




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

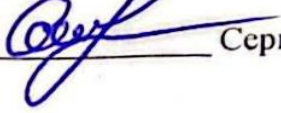
**ДӘРІС КЕШЕНІ**

Мамандығы: 0091301000 «Мейіргер ісі»  
Біліктілігі: 5AB09130101 «Мейіргер ісінің қолданбалы бакалавры»  
Оқу түрі: күндізгі  
Оқытудың нормативтік мерзімі: 3 жыл 6 ай  
Циклдар мен пәндер индексі АП 18  
Курс: 3  
Семестр: 5  
Пәннің атауы: «Шұғыл көмек»

ONȚŪSTIK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SKMA -1979-	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казакстанская медицинская академия»
«Мейіргер ісі-1» кафедрасы	№72/11 ( )	
Дәріс кешені	32 беттің 2 беті	

Кафедра мәжілісінде қаралды және бекітілді.

№ 1 хаттама. « 27 » 08 2024 ж

Кафедра меңгерушісі  Серикова Б.Д.

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН <b>MEDISINA</b> <b>AKADEMIASY</b> «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SKMA -1979-	SOUTH KAZAKHSTAN <b>MEDICAL</b> <b>ACADEMY</b> АО «Южно-Казакстанская медицинская академия»
«Мейіргер ісі-1» кафедрасы		№72/11 ( )
Дәріс кешені		32 беттің 3 беті

## Дәріс №1

**1.Тақырыбы:** ДДҰ-ның жаһандық шеңберін қолдана отырып, жедел медициналық көмек көрсетудің принциптері мен стратегиялары.

**2.Мақсаты:** Пәннің негізгі мақсаты болып студенттерге Денсаулық сақтауды ұйымдастырудың өзекті мәселелерін, ҚР және әлемде мейіргер ісін дамыту перспективаларын 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 бірі. Екіншіден, медициналық 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

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН <b>MEDISINA          AKADEMIASY</b> «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 <b>SKMA</b> -1979-	SOUTH KAZAKHSTAN <b>MEDICAL          ACADEMY</b> АО «Южно-Казакстанская медицинская академия»
«Мейіргер ісі-1» кафедрасы	№72/11 ( )	
Дәріс кешені	32 беттің 4 беті	

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 кеңістіктегі 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. Мейірбике ісінің даму дәрежесі **4.**

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

**5. Әдебиеттер:** Соңғы бетті қараңыз.

**6. Бақылау сұрақтар:**

1. Медициналық көмектің түрлері және көмек көрсету принциптері.
2. Қант диабетімен ауыратын пациент инсулин салған соң әлсіздікке, тершендікке, қалтырау сезіміне шағымданды. Осы кездегі науқастың жағдайын анықтаңыз.

## Дәріс №2

**1. Тақырыбы:** Өмірге қауіп төндіретін жағдайларда жедел жәрдем алгоритмдері.

**2. Мақсаты:** Өмірге қауіп төндіретін жағдайларда жедел жәрдем алгоритмдерін оқыту.

**3. Дәріс тезистері:**

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

- Шұғыл мейіргерлік көмек көрсету.

**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. Классификациясы бойынша терминалды жағдайдың 3 түрі бар: преагония, агония, клиникалық өлім.

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;

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН <b>MEDISINA          АКАДЕМИАСЫ</b> «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SKMA -1979-	SOUTH KAZAKHSTAN <b>MEDICAL          ACADEMY</b> АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Мейіргер ісі-1» кафедрасы	№72/11 ( )	
Дәріс кешені	32 беттің 5 беті	

- Асистолия;
- 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 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

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН <b>MEDISINA          АКАДЕМИЯСЫ</b> «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 <b>SKMA</b> -1979-	SOUTH KAZAKHSTAN <b>MEDICAL          ACADEMY</b> АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Мейіргер ісі-1» кафедрасы	№72/11 ( )	
Дәріс кешені	32 беттің 6 беті	

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 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.

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. Бақылаусұрақтары (кері байланыс)**

1. Сафардың үш құрамды әдісін жүргізу.

2. Терминалды жағдайлар кезіндегі шұғыл көмек.

### **№3 дәріс**

1. **Тақырыбы:** Науқасты тасымалдау стандарттары.

2. **Мақсаты:** Студенттерге науқастарды тасымалдау алгоритімдерін үйрету.

**3. Дәріс тезистері:**

- Науқастарды тасымалдау түрлері.
- Науқастарды каталкамен тасымалдау.
- Науқасты өз бетінше қозғалғанда көмектесу.

Науқасты қараған дәрігердің ұйғарымы бойынша науқас бөлімшеге бақылаушы мейірбике күтіп алады, онымен және оның сырқатнамасымен танысады, оған палатаны, санитарлық және басқа бөлмелерді көрсетеді, бөлімше тәртібі туралы айтады. Содан кейін мейірбике түскен науқас туралы дәрігерге баяндайды және сырқатнаманы береді. Науқастың жағдайына байланысты дәрігер оны бірден немесе аралау кезінде қарайды, қосымша тағайындаулар жасайды.

Өздігінен жүре алмайтын науқастарды бөлімшеге зембілмен тасымалдайды. Өлсіреген науқастарды, мүгедектерді, кейбір егде және кәрі адамдарды кебінесе арнайы кресло-



ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН <b>MEDISINA          АКАДЕМИЯСЫ</b> «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 <b>SKMA</b> -1979-	SOUTH KAZAKHSTAN <b>MEDICAL          ACADEMY</b> АО «Южно-Казakhstanская медицинская академия»
«Мейіргер ісі-1» кафедрасы	№72/11 ( )	
Дәріс кешені	32 беттің 7 беті	

каталкамен (абайлап, қатты селкілдетпей); ауыр науқастарды каталкамен немесе зембілмен тасымалдайды. Науқас жатқызылған зембілді екі немесе төрт адам көтеруге болады, олар қысқа адыммен қатарласпай жүрулері қажет. Сатымен көтерілгенде науқасты басын алдыға, төмен түскенде аяқтарын алдыға қаратып кетереді, екі жағдайда да зембілдің аяқ жағы сәл жоғары ұсталынады. Зембілді көтеруді жеңілдету үшін кейде арнайы санитарлық лямкалар қолданылады. Науқасты қолмен тасымалдауды және оны ауыстырып жатқызуды бір, екі немесе төрт адам жүргізуі мүмкін.

Егер науқасты бір адам тасымалдаса, онда ол бір қолымен науқастың кеудесін жауырын деңгейшінде ұстайды, ал екінші қолын сандарының астына жібереді, бұл кезде науқас көтерушінің мойнынан құшақтайды. Тасымалдаудың түрін науқастың жағдайына қарай дәрігер анықтайды. Зембілмен тасымалдау кезінде науқастың қауіпсіздігі жайлы естен шығармау және кейбір ережелерді сақтау керек:

- Науқас болатын жайттың барлығынан хабардар болуы керек;
- Науқасты құлатып алмастай көлденең күйде ұстап тұрып носилканы абайлап көтеріп қою керек;
- Науқастың басын алдыға ұстап носилканы теңселтпей қысқа (адыммен) жүру керек;
- Артта келе жатқан адам науқастың жағдайын бақылап оның жай-күйі жайлы сұрастыруы керек;
- Сатымен жоғары зембілді бас жағымен алға қарай, төменгі жағын көтере, көлденең қалыпта ұстай отырып шығару керек;
- Сатымен төмен түсіргенде – аяғымен төмен қарай, зембілдің аяқ жағын көтере отырып тасымалдау керек;

Егер медперсоналдың қайсібірі шаршаса, онда ол туралы басқа мейірбикелерге дереу хабарлауы керек, тоқтап жерге зембілді қояды, әйтпесе қолдың шаршаған саусақтары босаңсып зеңбіл құлауы мүмкін.

Каталкамен тасымалдау, тасымалдаудың ыңғайлырақ түрі болып табылады. Науқасты каталкаға ауруының және зақымдануының сипатына қарай ыңғайлылап жатқызады. Бұлай жатқызу дене бұлшықеттерінің толық босаңсуына науқастан қосымша күш талап етпей-ақ мүмкіндік береді және тасымалдауға ең қолайлы жағдайларды қамтамасыз етеді.

Кресло-каталканы да қолдануға болады. Қауіпсіздік мақсатында науқасқа кресло-каталкаға қалай дұрыс отыру керектігін түсіндіру керек:

- Кіші мейірбике аяқ тұғырына аяғымен басып кресло-каталканы алдына еңкейтеді;
- Науқасты аяқ тұғырына тұруға сұраңыз, содан соң науқасты сүйеп креслоға отырғызыңыз;
- Кресло-каталканы негізгі орынына келтіріңіз;
- Кресло-каталканың арқасының сыртындағы рамкалардың көмегімен науқасқа қажетті жағдайды (отыру немесе жартылай жату) орнату керек;
- Тасымалдау кезінде науқастың қолының кресло-каталканың сыртына шығып кетпеуін қадағалаңыз;
- Науқастың палатадағы төсекке отыруына көмектесіңіз;
- Кресло-каталканы дезинфицирлеу.

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

**5. Әдебиеттер:** Соңғы бетті қараңыз.

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

- 1.Науқасты тасымалдау түрлері.
- 2.Науқасты өз бетінше қозғалғанда көмектесу.
- 3.Науқасты тасымалдаудағы ескеретін қауіпсіздік.

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН <b>MEDISINA</b> <b>AKADEMIASY</b> «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SKMA -1979-	SOUTH KAZAKHSTAN <b>MEDICAL</b> <b>ACADEMY</b> АО «Южно-Казакстанская медицинская академия»
«Мейіргер ісі-1» кафедрасы	№72/11 ( )	
Дәріс кешені	32 беттің 8 беті	

## Дәріс №4

**Тақырыбы:** Қажет болған жағдайда дәрілік препараттарды қолдану барысында шұғыл көмек көрсету.

**Мақсаты:** Студенттерге қажет болған жағдайда дәрілік препараттарды қолдану барысында шұғыл көмек көрсетуді үйрету.

**Дәріс тезистері:** Дәрілік препараттарды дұрыс алу, дұрыс қолдану және сақтық ережелер үйрету.

Емдік немесе алдын ала емдеу мақсатында қолданылатын заттар немесе олардың қоспасы, ауруды емдеу және аурудан сақтандыру үшін қолданатын шипалы заттар. Дәрілік зат, дәрілік препарат, дәрі-дәрмек, дәрі, фармацевтикалық препарат емдік зат - аурулардың алдын алу, диагностикалау және емдеу үшін қолданылатын дәрілік қалып немесе форма (таблеткалар, капсулалар, ерітінді, жақпа және т.б.) түріндегі синтетикалық немесе табиғи тектес зат немесе заттардың қоспасы. Қолдануына байланысты дәрі-дәрмек бірнеше топқа бөлінеді. Мысалы, антибиотиктер, антисептикалық дәрі-дәрмектер, қызу басатын дәрі-дәрмектер, наркоз дәрілер, т.б. Бұл жіктелуді фармакологиялық жіктелуді деп атайды.

Бұдан басқа дәрі-дәрмектер қолдану тәсіліне байланысты (ішке, сыртқа, тамырға құйылатын, бұлшық етке салынатын т.б.), шығару қалыпына байланысты (ұнтақ, таблетка, пиллюля, микстура, тұнба, тұндырма, ерітінді, паста, крем, май тәрізді т.б.), т.б. жіктеледі. Дәрі-дәрмектің науқас адамға әсер ету күші оның құрамына және науқастың жасына, жалпы жағдайына байланысты.

Дәрі-дәрмектерді дәрігердің рұқсатымен белгілі мөлшерде тамақтану алдында немесе кейін пайдалану керек. Бір науқасқа белгіленген дәрі-дәрмекті басқа адам пайдалануға болмайды. Дәрігерді рұқсатысыз пайдаланған дәрі-дәрмек адам организміне зиян келтіреді. Дәрі-дәрмекті үйде сақтағанда, балалар ала алмайтын жерге қою қажет. Пайдалану мерзімі өткен дәріні тастау керек.

Сот медицинасында дәрі-дәрмектер адамдарға психикалық немесе физикалық әсер ету қабілетіне ие болды. Өз-өзіне қол салу мен өлтіру кезіндегі өлім себебі сапасына дәрі-дәрмек үлесінің маңызы зор болғанымен, бірақ барлық осындай жағдайларда денсаулыққа зиян келтіру немесе өлімге душар ету негізгі мақсат болып табылмайды. Негізгі сарын өзінікі сияқты, өзге біреудің мінез-құлқына, допинг немесе есірткіні пайдалана отырып, белгілі бір деңгейде әсер ету арқылы, оны психотропты немесе есірткілік заттардың көмегімен бағынышты, тәуелді немесе еркінен айыру көзделеді. Дәрі-дәрмектер тудырған әсерлер, көп жағдайда басқа қылмыстық әрекеттер кезінде, әсіресе автокөлік қылмыстарында маңызды рөл ойнайды. Бұл жағдайда дозаны асыра қолдану, не оның болмауы немесе шұғыл қажет дәрі-дәрмекті бермеу елеулі маңызға ие болады.

Дәрі-дәрмекпен улануды техникалық криминалистикалық дәлелдеуі көп қиындықтармен тығыз байланысты. Оқиға орнында табылған дәрі қораптары мен улану белгілері құнды деректер бере алады. Әйтсе де көп жағдайларда, материалды соттық-химиялық зерттеу кезінде белсенді заттар мөлшерінің тым аз болатыны соншалықты, зиянын тигізген компонентті ұзақ уақытқа созылған, күрделі сараптаулар нәтижесінде ғана байқап, анықтау мүмкін болады.

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

**5. Әдебиеттер:** Соңғы бетті қараңыз.

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

1. Дәрілік заттарды енгізудің парентералдық тәсілі.
2. Дәрілік заттарды енгізудің парентералдық тәсілінің ерекшелігі.



ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН <b>MEDISINA          АКАДЕМИЯСЫ</b> «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 <b>SKMA</b> -1979-	SOUTH KAZAKHSTAN <b>MEDICAL          ACADEMY</b> АО «Южно-Казакстанская медицинская академия»
«Мейіргер ісі-1» кафедрасы	№72/11 ( )	
Дәріс кешені	32 беттің 9 беті	

## Дәріс №5

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

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

**Дәрістезистері:**

- Ауыр науқас балалар мен олардың отбасыларына шұғыл көмек.
- Балаларға көмек.

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 келген пациентке қоңырауға жауап беруі керек медициналық сақтандыру полисі немесе басқа

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН <b>MEDISINA</b> <b>AKADEMIASY</b> «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SKMA -1979-	SOUTH KAZAKHSTAN <b>MEDICAL</b> <b>ACADEMY</b> АО «Южно-Казakhstanская медицинская академия»
«Мейіргер ісі-1» кафедрасы		№72/11 ( )
Дәріс кешені		32 беттің 10 беті

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 ингаляциялады, күшті физикалық күш салуды, сондай-ақ өткір иістерді ингаляциялады 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 қайталаынады. 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. Баланың барлық тар киімдерін шешіп алу керек, бөлмеге таза ауа кіру үшін терезені

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН <b>MEDISINA</b> <b>AKADEMIASY</b> «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 <b>SKMA</b> -1979-	SOUTH KAZAKHSTAN <b>MEDICAL</b> <b>ACADEMY</b> АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Мейіргер ісі-1» кафедрасы	№72/11 ( )	
Дәріс кешені	32 беттің 11 беті	

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:** Соңғы бетті қараңыз.

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

1. Ауыр жағдайдағы науқас балалар мен олардың отбасыларына шұғыл көмек көрсету алгоритімі.
2. Науқас балаларға мейіргерлік күтім көрсету.

### Дәріс №6

**1. Тақырыбы:** Үсік кезіндегі алғашқы көмек көрсету алгоритмдері.

**2. Мақсаты:** Үсік кезінде дәрігерге дейінгі алғашқы көмекті үйрету.

**3. Дәріс тезистері:**

- Үсудің пайда болу себептері:
- Медициналық көмек сапасы.
- Үсу дегеніміз – төменгі температураның ұзақ әсер етуі нәтижесінде тіндердің зақымдануы.
- Үсудің пайда болу себептері:
- суықтың;
- желдің;
- жоғары ылғалдылықтың;
- тар және дымқыл аяқ киімнің;
- 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 °С), қызарғанша уқалаймыз.

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН <b>MEDISINA          AKADEMIASY</b> «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 <b>SKMA</b> -1979-	SOUTH KAZAKHSTAN <b>MEDICAL          ACADEMY</b> АО «Южно-Казakhstanская медицинская академия»
«Мейіргер ісі-1» кафедрасы	№72/11 ( )	
Дәріс кешені	32 беттің 12 беті	

• 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.

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

**5. Әдебиеттер:** Соңғы бетті қараңыз.

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

1. Үсік анықтамасы, үсіктің түрлері.
2. Үсік кезінде мейіргерлік көмек.

## Дәріс№7

**1.Тақырыбы:**Жедел тыныс жетіспеушілігі кезінде алғашқы көмек көрсету алгоритмдері.

**2. Мақсаты:**Жедел тыныс жетіспеушілігі кезіндегі алғашқы көмекті оқыту.

**3. Дәріс тезистері:**

- Тыныс алу жолдары.
- Тыныс алу жетіспеушілігі кезіндегі мейіргерлік көмек.

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

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН <b>MEDISINA</b> <b>AKADEMIASY</b> «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SKMA -1979-	SOUTH KAZAKHSTAN <b>MEDICAL</b> <b>ACADEMY</b> АО «Южно-Казакстанская медицинская академия»
«Мейіргер ісі-1» кафедрасы		№72/11 ( )
Дәріс кешені		32 беттің 13 беті

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, абсцесті 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 эсерге 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



ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН <b>MEDISINA          АКАДЕМИАСЫ</b> «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 <b>SKMA</b> -1979-	SOUTH KAZAKHSTAN <b>MEDICAL          ACADEMY</b> АО «Южно-Казакстанская медицинская академия»
«Мейіргер ісі-1» кафедрасы		№72/11 ( )
Дәріс кешені		32 беттің 14 беті

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. 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;

### Дәріс№ 8

**1.Тақырыбы:**Жедел жүрек жетіспеушілігі кезіндегі алғашқы көмек көрсету алгоритмдері.

**2. Мақсаты:** Жедел жүрек жетіспеушілігі синдромыныңпатофизиологиясының және алғашқы көмектің жалпы принциптерін үйрету. Стенокардия, жіті коронарлық синдром, жіті миокард инфарті, симптомдарын анықтауды және аталған науқастарға бірінші медициналық көмек көрсетуді үйрену.

**3.Дәріс тезистері:**

- Жүрек жетіспеушілігі кезіндегі алғашқы көмек.
- Алғашқы көмек көрсету принциптерін оқыту.

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 ентікпе, 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),



ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН <b>MEDISINA</b> <b>AKADEMIASY</b> «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SKMA -1979-	SOUTH KAZAKHSTAN <b>MEDICAL</b> <b>ACADEMY</b> АО «Южно-Казakhstanская медицинская академия»
«Мейіргер ісі-1» кафедрасы		№72/11 ( )
Дәріс кешені		32 беттің 15 беті

- 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 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, сустак.

-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 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

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН <b>MEDISINA</b> <b>AKADEMIASY</b> «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SKMA -1979-	SOUTH KAZAKHSTAN <b>MEDICAL</b> <b>ACADEMY</b> АО «Южно-Казakhstanская медицинская академия»
«Мейіргер ісі-1» кафедрасы		№72/11 ( )
Дәріс кешені		32 беттің 16 беті

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. Көрнекі материалдар:** 15-20 слайд

**5. Әдебиеттер:** Соңғы бетті қараңыз.

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

1. Жедел жүрек жеткіліксіздігінің белгілері.
2. Жедел жүрек жеткіліксіздігі кезіндегі алғашқы көмек.

## Дәріс № 9

**1. Тақырыбы:** Гипертониялық криз кезіндегі алғашқы көмек көрсету алгоритмдері.

**2. Мақсаты:** Гипертониялық криздің сипаттамасын, клиникалық көріністерін үйрену. ГК кезіндегі алғашқы дәрігерге дейінгі медициналық көмек көрсету дағдыларын меңгеру.

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН <b>MEDISINA          АКАДЕМИЯСЫ</b> «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 <b>SKMA</b> -1979-	SOUTH KAZAKHSTAN <b>MEDICAL          ACADEMY</b> АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Мейіргер ісі-1» кафедрасы	№72/11 ( )	
Дәріс кешені	32 беттің 17 беті	

**3. Дәрістезистері:** Қауіпсіз мейіргерлік күтім көрсетуді талап ететін өмірге қауіпті жағдайлардың негізгі диагностика тәсілдерін үйрету.

• Шұғыл мейіргерлік көмек көрсету.

**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. 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.

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН <b>MEDISINA</b> <b>AKADEMIASY</b> «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SKMA -1979-	SOUTH KAZAKHSTAN <b>MEDICAL</b> <b>ACADEMY</b> АО «Южно-Казakhstanская медицинская академия»
«Мейіргер ісі-1» кафедрасы	№72/11 ( )	
Дәріс кешені	32 беттің 18 беті	

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. Көрнекі материалдар:** 15-20 слайд

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

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

- 1.ГК анықтамасы және жіктемесі;
- 2.ГК этиологиясын, патогенезін және клиникасын білу;
- 3.түрлі ГК ерекшеленетін белгілері;
- 4.ГК негізгі симптомдары;
- 5.ГК жағдайында алғашқы жәрдем көрсетуде қолданылатын дәрілік заттар;

### **Дәріс№ 10**

**1.Тақырыбы:**Аллергиялық реакциялар кезіндегі алғашқы көмек көрсету алгоритмдері. Анафилактикалық шок.

**2.Мақсаты:**Аллергия жағдайларын диффдиагностика жасауды және бірінші дәрігерге дейінгі көмек көрсету үйрену. Анафилактикалық шок, олардың алдын алуды және осындай науқастарға алғашқы көмек көрсету ерекшеліктерімен танысу.

**3.Дәріс тезистері:**

- Аллергия .
- Аллергия кезіндегі мейіргерлік көмек.

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

Аллергиялық реакциялар түрлері:

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН <b>MEDISINA</b> <b>AKADEMIASY</b> «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 <b>SKMA</b> -1979-	SOUTH KAZAKHSTAN <b>MEDICAL</b> <b>ACADEMY</b> АО «Южно-Казakhstanская медицинская академия»
«Мейіргер ісі-1» кафедрасы	№72/11 ( )	
Дәріс кешені	32 беттің 19 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 дамиды 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 дамиды 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



ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН <b>MEDISINA          АКАДЕМИЯСЫ</b> «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 <b>SKMA</b> -1979-	SOUTH KAZAKHSTAN <b>MEDICAL          ACADEMY</b> АО «Южно-Казакстанская медицинская академия»
«Мейіргер ісі-1» кафедрасы	№72/11 ( )	
Дәріс кешені	32 беттің 20 беті	

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 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 кезенді 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: есенгіреген, 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 аллергиялардың ары қарай түсуін тоқтату:

а) аллергияларды парентеральды енгізу: — аллергиялар 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) аллергияларды медициналық препараттарды мұрын қуысына тамшылату және конъюнктиваны сумен жуу керек.

в) аллергияларды 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



ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН <b>MEDISINA</b> <b>AKADEMIASY</b> «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SKMA -1979-	SOUTH KAZAKHSTAN <b>MEDICAL</b> <b>ACADEMY</b> АО «Южно-Казакстанская медицинская академия»
«Мейіргер ісі-1» кафедрасы		№72/11 ( )
Дәріс кешені		32 беттің 21 беті

гемодинамика тұрақтылығы жойылғанда шоктың ауырлығына байланысты қайталап коллоидты ерітінді (пентакрахмал) 1-4 мл/кг/мин енгіземіз. Инфузионды терапия жылдамдығы және көлемі АҚ жоғарылауымен, ЦВД жоғарылауымен және науқастың жағдайының жақсаруымен анықталады.

Аллергияға қарсы ем: к\тамырға преднизолон 90-150 мг струйно.

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

**5. Әдебиеттер:** Соңғы бетті қараңыз.

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

1. аллергиялық реакциялар;
2. анафилактикалық шок кезіндегі шұғыл көмек;
3. аллергияжағдайлары;
4. анафилаксияның кезеңдері;

### Дәріс № 11

**1.Тақырыбы:**Естен тану және коллапс кезіндегі алғашқы көмек көрсету алгоритмдері.

**2.Мақсаты:**Естен тану және коллапс кезіндегі кезінде алғашқы көмек көрсету алгоритмдерін үйрету.

**3.Дәріс тезистері:**

- Шұғыл мейіргерлік көмек көрсету.
- Естен тану және коллапс кезіндегі кезінде алғашқы көмек көрсету алгоритмдері.

**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

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН <b>MEDISINA          АКАДЕМИАСЫ</b> «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 <b>SKMA</b> -1979-	SOUTH KAZAKHSTAN <b>MEDICAL          ACADEMY</b> АО «Южно-Казakhstanская медицинская академия»
«Мейіргер ісі-1» кафедрасы	№72/11 ( )	
Дәріс кешені	32 беттің 22 беті	

сипатталатын ауру.

Коллапс кез келген жағдайда әр түрлі инфекция (вирус, бактерия), улану (әсіресе сусызданумен байқалатын) гипер және гипогликемиялық комалар, бүйрек үсті безі қызметі жеткіліксіздігінен, 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. Көрнекі материалдар:** 15-20 слайд

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

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

1. Естен тану және коллапс объективті және субъективті көрсеткіштерді;
2. Естен тану және коллапстың негізгі симптомдары;

### **Дәріс № 12**

**1.Тақырыбы:** Ми қан айналымының жедел бұзылыстары кезіндегі алғашқы көмек көрсету алгоритмдері.

**2.Мақсаты:** Ми қанайна-лымының жедел бұзылыстарында кезінде алғашқы көмек көрсету алгоритмдері. Шұғыл мейіргерлік көмек көрсету.

**3.Дәрістежестері:**

• Ми қанайна-лымының жедел бұзылыстарында кезінде алғашқы көмек көрсету алгоритмдерін оқыту.

**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

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН <b>MEDISINA</b> <b>AKADEMIASY</b> «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 <b>SKMA</b> -1979-	SOUTH KAZAKHSTAN <b>MEDICAL</b> <b>ACADEMY</b> АО «Южно-Казakhstanская медицинская академия»
«Мейіргер ісі-1» кафедрасы		№72/11 ( )
Дәріс кешені		32 беттің 23 беті

әкеліп соғады.

### Диагностикалық мүмкіндіктер

Цереброваскулярлық бұзылысты емдеу жәбірленушіге қандай диагноз қойылатынына байланысты. Патологияның өткір түрінде адамға шұғыл көмек көрсетіледі, содан кейін ол 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.
  8. Ми тамырларының ангиографиясы.
  9. Контрастты затпен доплерографиялық ультрадыбыстық. Зерттеу қан ағымы баяулаған аймақтарды анықтайды.
- ЭКГ. Мұндай зерттеу міндетті емес.

Электрэнцефалография (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. Көрнекі материалдар:** 15-20 слайд

**5. Әдебиеттер:** Соңғы бетті қараңыз.

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

1. Ми қан айналымы бұзылуының себептері.
2. Ми қан айналымы бұзылысы кезіндегі жасалатын іс-әрекеттер.

### Дәріс№ 13

**1.Тақырыбы:** Қайғылы оқиғалар: электро-жарақат, суға бату, странгуляциялық асфиксия, қызып кету, суық өту кезіндегі алғашқы көмек.

**2.Мақсаты:** Қайғылы оқиғалар: электро-жарақат, суға бату, странгуля-циялық асфиксия, қызып кету, суық өтіп кету кезінде алғашқы көмеккөрсету алгоритімдерін үйрету.

**3.Дәріс тезистері:**

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН <b>MEDISINA</b> <b>AKADEMIASY</b> «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SKMA -1979-	SOUTH KAZAKHSTAN <b>MEDICAL</b> <b>ACADEMY</b> АО «Южно-Казакстанская медицинская академия»
«Мейіргер ісі-1» кафедрасы		№72/11 ( )
Дәріс кешені		32 беттің 24 беті

- Электр тогы.
- Суға бату кезіндегі алғашқы көмек.
- Қызып кету кезіндегі көмек.

Электр тогы адам организміне жалпы және жергілікті әсер береді. Жергілікті зақымдану ток өткен кездегі бұлшықеттердің күшті жиырылуынан механикалық бүліну түрінде, сондай-ақ I-II дәрежедегі күйік күйінде білінеді.

Электрлік күйікті ажырату ерекшелігі - сұрғылт-сары түсті дақтардың болуында (термикалық күйікте – қызару және көпіршіктер), ауыру сезімдерінің жоқтығы.

Электр тогы барлық ағзалар мен тіндерді зақымдайды, бірақ көбіне қысқа жолда токтың кіру және шығу тұсында.

Өмірге аса қауіпті токтың жолы - өмірлік маңызды ағзалар жатқан жер (сол қол – оң қол, сол қол – оң аяқ, бас - қол).

Электр тогымен жеңіл зақымданғанда зардап шегушіде қаңқалық мускулатураның жиырылуы, бас ауруы, кеудедегі ауыру, жалпы әлсіздік, еңтігу болады.

Ауыр зақымдануда аталған белгілерге қозғалыстық қозумен, сезінудің, көрудің, есітудің, иіс сезудің бұзылуымен бірге естен тану қосылады. Жүректің, тыныс алудың тоқтауы мүмкін.

Алғашқы медициналық көмек:

- зардап шегушіні қауіпсіздік техника ережелерін сақтай отырып токтан ажырату;
- зардап шегушіні биік, құрғақ тегіс жерге жатқызу (жерге көмбеу!);
- электрлік күйіктерге құрғақ асептикалық таңып-байлаулар жасау;
- жүректің қызметі мен тыныс алуды ынталандыру үшін мүсәтір спиртін иіскету;
- тыныс алу мен жүрек қызметі тоқтағанда реанимациялық шараларды атқару.

Электрлік жарақаты бар зардап шегушіні хәлі жақсы болғанның өзінде емдеу мекемесіне жеткізу қажет, өйткені онда жақын арадағы 7 тәулікте өмірге қауіпті асқинуардың дамуы мүмкін.

Суға батқан кездегі алғашқы медициналық және дәрігерге дейінгі көмек

Суға батушыны судан ессіз күйде алып шыққан кезде, алайда тыныс алуы мен тамырлардың соғысы қанағаттарлық болса оны аяқтарын 40-50о–қа етбетінен көтеріп, мүсәтір спиртін иіскетуге береді, аяқ – қол мен кеуде клеткаларын ысқылайды.

Суға батқан кезде немесе құтқарғаннан кейін бірден естің қысқа уақытқа жоғалуы күрделі асқинуларды ықтималдығы туралы елеулі ескертулер екендігін есте сақтаған жөн. Зардап шегушіні бүйірлей жатқызып күйде алып кетеді.

Зардап шегушіні жанталас немесе клиникалық өлім жағдайында алып шыққан кезде реанимация шараларын кезектілігі төмендегіше болуы тиіс.

Ауызды, мұрынның қуыстарын құмнан немесе балшықтан тазарту;

Тыныс жолдары мен асқазаннан суды шығару;

Жасанды тыныс алдыру;

Қан айналымын қолдау;

Жоғары тыныс жолдарын босату мынадай ретпен жүргізіледі. Ауыз қуысын тез қарап шығып дәкі салфеткасы оралған сұқ саусақпен алынбалы протезді алады, ауызды сілекейден, балшықтан тазартады. Бұдан кейін таңдай қуысының бөгде заттармен кептелгендігін анықтау үшін саусақты сақтықпен қозғалтады.

Тыныс жолдары мен асқазаннан су мен көбікті шығару, суға батушыны етбетінен жатқызып оны құтқарушы аяғын бүгілген тізесіне тірейді және кеуде клеткаларын қысады, алайда бұл кезеңге бар-жоғы бірнеше секунд қана жұмсалуга тиіс.

Алғашқы көмек кезіндегі жасанды тыныс алдыру «ауызға-ауыз», «мұрынға-ауыз» әдістерімен жүргізіледі. «Ауызға-ауыз» әдісімен жасанды тыныс алдыруды зардап шегушіні қатты жерге шалқалай жатқыздудан бастайды. Бір қолды мойынның астына,

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН <b>MEDISINA</b> <b>AKADEMIASY</b> «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SKMA -1979-	SOUTH KAZAKHSTAN <b>MEDICAL</b> <b>ACADEMY</b> АО «Южно-Казakhstanская медицинская академия»
«Мейіргер ісі-1» кафедрасы		№72/11 ( )
Дәріс кешені		32 беттің 25 беті

екінші қолды зардап шегушінің маңдайына қойып оның басын қысады сөйтіп тыныс жолдарына ауаның еркін өтуі үшін жағдай жасалады.

Маңдайдағы алақанның саусақтарымен ауаның шықпауы үшін мұрынды жабады. Көмек көрсетуші өзінің ауызымен зардап шегушінің ауызын толығымен жауып оның тыныс жолдарына ауаны қаттырақ үрлейді, содан кейін зардап шегушінің шамалы ауа шығаруына мүмкіндік береді.

«Мұрынан ауызға» әдісін ем – дом жасау тәжірибесі болмаған жағдайларда , зардап шегушінің жағы қатты қысылған немесе жарақаттанған кезде қолданған дұрыс . Бұл жағдайларда мұрын жолдары бос болуға тиіс .

«Мұрыннан ауызға» әдісімен жасанды демалдыруды жүргізу үшін мына әрекеттерді жасайды . Маңдайдағы қолмен басты артқа қарай бұрайды , екі – үш қолмен төменгі жақты жоғары көтеріп ауызды жабады . Ауызды сонымен қатар үлкен саусақпен де жабуға болады .

Ауызды зардап шегушінің мұрнына қойып оған ауа үрлейді.

Балаға жасанды тыныс алдыру кезінде ерінмен ауыз бен мұрынды қатар қамтиды . Ауаны ересектермен салыстырғанда азырақ үрлейді . Балалардың тыныс алу жиілігі минутына 18-20-дан аспауы тиіс.

Құрсақ төңірегінің кампайуы асқазанға ауаның барғанын көрсетеді . Алақанмен сырқаттың басы мен мойын жағына қарай іштің төңірегін аударып алақанмен сақтықпен қысады .

Сильвестр әдісі жиі қолданылады . Зардап шегушіні шалқалай жатқызып , кеуде клеткаларының төменгі бөлігіне бүктелген төсенішпен төсем қояды . Егер жасанды тыныс алдыруды екі адам жүргізсе , онда олар зардап шегушінің кеуде клеткасының екі жағына тізерлей отырады . Олардың әрқайсысы бір қолымен зардап шегушінің қолын иығының ортасына дейін апарды , ал екінші жолдарын саусақтың ұшына жоғарырақ тастайды . Олар бір уақытта зардап шегушінің қолын көтереді және оның басының артына қарай созады . осы арқылы кеуде клеткасы кеңейіп , ауаның кіруіне жол ашады . Бұдан кейін екі – үш секундтан соң зардап шегушінің қолын кеуде клеткасына қойып оны қысады, сөйтіп ауаны шығарады .

Мұз астына түсіп кеткендерге құтқару көмегін көрсету жолдары Зардап шеккен адамға көмек берер алдында

құтқарушылар төмендегі ережелерді ұстануы керек:

- - жағадан мұзға түспес бұрын баратын жолды анықтап алу қажет;
- - тік жардан, шығып тұрған балдыр мен қамыс маңынан, жылы өндіріс сулары су айдынына ағатын жерлерден су айдынының үстіне шығуға болмайды.
- - қар қалың жапқан жерлерден айналып өту (ол жерлерде мұз жұқа болады), өзенге құятын сағалардан, ағысы қатты жерлерден айналып өту қажет;
- - жағадан мұз үстіне абайлап шығу, себебі екеуінің арасында жарық болуы мүмкін.

Улы газбен уланғанда жасалынатын көмек

Улы газбен уланғанда улы газдың келуін тоқтатыңыз; жапа шегушіні таза ауаға шығарыңыз; жатқызыңыз, тыныштандырыңыз да таза ауамен дем алдырыңыз (газетпен желпіңіз, желдеткіш немесе кондиционер қосыңыз);

Егер зардап шегуші есінен танған болса, жүрегіне жабық массаж жасаңыз және жедел жәрдем келгенше немесе есін жиғанша жасанды демалдырыңыз.



ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН <b>MEDISINA          AKADEMIASY</b> «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 <b>SKMA</b> -1979-	SOUTH KAZAKHSTAN <b>MEDICAL          ACADEMY</b> АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Мейіргер ісі-1» кафедрасы		№72/11 ( )
Дәріс кешені		32 беттің 26 беті

Есіңізде болсын, зардап шегушіні қауіпті аймақтан шығару кезінде, алдымен өзіңіздің қауіпсіздігіңізді, өзіңіз уланып қалмауды ойлаңыз. Ол үшін тез қимылдау керек және қол орамал немесе дәкемен мұрынды байлап алу керек.

**Қан кету кезіндегі алғашқы көмек**

1) дененің зақымданған бөлігін кеудеге қатысты алған- да — көтеріңкі калыпта ұстау (аяқ-қол жараланғанда венадан қан кеткен кезде жараға қысып тұратын таңғыш салғаннан кейін жастық оралған киім кою);

2) кішігірім қан кету кезінде қысып тұратын таңғыш көмегімен зақымданған жерде қан ағып жатқан тамырды басу (жараны йодтың спиртті ерітіндісімен тазартқаннан кейін қалың мақта салынады да, бинтпен оралады);

3) аяқ-қолды мейлінше шұғыл бұғу немесе жазу қалпында тұрақтандыру (иық алды немесе балтыр, табан жараланғанда, шынтақ немесе тізе буынын бұғу немесе жазу аяқ-қол жарасына қатты қан кеткенде жгут салу мүмкін болмағанда, қолды арқаға мейлінше созып, ал аяқты ішке бүгіп, тұрақтандыру).

1. Иық алды жарасы кезінде — артерияны иықтың ішкі жағынан басады;

2. Балтырдан қан кеткенде — тізе асты артериясын басады (бас бармақпен тізе буынын алдыңғы жағын ұстап, ал қалған саусақпен тізе асты шұңқырындағы артерияны тауып, сүйекке басады);

3. Сан жараланғанда — сан артериясының шап астын- дағы жоғарғы жағын жұдырықпен басады;

4. Бастағы жарадан қан кеткенде — жара жақтағы самай артериясын басады (артерия құлақтың жанынан өтеді, оны тамыр соғысы арқылы анықтайды);

5. Беттен қан кеткенде — жақ артериясын басады (ол мойыннан бет пішіндеріне қарай жүреді және жақтың төменгі шеті арқылы оның бұрышы мен иек арасында иіледі);

6. Мойындағы жара кезінде — жара жақтағы жә-не одан төмен ұйқы артериясын басады (трахея жағында);

7. Иық үстіндегі, иық буынына жақын немесе қолтық айналасындағы жара кезінде бұғана асты артериясын бұғана астындағы шұңқырға (бірінші қабырғаға) басады, кейін аяқ-қолға бұрау немесе жгут салады.

**Сыну кезінде алғашқы көмек**

Сыну кезінде алғашқы көмектің көрсетуінде ең маңыздысы дер кезінде зақымдалған шектілікке дұрыс иммобилизация, толық тыныштықты қамту, қимылсыздығы жатады. Бұнымен: қатерлі сезінулерді әлсірету және жарақаттық шокті дамытуды ықтималдықтың кішірейтуі; сынулардың ашық күйінделер пайда болуды қауіп-қатер және жара инфекциясының дамытуын кішірейтуі; жұмсақ кездемелер және ішкі органдардың қосымша бұзылуларын пайда болуды қауіп-қатердің кішірейтуі; сынуларды бітіп кету үшін қолайлы жағдайлардың жасалуына қол жетіледі. Көлік иммобилизациясы дөңгелектер арқасында іске асады. Дөңгелектер қатты және ыңғайлы материалдардан жасалады. Әдетте алғашқы көмекті көрсету кезінде дөңгелектерді қол материалдардан – тақтадан, таяқтан жасайды.

**Күйо кезіндегі алғашқы көмек**

Күйо – бұл жоғары температура әсерінен (жалын, ыстық бу, қайнаған су) немесе кейбір химиялық заттар (қышқыл, сілті) нәтижесінде дененің кездемесінің зақымдалуы. Күйіктің ерекше пішіні – сәулеге күйо (күн, радиация, рентген). Күйо 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 көбіршіктер 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;



ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН <b>MEDISINA          AKADEMIASY</b> «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SKMA -1979-	SOUTH KAZAKHSTAN <b>MEDICAL          ACADEMY</b> АО «Южно-Казakhstanская медицинская академия»
«Мейіргер ісі-1» кафедрасы	№72/11 ( )	
Дәріс кешені	32 беттің 27 беті	

жазылу өте баяу жүреді. Егер жарақаттану өрт кезінде болса, онда күйген теріге құрғақ іріңдетпейтін 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. күйіктің жіктелуі;

1.күйік ауырлық сатыларын айқындайтын белгілер;

### Дәріс.№ 14

**1.Тақырыбы:** Көптік жарақат алғандарға, анықтама қоюдың ерекшеліктері және дәрігерге дейінгі медициналық көмекті көрсету.

**2.Мақсаты:** Көптік жарақат алғандарға, анықтама қоюдың ерекшеліктері және дәрігерге дейінгі медициналық көмекті көрсету алгоритмін үйрету.

• Шұғыл мейіргерлік көмек көрсету.

**3.Дәрістеziстері:**

• Жарақаттар.

**Төтенше жағдай** - мемлекетке төнген түрлі қауіпке байланысты елбасы немесе парламент жариялайтын уақытша режим. Ол табиғат апаты, соғыс қаупі, техногендік апат, халық ішіндегі толқу, т.б. жағдайларда жарияланады

**Табиғи сипаттағы төтенше жағдай** – дүлей зілзала (жер сілкінісі, сел, көшкін, су тасқыны және басқалар), табиғи өрт, індеттер мен малдың жұқпалы аурулары, ауылшаруашылық өсімдіктерінің және ормандардың кеселдері мен зиянкестері арқылы зақымдануын туғызатын Төтенше жағдайлар.Рихтер шкаласымен есептеледі.

**Техногендік сипаттағы төтенше жағдай** - өнеркәсіп, көлік авариялары және басқа да авариялар, өрт (жарылыс), күшті әсер ететін улы, радиоактивті және биологиялық жағынан қауіпті заттарды тарататын (тарату қаупі бар) авария, үйлер мен ғимараттардың кенеттен қирауы, бөгендердің бұзылуы, тіршілікті қамтамасыз ететін электр-энергетика және коммуникация жүйелеріндегі, тазарту құрылыстарындағы авария туғызған төтенше жағдай.

Суға батқан кездегі алғашқы медициналық және дәрігерге дейінгі көмек

Суға батушыны судан ессіз күйде алып шыққан кезде , алайда тыныс алуы мен тамырлардың соғысы қанағаттарлық болса оны аяқтарын 40-50о–қа етбетінен көтеріп , мүсәтір спиртін иіскетуге береді , аяқ – қол мен кеуде клеткаларын ысқылайды .

Суға батқан кезде немесе құтқарғаннан кейін бірден естің қысқа уақытқа жоғалуы күрделі асқинуларды ықтималдығы туралы елеулі ескертулер екендігін есте сақтаған жөн . Зардап шегушіні бүйірлейжатқызған күйде алып кетеді.

Зардап шегушіні жанталас немесе клиникалық өлім жағдайында алып шыққан кезде реанимация шараларын кезектілігі төмендегіше болуы тиіс.

Ауызды,мұрынныңқуыстарын құмнан немесе балшықтаназарту;

Тыныс жолдары мен асқазаннан суды шығару;

Жасанды тыныс алдыру;

Қан айналымын қолдау;

Жоғары тыныс жолдарын босату мынадай ретпен жүргізіледі. Ауыз қуысын тез қарап шығып дәкі салфеткасы оралған сұқ саусақпен алынбалы протезді алады, ауызды сілекейден, балшықтан тазартады. Бұдан кейін таңдай қуысының бөгде заттармен кептелгендігін анықтау үшін саусақты сақтықпен қозғалтады.

Тыныс жолдары мен асқазаннан су мен көбікті шығару, суға батушыны етбетінен

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН <b>MEDISINA          АКАДЕМИЯСЫ</b> «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SKMA -1979-	SOUTH KAZAKHSTAN <b>MEDICAL          ACADEMY</b> АО «Южно-Казакстанская медицинская академия»
«Мейіргер ісі-1» кафедрасы		№72/11 ( )
Дәріс кешені		32 беттің 28 беті

жатқызып оны құтқарушы аяғын бүгілген тізесіне тірейді және кеуде клеткаларын қысады, алайда бұл кезеңге бар-жоғы бірнеше секунд қана жұмсалуға тиіс.

Алғашқы көмек кезіндегі жасанды тыныс алдыру «ауызға-ауыз», «мұрынға-ауыз» әдістерімен жүргізіледі. «Ауызға-ауыз» әдісімен жасанды тыныс алдыруды зардап шегушіні қатты жерге шалқалай жатқыздудан бастайды. Бір қолды мойынның астына, екінші қолды зардап шегушінің маңдайына қойып оның басын қысады сөйтіп тыныс жолдарына ауаның еркін өтуі үшін жағдай жасалады.

Маңдайдағы алақанның саусақтарымен ауаның шықпауы үшін мұрынды жабады. Көмек көрсетуші өзінің ауызымен зардап шегушінің ауызын толығымен жауып оның тыныс жолдарына ауаны қаттырақ үрлейді, содан кейін зардап шегушінің шамалы ауа шығаруына мүмкіндік береді.

«Мұрынан ауызға» әдісін ем – дом жасау тәжірибесі болмаған жағдайларда , зардап шегушінің жағы қатты қысылған немесе жарақаттанған кезде қолданған дұрыс . Бұл жағдайларда мұрын жолдары бос болуға тиіс .

«Мұрыннан ауызға» әдісімен жасанды демалдыруды жүргізу үшін мына әрекеттерді жасайды . Маңдайдағы қолмен басты артқа қарай бұрайды , екі – үш қолмен төменгі жақты жоғары көтеріп ауызды жабады . Ауызды сонымен қатар үлкен саусақпен де жабуға болады .

Ауызды зардап шегушінің мұрнына қойып оған ауа үрлейді.

Балаға жасанды тыныс алдыру кезінде ерінмен ауыз бен мұрынды қатар қамтиды . Ауаны ересектермен салыстырғанда азырақ үрлейді . Балалардың тыныс алу жиілігі минутына 18-20-дан аспауы тиіс.

Құрсақ төңірегіннің кампайуы асқазанға ауаның барғанын көрсетеді . Алақанмен сырқаттың басы мен мойын жағына қарай іштің төңірегін аударып алақанмен сақтықпен қысады .

Сильвестр әдісі жиі қолданылады . Зардап шегушіні шалқалай жатқызып , кеуде клеткаларының төменгі бөлігіне бүктелген төсенішпен төсем қояды . Егер жасанды тыныс алдыруды екі адам жүргізсе , онда олар зардап шегушінің кеуде клеткасының екі жағына тізерлей отырады . Олардың әрқайсысы бір қолымен зардап шегушінің қолын иығының ортасына дейін апарады , ал екінші жолдарын саусақтың ұшына жоғарырақ тастайды .Олар бір уақытта зардап шегушінің қолын көтереді және оның басының артына қарай созады . осы арқылы кеуде клеткасы кеңейіп , ауаның кіруіне жол ашады . Бұдан кейін екі – үш секундтан соң зардап шегушінің қолын кеуде клеткасына қойып оны қысады, сөйтіп ауаны шығарады .

Мұз астына түсіп кеткендерге құтқару көмегін көрсету жолдары

- Зардап шеккен адамға көмек берер алдында құтқарушылар төмендегі ережелерді ұстануы керек:
- - жағадан мұзға түспес бұрын баратын жолды анықтап алу қажет;
- - тік жардан, шығып тұрған балдыр мен қамыс маңынан, жылы өндіріс сулары су айдынына ағатын жерлерден су айдынының үстіне шығуға болмайды.
- - қар қалың жапқан жерлерден айналып өту (ол жерлерде мұз жұқа болады), өзенге құятын сағалардан, ағысы қатты жерлерден айналып өту қажет;
- - жағадан мұз үстіне абайлап шығу, себебі екеуінің арасында жарық болуы мүмкін.

Улы газбен уланғанда жасалынатын көмек

Улы газбен уланғанда улы газдың келуін тоқтатыңыз; жапа шегушіні таза ауаға

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН <b>MEDISINA</b> <b>AKADEMIASY</b> «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 <b>SKMA</b> -1979-	SOUTH KAZAKHSTAN <b>MEDICAL</b> <b>ACADEMY</b> АО «Южно-Казакстанская медицинская академия»
«Мейіргер ісі-1» кафедрасы		№72/11 ( )
Дәріс кешені		32 беттің 29 беті

шығарыңыз; жатқызыңыз, тыныштандырыңыз да таза ауамен дем алдырыңыз (газетпен желпіңіз, желдеткіш немесе кондиционер қосыңыз);

Егер зардап шегуші есінен танған болса, жүрегіне жабық массаж жасаңыз және жедел жәрдем келгенше немесе есін жиғанша жасанды демалдырыңыз.

Есіңізде болсын, зардап шегушіні қауіпті аймақтан шығару кезінде, алдымен өзіңіздің қауіпсіздігіңізді, өзіңіз уланып қалмауды ойлаңыз. Ол үшін тез қимылдау керек және қол орамал немесе дәкемен мұрынды байлап алу керек.

Қан кету кезіндегі алғашқы көмек

1)дененің зақымданған белігін кеудеге қатысты алған- да — көтеріңкі калыпта ұстау (аяқ-қол жараланғанда венадан қан кеткен кезде жараға қысып тұратын таңғыш салғаннан кейін жастық оралған киім кою);

2)кішігірім қан кету кезінде қысып тұратын таңғыш көмегімен зақымданған жерде қан ағып жатқан тамырды басу (жараны йодтың спиртті ерітіндісімен тазартқаннан кейін қалың мақта салынады да, бинтпен оралады);

3)аяқ-қолды мейлінше шұғыл бұғу немесе жазу қалпында тұрақтандыру (иық алды немесе балтыр, табан жараланғанда, шынтақ немесе тізе буынын бұғу немесе жазу аяқ-қол жарасына қатты қан кеткенде жгут салу мүмкін болмағанда, қолды арқаға мейлінше созып, ал аяқты ішке бүгіп, тұрақтандыру).

1.Иық алды жарасы кезінде — артерияны иықтың ішкі жағынан басады;

2. Балтырдан қан кеткенде — тізе асты артериясын басады (бас бармақпен тізе буынын алдыңғы жағын ұстап,ал қалған саусақпен тізе асты шұңқырындағы артерияны тауып, сүйекке басады);

3. Сан жараланғанда — сан артериясының шап астын- дағы жоғарғы жағын жүдырықпен басады;

4. Бастағы жарадан қан кеткенде — жара жақтағы самай артериясын басады (артерия құлақтың жанынан өтеді, оны тамыр соғысы арқылы анықтайды);

5. Беттен қан кеткенде — жақ артериясын басады (ол мойыннан бет пішіндеріне қарай жүреді және жақтың төменгі шеті арқылы оның бұрышы мен иек арасында иіледі);

6. Мойындағы жара кезінде — жара жақтағы жә-не одан төмен ұйқы артериясын басады (трахея жағында);

7. Иық үстіндегі , иық буынына жақын немесе қолтық айналасындағы жара кезінде бұғана асты артериясын бұғана астындағы шұңқырға (бірінші қабырғаға) басады, кейін аяқ-қолға бұрау немесе жгут салады.

#### **Сыну кезінде алғашқы көмек**

Сыну кезінде алғашқы көмектің көрсетуінде ең маңыздысы дер кезінде зақымдалған шектілікке дұрыс иммобилизация, толық тыныштықты қамту, қимылсыздығы жатады. Бұнымен: қатерлі сезінулерді әлсірету және жарақаттық шокті дамытуды ықтималдықтың кішірейтуі; сынулардың ашық күйінделер пайда болуды қауіп-қатер және жара инфекциясының дамытуын кішірейту; жұмсақ кездемелер және ішкі органдардың қосымша бұзылуларын пайда болуды қауіп-қатердің кішірейтуі; сынуларды бітіп кету үшін қолайлы жағдайлардың жасалуына қол жетіледі. Көлік иммобилизациясы дөңгелектер арқасында іске асады. Дөңгелектер қатты және ыңғайлы материалдардан жасалады. Әдетте алғашқы көмекті көрсету кезінде дөңгелектерді қол материалдардан – тақтадан, таяқтан жасайды.

#### **Күй кезіндегі алғашқы көмек**

Күй – бұл жоғары температура әсерінен (жалын, ыстық бу, қайнаған су) немесе кейбір химиялық заттар (қышқыл,сілті) нәтижесінде дененің кездемесінің зақымдалуы. Күйіктің ерекше пішіні –сәулеге күй (күн, радиация, рентген). Күй 4 кезеңге бөлінеді: 1 кезең – қызару және зақымданған жердегі терінің ісуі; белгілері бірнеше күн аралығында өтеді; 2

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН <b>MEDISINA          АКАДЕМИЯСЫ</b> «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SKMA -1979-	SOUTH KAZAKHSTAN <b>MEDICAL          ACADEMY</b> АО «Южно-Казакстанская медицинская академия»
«Мейіргер ісі-1» кафедрасы		№72/11 ( )
Дәріс кешені		32 беттің 30 беті

кезең - 1 кезеңдегі көрсетілген белгілерден бөлек сұйықтықпен толтырылған көбіршіктер 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 іріңдетпейтін таңғышты қояды. Күйген дерді тазалауға және көпіршіктерді жаруға тыйым салынады.

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

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

1.клиникалық өлімнің негізгі белгілері.

2.көптік жарақат алған науқасты транспорттық иммобилизация кезіндегі ерекшеліктері.

**6.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, 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.Интернет-ресурс:**

1.Алпысова А.Р., Молодовская Н.В. / Ауруханаға дейінгі кезеңде жедел көмек көрсету алгоритмі: оқу құралы // Қарағанды: ЖК «АҚНҰР баспасы», - 2015. – 120бет. <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>.

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН <b>MEDISINA          АКАДЕМИЯСЫ</b> «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SOUTH KAZAKHSTAN <b>MEDICAL          ACADEMY</b> АО «Южно-Казакстанская медицинская академия»
«Мейіргер ісі-1» кафедрасы	№72/11 ( )
Дәріс кешені	32 беттің 31 беті

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/)

5.Қаныбеков А.Операциялық, таңу және емшара мейірбикелерінің ісәрекеттері / 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/).



<p>ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН  <b>MEDISINA          АКАДЕМИЯСЫ</b>          «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ</p>		<p>SOUTH KAZAKHSTAN  <b>MEDICAL          ACADEMY</b>          АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»</p>
<p>«Мейіргер ісі-1» кафедрасы</p>		<p>№72/11 ( )</p>
<p>Дәріс кешені</p>		<p>32 беттің 32 беті</p>