қан кетудің жіктелуі.
2. Қан жоғалтудың жалпы белгілері.
3. Артериалды, көктамырлы, капиллярлы және аралас қан кетулердің негізгі белгілері.
4. Қан кету кезіндегі алғашқы көмек.

### **Дәріс №6**

**1. Тақырыбы:** Десмургия және көліктік иммобилизация.

**2. Мақсаты:** Десмургия және көліктік иммобилизацияны студенттерге үйрету.

**3. Дәріс тезистері:**

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.

|  |  |   |
|--|--|---|
| ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН<br><b>MEDISINA<br/>         АКАДЕМИЯСЫ</b><br>«Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ | <br>SKMA<br>-1979- | SOUTH KAZAKHSTAN<br><b>MEDICAL<br/>         ACADEMY</b><br>АО «Южно-Казахстанская медицинская академия» |
| «Мейіргер ісі-1» кафедрасы   |  | №72/11 ( )  |
| Дәріс кешені   |  | 24 беттің 12 беті   |

Десмургия дегеніміз - таңғыш байлау және қолдану турады ілім. Таңғыш- адам денесіне емдік мақсатта таңылған материал. Таңғыштар адамның жарасын, сынықты т.б. ауруларды емдеуге қолданылады. Әрбір қызметкері таңудың түрлерін білуі керек, кез келген уақытта, кез келген жерде, жағдайда дереу көмек көрсетіп, қан тоқтатып, жараны байлау үшін таңғышты қолдана білуі тиіс.

Таңғыш жасалған материалына қарай жұмсақ және қатты болып бөлінеді. Қолдану мақсатына қарай:

-Қорғайтын таңғыш болады- ол жараны инфекция түсуден қорғайды.

-Қысатын таңғыш – қан тоқтату үшін дененің бір жеріне қысым жасайды.

-Қозғалтпайтын таңғыш- иммобилизациялайтын- сынықты не шыққан буынды қозғалтпай науқасты тасымалдау, емдеу кезінде пайдаланады.

-Ауа жібермейтін – окклюзиялық таңғыш- плевра қуысы жарақаттанған кезде салынады.

-Коррекциялайтын-түзейтін таңғыш- дененің дұрыс емес біткен жерлерін түзейді, мыс, гипс жаға мойны қисық болып туған балаға салынады.

-Тартатын, созатын таңғыш- сынықты емдеуде қолданылады.

-Таңғыш ретінде дәкеден істелген бинт, мақта, эластик бинт, торлы-түтікше бинт, мақта-мата материалын қолданады. Материал ретінде – ағаш, гипс, металл, пластмасса, клей т.б. қолданады.

Жұмсақ таңғыштар: бинт, үшбұрыш орамал, клей, праца, эластик, торлы түтікше. Қатты таңғыштар: шина, гипс, пластмасса, клеол, желім.

Жұмсақ таңғыштар 2 бөліктен тұрады:

жараны жабатын стерильді салфетка.

оны бекітетін таңғыш материал.

Көбіне таңғыш ретінде бинтті пайдаланады. Оның спиральді, орап байлау, жорғалата байлау, 8-тәрізді байлау, айқастырып байлау т.б. түрлері бар.

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.

**4. Көрнекі материалдар:** 15-20 слайд

**5. Әдебиеттер:**соңғы бетті қараңыз.

**6.Бақылау сұрақтар (кері байланыс):**

1.Десмургия дегеніміз не?

2. Таңғыштың түрлері.

3. Иммобилизация түсінігі.

## Дәріс №7

**1.Тақырыбы:** Күй және үсу кезіндегі алғашқы көмек көрсету алгоритмдері.

**2.Мақсаты:** Күй және үсу кезінде дәрігерге дейінгі алғашқы көмекті үйрету.

**3.Дәріс тезистері:**

Үсу дегеніміз – төменгі температураның ұзақ әсер етуі нәтижесінде тіндердің зақымдануы.

Үсудің пайда болу себептері:

- суықтың;
- желдің;
- жоғары ылғалдылықтың;
- тар және дымқыл аяқ киімнің;

|   |  |   |
|---|--|---|
| ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН<br><b>MEDISINA</b><br><b>AKADEMIASY</b><br>«Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ | <br>SKMA<br>-1979- | SOUTH KAZAKHSTAN<br><b>MEDICAL</b><br><b>ACADEMY</b><br>АО «Южно-Казakhstanская медицинская академия» |
| «Мейіргер ісі-1» кафедрасы  |  | №72/11 ( )  |
| Дәріс кешені  |  | 24 беттің 13 беті   |

• науқастың жалпы жағдайының нашар болуы (қандай да бір ауруға шалдығу, алкогольдік масаю, көп қан жоғалту) және т.б. себептер әсер етеді.

Дене бөліктерінен аяқ пен қолдың саусақтары, құлақ пен мұрын үсікке шалдығуға бейім келеді. Өйткені суықтың әсерінен дененің осы бөліктеріне қан келу тежеледі де, егер дер кезінде көмек көрсетілмесе ол бөліктердің жасушалары өле бастайды. Тар аяқ киім, тар киім, тар қолғап, ылғал киім мен аяқ киім адамның тез үсуіне бірден-бір себеп.

Үсудің төрт кезеңі бар:

- I деңгейлі үсік, үсудің жеңіл түрі - терінің түсінің өзгеруі, жылынғаннан соң ісу, қызару, ауырсыну сезіледі.
- II деңгейлі үсік теріде мөлдір түсті күлдіреуік пайда болады.
- III деңгейлі үсік, теріде қанды күлдіреуік пайда болады, сезімталдық жоғалады. Жазылу өте ұзақ болады, артынша тыртық қалуы мүмкін.
- IV деңгейлі үсік, үсіктің ең ауыр түрі – тері терең зақымдалады.

Үсу кезіндегі алғашқы көмек. Алғашқы көмек ең алдымен суықтың ағзаға әсерін тоқтату керек. Үсік шалған дене бөліктерін белсенді түрде жылыту қажет. Ол үшін науқасты жылы бөлмеге кіргізу, жылыту, әсіресе үсіген аймақтарына көңіл бөліп, сол аймақтың қан айналымын қалпына келтіру. Науқасқа ыстық шай, сүт беруге болады.

Бірінші деңгейлі үсікке шалдыққанда теріні таза матамен қызарғанша сүртіп, зақымдалған жерлерді спиртпен, вазелинмен, маймен сүрту керек. Аяқ пен қол үсісе оларды жылы суда сабындап жуып, спиртпен сүртеміз. Аяқты жеңіл уқалаған пайдалы. Саусақтың ұштары үсісе қолыңызды жылы суға малып (37-40 °C), қызарғанша уқалаймыз.

Үсу кезінде не істеуге болмайды?

1. Науқасты жылыту мақсатында кофе немесе спиртті ішімдіктерді беруге болмайды.
2. Сонымен қатар үсіген адамды алдын ала жылы температурада жылытып алмай, ыстық сулы ваннаға түсіруге болмайды.
3. Тері аумағында пайда болған көпіршікті түзілістерді қолдан жаруға болмайды.
4. Науқасты жылыту үшін ашық лаулап тұрған отты пайдалануға тыйым салынған.
5. Осы аталған жылыту әдістері үсіген аумақта температураның бірден жоғарылауына алып келіп, ол өз кезегінде кіші капиллярлардың жарылуына, ішкі қан ағудың көріністеріне, тіпті ауыр жағдайға дейін алып келеді.

Үсіктің профилактикасы: ағзаны суық сумен шынықтыру. Бұл қан ай-налымды жақсартып, суыққа төзімділікті арттырады. Жылы киімдерді кию.

Күю кезіндегі алғашқы көмек. Негізінен күйік — жоғары температураның, химиялық заттардың, электр тогы мен радиактивті сәуленің зардабынан тіннің зақымдалуы. Жіктемесі: Зақымдаушы факторға байланысты: термиялық, химиялық, электрлік, сәулелік күйіктер. Диагностика критерилері: I – II дәрежесі - терінің сезімталдығы бұзылмаған, капиллярлы оң реакция (теріні саусақпен басқанда бозарады, ал оны жібергенде қайтадан қызарады, тері беті ылғалды). II дәрежесі - кезінде көпіршіктер күйік алғаннан кейін 2 сағат өткен соң дамиды, көпіршіктер бірен-саран, ұсақ, іші сарысумен толы. III дәрежесі - терінің сезімталдығы және капиллярлы реакция жоғалған, терісі құрғақ, айқын ісінген, тері бетіндегі көпіршіктер іші қанды сарысумен толған, некроздық өзгерулер анықталады. Электрлік күйіктер үнемі терең болады. Шыдатпайтын қатты ауру сезімі, тоңып-қалтырау, пульстің жиілеуі анықталады. Шектеулі аймақтың күюі көбіне жергілікті процесспен шектеледі. Көлемді жердің күюінде, II-III дәрежелі аймақтың күюі кезінде ересек адамдарда денесінің 25%-ы, балалар мен қарттар денесінің 10%-ы күйгенде айтарлықтай жалпы өзгерістер болып, күйік ауру дамиды. Күйік ауруын келесі кезеңдерге (сатыларға) бөледі: күйіктік шок, жедел токсемия, септикотоксемия және жазылу. Күю – бұл жоғары температура әсерінен (жалын, ыстық бу, қайнаған су) немесе кейбір химиялық

|   |   |  |
|---|---|--|
| ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН<br><b>MEDISINA</b><br><b>AKADEMIASY</b><br>«Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ | <br><b>SKMA</b><br>-1979- | SOUTH KAZAKHSTAN<br><b>MEDICAL</b><br><b>ACADEMY</b><br>АО «Южно-Казакстанская медицинская академия» |
| «Мейіргер ісі-1» кафедрасы  |   | №72/11 ( )   |
| Дәріс кешені  |   | 24 беттің 14 беті  |

заттар (қышқыл,сілті) нәтижесінде дененің кездemesiнiң зақымдалуы. Күйiктiң ерекше пішіні –сәулеге күйе (күн, радиация, рентген). Күйе 4 кезеңге бөлінеді: 1 кезең – қызару және зақымданған жердегі терінің ісуі; белгілері бірнеше күн аралығында өтеді; 2 кезең - 1 кезеңдегі көрсетілген белгілерден бөлек сұйықтықпен толтырылған көбірішіктер пайда болады; белгілері бір немесе бір жарым күнде басылады; 3-кезең - күйген беттік қабатты қаптаған, барлық терінің жансыздануы; бірнеше апта аралығында жазылады; 4 кезең - терінің жансыздануы және сүйекке дейінгі жұмсақ кездеменің зақымдануы; жазылу өте баяу жүреді. Егер жарақаттану өрт кезінде болса, онда күйген теріге құрғақ іріндетпейтін таңғышты қояды. Күйген дерді тазалауға және көпіршіктерді жаруға тыйым салынады.

**4. Көрнекі материалдар:** 15-20 слайд

**5. Әдебиеттер:**соңғы бетті қараңыз.

**6.Бақылау сұрақтар (кері байланыс):**

- 1.Үсік. Сипаттамасы.
2. Үсіктің түрлері.
3. Үсік кезіндегі алғашқы мейіргерлік көмек.
4. Күйе кезіндегі алғашқы көмек.

### Дәріс №8

**1.Тақырыбы:** ДДҰ жаһандық шеңберін пайдалану арқылы шұғыл көмек көрсету принциптері және стратегиялары.

**2.Мақсаты:** Пәннің негізгі мақсаты Дүниежүзілік Денсаулық сақтау Ұйымының негізгі бағыттарын, Шұғыл көмек көрсетудің принциптері мен стратегияларын үйрету.

**3.Дәріс тезистері:**

Мейіргер ісі - денсаулық сақтау жүйесінің ажырамас бөлігі, ол денсаулықты нығайту, аурулардың алдын-алу, физикалық немесе психикалық аурулары бар адамдарға, сондай-ақ барлық жастағы мүгедектерге психоәлеуметтік көмек көрсету бойынша іс-шараларды қамтиды. Қазіргі уақытта медициналық кадрлардың едәуір бөлігін мейірбикелер құрайды. Денсаулық сақтау жүйесі қазіргі уақытта қарқынды реформа кезеңінде, сондықтан мейірбике қызметкерлерінен білім деңгейін үнемі жақсартуға, оларды жаңартуға байыпты көзқараспен қарауды талап етеді, онсыз жаңа тиімді технологияларды қолдану және тәжірибеге енгізу мүмкін емес. Президент Назарбаев Н.Ә. өзінің «Жаңа әлемдегі жаңа Қазақстан» атты Қазақстан халқына Жолдауында біздің мемлекетіміздің жаңа даму кезеңіндегі мемлекеттік саясаттың бір бағыты медициналық қызметтердің сапасын арттыру және денсаулық сақтаудың жоғары технологиялық жүйесін дамыту болуы керек деп баса айтты. Медициналық қызметтердің жұмыс сапасы күрделі тұжырымдама болып табылады және көптеген себептерге байланысты, олардың арасында кәсіби деңгей және клиникалық мамандардың оны жақсартуға деген ынтасы ерекше орын алады. Әлемнің әр түрлі елдеріндегі мейірбике ісі әр түрлі даму деңгейінде. Қазір көптеген елдер осы мәселелерді шешуге деген ниеттерін білдіруде, өйткені Үкімет денсаулық сақтаудың жақсаруына әкелетін тиімді көмекке қол жетімділікті арттыру үшін медициналық қызметтерді көрсетуді күшейту қажеттілігін баса айтып отыр.

Біз мейірбикелік қызметтердің алдында тұрған маңызды мәселелерді анықтадық:Біріншіден, медициналық қызметтерді ұсыну - біздің еліміздің денсаулық сақтау жүйесі медициналық қызмет сапасының өткір проблемасына тап болды. Бұл мәселені шешуде мейірбике қызметкерлері маңызды рөлдердің бірін атқарады, өйткені пациенттермен көп уақытты өткізетін мейірбике қызметкерлері. Пациенттердің денсаулық деңгейі - медициналық көмек сапасының көрсеткіштерінің біріЕкіншіден, медициналық

|   |   |  |
|---|---|--|
| ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН<br><b>MEDISINA</b><br><b>AKADEMIASY</b><br>«Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ | <br><b>SKMA</b><br>-1979- | SOUTH KAZAKHSTAN<br><b>MEDICAL</b><br><b>ACADEMY</b><br>АО «Южно-Казакстанская медицинская академия» |
| «Мейіргер ісі-1» кафедрасы  |   | №72/11 ( )   |
| Дәріс кешені  |   | 24 беттің 15 беті  |

персонал, яғни медициналық кадрлардың жетіспеушілігі, медициналық персоналдың теңгерімсіздігі, мотивацияның төмендігі және медициналық қызметкерлердің жалақысы, осының бәрі медициналық көмектің тиімділігіне әсер ететін факторлар. Үшіншіден, персоналды даярлау - медициналық кадрларды даярлау проблемасы өзекті болып табылады. Орта медициналық қызметкерлердің білім беру жүйесі халықаралық стандарттарға сәйкес келмейді, бұл Қазақстан Республикасында мейірбике ісінің дамуына кедергі келтіруде. Төртіншіден, мейірбике персоналын басқару - мейірбике персоналын тиімді басқару сапалы медициналық көмек көрсетудің негізі болып табылады. Қазіргі уақытта медбикелер - жоғары медициналық білімі бар менеджерлер Қазақстан Республикасында оқуын сәтті аяқтауда, бірақ мамандық бойынша жұмыс істейтін мамандар саны көп нәрсені қалайды. Егер әлемдегі мейірбике ісін реформалау тарихына жүгінетін болсақ, өркениетті елдерде ХХ ғасырдың ортасынан бастап мейірбике ісін реформалау бойынша жоспарлы мақсатты жұмыстар жүргізілді. Дәл осы мейірбике қызметкерлері денсаулық сақтау саласындағы білікті, кең білімді, көмекші буынға айналды, қазір мейірбикенің рөлі соншалықты биіктікке көтерілді, бұл денсаулық сақтаудың жалпы нәтижелеріндегі маңыздылығы мемлекет тарапынан жоғары бағаланады. Алайда ТМД-да мейірбике ісіндегі өзгерістер қиын қабылданады, сонымен қатар мейірбикелерді даярлау жүйесі, яғни білім беру жүйесі өзгерген жоқ, бұл халықаралық стандарттарға сәйкес мейірбике ісін реформалаудың тежегіші болып табылады. Қазақстан Республикасында мейірбике ісі дербес пән ретінде емес, посткеңестік кеңестіктегі барлық республикаларға тән ғылыми негізде емес, дәстүрлерге негізделген медицинаның көмекші бөлігі ретінде дамып келеді. Көптеген онжылдықтар бойы елімізде мейірбикелік іс-шараларға тиісті көңіл бөлінбеді, бұл денсаулық сақтау жүйесінің осы саласын көптеген шет елдер деңгейінен, қазіргі ғылым мен жаңа медициналық технологиялардың дамуынан айтарлықтай артта қалуына әкеліп соқтырды. Жоғарыда айтылғандарға сүйене отырып, республикада мейірбике ісі қазіргі кезде реформа кезеңінен өтіп жатқанын атап өткен жөн. Қазіргі уақытта денсаулық сақтау жүйесінің осы саласын дамытуда айтарлықтай жұмыстар жасалды және белгілі нәтижелерге қол жеткізілді. Бірақ, соған қарамастан, біздің еліміз жолдың басында және бізді көптеген жұмыстар күтіп тұр. Мейірбике ісін халықаралық стандарттар деңгейіне дейін дамыту - қоғамның қазіргі даму деңгейінің міндетті талабы.

**4. Көрнекі материалдар:** 15-20 слайд.

**5. Әдебиеттер:** соңғы бетті қараңыз.

**6. Бақылау сұрақтар:**

1. Шұғыл көмек көрсету принциптері.
2. Көмек көрсету стратегиялары.

## Дәріс №9

**1. Тақырыбы:** Қауіп төндіретін өмір жағдайларында шұғыл көмек көрсету алгоритмдері.

**2. Мақсаты:** Өмірге қауіп төндіретін жағдайларда жедел жәрдем алгоритмдерін оқыту. Қауіпсіз мейіргерлік күтім көрсетуді талап ететін өмірге қауіпті жағдайлардың негізгі диагностика тәсілдерін үйрету.

**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

|   |   |  |
|---|---|--|
| ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН<br><b>MEDISINA</b><br><b>AKADEMIASY</b><br>«Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ | <br><b>SKMA</b><br>-1979- | SOUTH KAZAKHSTAN<br><b>MEDICAL</b><br><b>ACADEMY</b><br>АО «Южно-Казакстанская медицинская академия» |
| «Мейіргер ісі-1» кафедрасы  |   | №72/11 ( )   |
| Дәріс кешені  |   | 24 беттің 16 беті  |

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. Себептерге:

- Қарыншалар фибриляциясы;
- Пульсі жоқ қарыншалық тахикардия;
- Толық АВ-блокада;
- Асистолия;
- Электромеханикалық диссоциация;
- Анық тамырлық дистония.

Терминалды 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. Терминалды жағдай рецидивінің алдын алу;
5. Асқинулардың 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



|  |   |   |
|--|---|---|
| ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН<br><b>MEDISINA<br/>         АКАДЕМИЯСЫ</b><br>«Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ | <br><b>SKMA</b><br>-1979- | SOUTH KAZAKHSTAN<br><b>MEDICAL<br/>         ACADEMY</b><br>АО «Южно-Казахстанская медицинская академия» |
| «Мейіргер ісі-1» кафедрасы   | №72/11 ( )  |   |
| Дәріс кешені   | 24 беттің 17 беті   |   |

қарай шеміршек пен төс-бұғана-емізiктi бұлшық еттiң 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**

1. Пациентті дайындау: Пациентті шалқасынан қатты тегіс жерге жатқызып, мойны мен кеудесін жалаңаштау, аяқ жағын көтеру.

2. 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.

3. 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.

4. Ауыз қуысын көру: тыныс жолдарының өткізгіштігін қамтамасыз ету үшін ауыз қуысы қаралып, тазартылады, алмалы-салмалы протез алып тасталынады.

#### **Сафардың үш құрамды әдісін жүргізу**

1. Басты шалқайту: бір қолмен зардап шегушінің маңдай-төбе аймағынан ұстап басын шалқайту.

2. Жақ сүйегін алға қарай жылжыту: сонымен қатар иегін көтере отырып төменгі жақ сүйегін алға қарай жылжыту.

3. Науқастың ауызын ашу.

#### **Өкпенің жасанды вентиляциясын жасау**

1. 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.

2. 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.

Компрессия мен өкпенің жасанды вентиляциясының арақатынасы 30:2 болуы керек. Жүрек-өкпе реанимациясының 1 периоды 5 цикл 2 минуттың ішінде жүргізу.

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

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

**4. Көрнекі материалдар:** 15-20 слайд

**5. Әдебиеттер:** соңғы бетті қараңыз

**6. Бақылау сұрақтары (кері байланыс)**

|  |  |   |
|--|--|---|
| ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН<br><b>MEDISINA<br/>         AKADEMIASY</b><br>«Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ | <br>SKMA<br>-1979- | SOUTH KAZAKHSTAN<br><b>MEDICAL<br/>         ACADEMY</b><br>АО «Южно-Казахстанская медицинская академия» |
| «Мейіргер ісі-1» кафедрасы   | №72/11 ( )   |   |
| Дәріс кешені   | 24 беттің 18 беті  |   |

1. Сафардың үш құрамды әдісін жүргізу.
2. Терминалды жағдайлар кезіндегі шұғыл көмек.

### Дәріс №10

**1. Тақырыбы:** Ауыр жағдайдағы науқас балалар мен олардың отбасыларына шұғыл көмек.

**2. Мақсаты:** Студенттерге ауыр жағдайдағы науқас балалар мен олардың отбасыларына шұғыл көмекті түсіндіру.

**3. Дәріс тезистері:**

Бала уланған кезде ата-ана оған қалай тез және тиімді көмек көрсету керектігін білуі керек. Ең жиі кездесетіні – **тағамнан улану**. Ол құрамында токсиндер немесе қоздырғыштар бар сапасыз өнімдерді пайдаланудан туындайды. Өнімдер жануар немесе өсімдік текті болуы мүмкін. Мысалы, саңырауқұлақтар, улы өсімдіктер, бұзылған тағамдар. Бұл мақалада кетудің себептері, белгілері, сондай-ақ осы ауруды емдеу, алғашқы көмек көрсету әдістері талқыланады.

Бала уланған кезде дер кезінде және тиімді көмек көрсету үшін белгілі бір алгоритмді нақты орындау керек. Тамақтан улану әдетте ішек инфекциясынан туындайды. Ол вирустар мен бактериялар тудыратын аурулардың үлкен тобын қамтиды. Басқаларға қарағанда сальмонеллез, дизентерия, кампилобактериоз, эшерихиоз, иерсиниоз сияқты инфекциялар жиі кездеседі. Ішекинфекциялар пациенттерге жасына қарамастан әсер етеді. Кішкентай баланың улану фактісімен жиі күресуге тура келеді.

Көп жағдайда балаларда кетуді өңдеу әдістерінің барлық түрлерінен кейін де қауіпті қасиеттерін сақтайтын улы саңырауқұлақтар тудыруы мүмкін. Сонымен қатар, улы өсімдіктер тіпті олармен немесе шырындарымен байланыста болса да, улануды тудырады.

Бала уланған жағдайда не істеу керектігін әрқашан білу маңызды. Бұл жағдайда ішек инфекциясына не себеп болғанын түсіну керек. Көбінесе балалар «лас қол ауруының» құрбаны болады. Бұл инфекцияны жұқтырудың ең оңай жолы - лас заттар немесе қолдар.

Эшерихиоз деп аталатын ішек таяқшасы қоздыратын ауру ашытылған сүт өнімдері - йогурт, айранға байланысты пайда болады. Стафилококктар жылы мезгілде торттар мен кремдерде белсенді түрде таралады, бұл тамақ инфекциясына да әкелуі мүмкін.

Сальмонеллез қоздырғыштары адам ағзасына ластанған тағам арқылы енеді. Көбінесе бұл лас жасыл немесе көкөністер, жұмыртқалар, тауық еті, шұжықтар, пісірілген шұжықтар. Иерсинияны жемістер мен көкөністерді басып өтетін кеміргіштер таратады, содан кейін адам оларды мұқият жумай, жұқтырған.

Қауіпті - баланың ағзасына тыныс алу жолдары, ас қорыту жүйесі немесе тері арқылы түсуі мүмкін улы заттармен улану.

Улы заттарды сарапшылар үш санатқа бөледі. Бірінші класқа ең қауіпті қосылыстар кіреді. Бұл саңырауқұлақтар, өсімдіктер, өнеркәсіптік уланулар, тұрмыстық химия, ауылшаруашылық препараттары, жануарлардың улары және улы газдар.

Қауіпті қосылыстар екінші класқа жатады - алкоголь, дәрілік заттар, шартты түрде жеуге жарамды саңырауқұлақтар мен өсімдіктер.

Үшінші класқа шартты қауіпті қосылыстар, соның ішінде жеуге жарамды саңырауқұлақтар, пестицидтермен дұрыс өңделмеген жағдайда қалдықпен ластанған жерде өсіргенде улы болып кететін улы емес өсімдіктер.

Іштің ауыруы, құсу және диарея уланудың жалғыз белгісі емес. Симптомдар интоксикацияны тудырған улы затқа байланысты. Егер құсу пайда болса, бала уланған, мен не істеуім керек? Мұны әрбір ата-ана білуі керек.

**Алғашқы қадам** - жедел жәрдем шақыру. Есіңізде болсын, жедел жәрдем қызметі кез

|   |   |   |
|---|---|---|
| ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН<br><b>MEDISINA</b><br><b>AKADEMIASY</b><br>«Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ | <br><b>SKMA</b><br>-1979- | SOUTH KAZAKHSTAN<br><b>MEDICAL</b><br><b>ACADEMY</b><br>АО «Южно-Казakhstanская медицинская академия» |
| «Мейіргер ісі-1» кафедрасы  |   | №72/11 ( )  |
| Дәріс кешені  |   | 24 беттің 19 беті   |

келген пациентке қоңырауға жауап беруі керекмедициналық сақтандыру полисі немесе басқа құжаттары бар-жоғына қарамастан Ресей аумағы. 911 нөміріне қоңырау шалған кезде, сізге қажетті кеңес алуға болатын улануды бақылау орталығына қосылуыңыз мүмкін.

Балалардағы демікпе классификациясы бойынша аллергиялық және аллергиялық емес болуы мүмкін. Олардың себептері біршама ерекшеленеді, бірақ көріністері бірдей. Балалардағы бронх демікпесінің атопиялық түрі аллергеннің ағзаға енуіне байланысты пайда болады.

Аурудың аллергиялық емес түрі аллергияға ұқсас дамиды, бірақ тексеру кезінде қоздырғыш факторларды анықтау мүмкін емес. Негізгі себептердің ішінде суық ауаны ингаляциялауды, күшті физикалық күш салуды, сондай-ақ өткір иістерді ингаляциялауды ерекше атап өту керек.

Кәдімгі аспирин тудыратын астмаға ерекше назар аудару керек. Бұл дәрі-дәрмекті қабылдағаннан кейін денеде белгілі бір процестер белсендіріледі, бұл бронхтың люменінің тарылуына әкеледі. Көбінесе мұндай ауру асқазан мен ішектің патологиясымен бірге жүреді. Шабуылдардың көпшілігі ауыррақ.

**Балалардағы астманың клиникалық** белгілері бағаланатын бірнеше түрлі дәрежелері бар. Жеңіл түрі шиеленісудің қысқа болуымен сипатталады, уақтылы емдегенде болжам айтарлықтай қолайлы.

Орташа ауырлықта айтарлықтай айқын симптоматология бар. Күндізгі шабуылдар күн сайын, ал түнгі шабуылдар аптасына бірнеше рет қайталанады. Оның барысында 3-ші топтағы мүгедектік беріледі, әсіресе қосымша белгілер байқалса.

Ауыр демікпешабуылдардың күндіз-түні қайталануымен сипатталады. Баланың ұйқысы мен белсенділігі қатты бұзылады. Ингаляция және дем шығару айтарлықтай қиын. Аурудың ағымының болжамы қолайсыз. 2-3 топтағы мүгедектік беріледі.

Негізгі симптомдар

Балаңызға көмектесу үшін сіз балаларда астманың қалай дамитынын және оның қалай көрінетінін білуіңіз керек. Бұл шабуылды жою үшін өз бетіңізше не істей алатыныңызды және шұғыл көмек қажет болған кезде анықтауға мүмкіндік береді. Алғашқы белгілердің арасында мыналарды ажыратуға болады:

- ауа жетіспеушілігі сезімі;
- көбінесе түнде пайда болатын жөтел;
- кеуде аймағындағы қысу сезімі;
- аллергенмен байланысқаннан кейін тыныстың қарлығы.

Демікпенің айырықша ерекшелігі – аурудың дамуының бастапқы кезеңінде дәріні қолданғанда барлық белгілер өте тез жойылады. Шабуылдың басталуына дейін балалардың көпшілігі өзгереді. Олар тым тітіркендіргіш және мазасыз, не летаргиялық және ұйқышыл болады. Біраз уақыттан кейін балалардағы бронх демікпесінің басқа белгілері қосылады, атап айтқанда:

- тыныс алудың қиындауы;
- шулы, қарлығып тыныс алу;
- кеуде аймағындағы ауырлық;
- пароксизмальды жөтел.

Бала отыруға, қолына сүйеніп, иығын сәл көтергенде шабуыл жеңілдейді. Бронх демікпесінің ағымын қалай тануға болады, әр ата-ана білуі керек, өйткені ауру болсажиі шабуылдармен бірге жүреді, бұл ішкі органдардың оттегі ашығуына әкеледі. Бұл дамудың кешігуіне әкелуі мүмкін.

**Алғашқы көмек**

Демікпе ұстамасы бар балаға алғашқы көмек көрсету өте маңызды. Оны тыныштандыру өте маңызды, өйткені психологиялық фактор шабуылдың дамуында өте маңызды рөл атқарады.

|   |  |   |
|---|--|---|
| ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН<br><b>MEDISINA</b><br><b>AKADEMIASY</b><br>«Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ | <br>SKMA<br>-1979- | SOUTH KAZAKHSTAN<br><b>MEDICAL</b><br><b>ACADEMY</b><br>АО «Южно-Казakhstanская медицинская академия» |
| «Мейіргер ісі-1» кафедрасы  |  | №72/11 ( )  |
| Дәріс кешені  |  | 24 беттің 20 беті   |

Баланың барлық тар киімдерін шешіп алу керек, бөлмеге таза ауа кіру үшін терезені ашыңыз. Балаға ингалятор немесе небулайзер, сонымен қатар «Эуфиллин» препаратын беріңіз. Сонымен қатар, қолдар мен аяқтар үшін жылы ваннаны жасаған жөн. Егер осы шаралардың барлығы 30 минут ішінде шабуылды тоқтата алмаса, жедел жәрдем шақыру керек, себебі бұл тыныс алуды тоқтатуға әкелуі мүмкін. Балалардағы бронх демікпесіне шұғыл көмек көрсету алдын аладықауіпті асқынулардың дамуы.

**4. Көрнекі материалдар:** 15-20 слайд

#### **5. Әдебиеттер:**

##### **Негізгі әдебиеттер:**

1. Фролькис, Л. С. Ішкі аурулар мен алғашқы медициналық-санитарлық көмек курсы. Тапсырмалар жинағы : мед. колледж және училищелерге арналған оқу құралы / Л. С. Фролькис; жауапты ред. А. Н. Саржанова; қаз. тіліне ауд. П. А. Омирбаева, Б. Т. Жумагулова. - М. : ГЭОТАР - Медиа, 2014. - 456 бет
2. Қаныбеков А. Жедел медициналық жәрдем : оқу құралы / А. Қаныбеков. - 2-ші бас. - Қарағанды : АҚНҰР, 2019. - 266 бет.
3. Мейірбикелік дағдылар оқулық / А. Қаныбеков – Алматы : Эверо, 2016. – 476 б. с.
4. Тұрланов, Қ. М. Жедел медициналық жәрдем/ Қ. М. Тұрланов, С. А. Қалқабаева. – 2-ші бас., толықт. және өнд. - Алматы : Эверо, 2014. – 444 с.
5. Вялов, С. С. Общая врачебная практика: неотложная медицинская помощь: учебное пособие / С. С. Вялов. – 6-е изд. ; Рек. Учебно-методическим объединением по мед. и фармацевтическому образованию вузов России. – М. : Медпресс-информ, 2014.– 112 с.
6. Алгоритмы оказания медицинской помощи при неотложных состояниях : учебник / Л. М. Пивина [и др.]. - Алматы : TechSmith, 2023. - 112 с

##### **Қосымша әдебиеттер.**

1. Повышение качества медицинской помощи и безопасности пациентов в медицинских организациях : наглядное руководство / пер. с англ. Г. Э. Улумбековой ; под ред. С. С. Панисар. – М. : ГЭОТАР – Медиа, 2016. – 160 с.
2. Қарқынды емдеу бөлімшесінің мейіргері: практикалық нұсқаулық / Ред. В. Л. Кассиль., қаз. тіліне ауд. У. Е. Ибраев. – М. : ГЭОТАР – Медиа, 2016. – 312 бет ил.
3. Скорая медицинская помощь: национальное руководство / Российское общество скорой медицинской помощи ; под ред. С. Ф. Багненко и др. – М. : ГЭОТАР – Медиа, 2015. – 888 с. : ил.
4. Ячменев В. М. Неотложная доврачебная помощь : учебное пособие / В. М. Ячменев, А. Қаныбеков, А.А. Қаныбеков. - Алматы : TechSmith, 2023. - 172 с

##### **6.Бағдарламалық камтамасыз ету және Интернет-ресурстары:**

1. Алпысова А.Р., Молодовская Н.В. / Ауруханаға дейінгі кезеңде жедел көмек көрсету алгоритмі: оқу құралы // Қарағанды: ЖК «АҚНҰР баспасы», - 2015. – 120 бет. <https://aknurpress.kz/reader/web/1350>
- 2.А.Р. Алпысова, А.И. Нечаев, Л.И. Бочарова, Н.Т. Телембетов,А.Т. Курманова. Диагностика және жедел медициналық көмек көрсету алгоритмі (амбулаторлы – поликлиникалық кіші медицина қызметкерлеріне арналған): әдістемелік нұсқау. – Қарағанды. ЖК «АҚНҰРбаспасы». – 2015 жыл. – 56 бет. <https://aknurpress.kz/reader/web/1142>
- 3.Қаныбеков А. Мейірбикелік дағдылар / А. Қаныбеков – Алматы: «Эверо» баспасы, 2020. - 466 б. [https://www.elib.kz/ru/search/read\\_book/841/](https://www.elib.kz/ru/search/read_book/841/)
- 4.Қаныбеков А.Мейірбикелердің іс-әрекеттері: оқулық бағдарлама / А.Қаныбеков.– Алматы: Эверо, 2020 – 228 бет. [https://www.elib.kz/ru/search/read\\_book/838/](https://www.elib.kz/ru/search/read_book/838/)

|   |  |  |
|---|--|--|
| ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН<br><b>MEDISINA</b><br><b>AKADEMIASY</b><br>«Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ |  | SOUTH KAZAKHSTAN<br><b>MEDICAL</b><br><b>ACADEMY</b><br>АО «Южно-Казахстанская медицинская академия» |
| «Мейіргер ісі-1» кафедрасы  |  | №72/11 ( )   |
| Дәріс кешені  |  | 24 беттің 21 беті  |


5. Қаныбеков А. Операциялық, таңу және емшара мейірбикелерінің іс әрекеттері / А. Қаныбеков, Ж. Қаныбекова. – Алматы: Эверо, 2020 – 216 бет.  
[https://www.elib.kz/ru/search/read\\_book/845/](https://www.elib.kz/ru/search/read_book/845/)

**7. Бақылау сұрақтар (кері байланыс):**

1. Ауыр жағдайдағы науқас балалар мен олардың отбасыларына шұғыл көмек көрсету алгоритімі.
2. Науқас балаларға мейіргерлік күтім көрсету.
3. Дәрігерге дейінгі көмек көрсету шараларының ауқымы және кезектілігі.

|   |  |  |
|---|--|--|
| ONȚŪSTIK QAZAQSTAN<br><b>MEDISINA<br/>AKADEMIASY</b><br>«Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ | <br>SKMA<br>-1979- | SOUTH KAZAKHSTAN<br><b>MEDICAL<br/>ACADEMY</b><br>АО «Южно-Казахстанская медицинская академия» |
| «Мейіргер ісі-1» кафедрасы  |  | №72/11 ( )   |
| Дәріс кешені  |  | 24 беттің 22 беті  |

|   |  |  |
|---|--|--|
| ONȚŪSTIK QAZAQSTAN<br><b>MEDISINA<br/>AKADEMIASY</b><br>«Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ | <br>SKMA<br>-1979- | SOUTH KAZAKHSTAN<br><b>MEDICAL<br/>ACADEMY</b><br>АО «Южно-Казахстанская медицинская академия» |
| «Мейіргер ісі-1» кафедрасы  |  | №72/11 ( )   |
| Дәріс кешені  |  | 24 беттің 23 беті  |

|   |  |  |
|---|--|--|
| ONȚŪSTIK QAZAQSTAN<br><b>MEDISINA<br/>AKADEMIASY</b><br>«Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ | <br>SKMA<br>-1979- | SOUTH KAZAKHSTAN<br><b>MEDICAL<br/>ACADEMY</b><br>АО «Южно-Казахстанская медицинская академия» |
| «Мейіргер ісі-1» кафедрасы  |  | №72/11 ( )   |
| Дәріс кешені  |  | 24 беттің 24 беті  |