

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

ДӘРІС КЕШЕНІ

Мамандығы: 009130100 «Мейіргер ісі»

Біліктілігі: 5AB09130101 «Мейіргер ісінің қолданбалы бакалавры»

Оқу түрі: күндізгі

Оқытудың нормативтік мерзімі: 3 жыл 6 ай

Циклдар мен пәндер индексі АП 20

Курс: 3

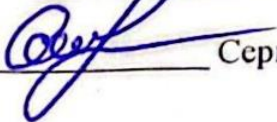
Семестр: 6


Пәннің атауы: «Функционалды мүмкіндіктерін жақсарту»

| | | |
|---|--|--|
| ONTÜSTİK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ |  SKMA -1979- | SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия» |
| «Мейіргер ісі-1» кафедрасы Дәріс кешені | №72/11 () 20 беттің 2 беті | |

Кафедра мәжілісінде қаралды және бекітілді.

№ 1 хаттама. « 27 » 08 2024 ж

Кафедра меңгерушісі  Серикова Б.Д.

| | | |
|---|--|--|
| ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ |  | SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия» |
| «Мейіргер ісі-1» кафедрасы | | №72/11 () |
| Дәріс кешені | | 20 беттің 3 беті |

Дәріс №1

1. Тақырыбы: Кіріспе. Функционалдық қабілеттер. Функционалдық қабілеттерін қолдау әдістері.

2. Мақсаты: Науқастардың күнделікті өмірдегі негізгі функционалдық қабілеттерін қолдау және дамыту арқылы олардың өзін-өзі қамтамасыз ету деңгейін арттыру.

3. Дәріс тезистері:

- Функционалдық қабілеттерді бағалау.
- Қалыпты функционалдық жағдай.
- Шектеулі функционалдық қабілеттер.

Функционалды мүмкіндіктер адам ағзасы қызметінің бұзылысын қалпына келтіретін және сақтайтын, сонымен қатар әлеуметтік қызметті, науқас адамның немесе мүгедектің еңбекке жарамдылығын анықтауға бағытталған, медициналық, педагогикалық және әлеуметтік жүйелерді ұйымдастыратын үрдіс болып табылады.

Реабилитология 3 бөлімнен тұрады:

- Адамның психосоматофизиологиялық денсаулығы, оның қалпына келу әдісі мен қабілеті;
- Адам және оны қоршаған ортаның экологиялық реабилитациясы туралы ілім;
- Әлемдік көзқарасты реттеу әдісі мен қабілеті.

Медициналық реабилитация – науқас ағзасының еңбекке қабілеттілігін қалпына келтіруге және оның ауру нәтижесінде пайда болған мүмкіндіктерінің компенсациясына бағытталған медициналық шаралардың жиыны.

Мүгедектердің реабилитациясы – оның өмірінің сапасын арттыру. Мүгедектердің профессионалды реабилитациясы – еңбекке жарамдылығын жекеше немесе толығымен қалпына келтіру.

Мүгедектердің еңбектік реабилитациясы – оларға шамасы келетін жұмысты даярлау.

Мүгедектердің әлеуметтік реабилитациясы – өмірінің сапасын жақсарту. Медицина – әлеуметтік реабилитация – аурудың, жарақаттың нәтижесінде қабілетін жоғалтқан науқастардың физикалық, психологиялық және әлеуметтік дәрежесін қалпына келтіру.

Функционалды мүмкіндіктер немесе емді қалпына келтіру, күрделі процесс. Бұл науқастарды денсаулығын қалпына келтіріп, оларды өмірге, қоғамға жанұясына қайта оралуына мүмкіндік береді. Сонымен қатар медициналық реабилитация дәстүрлі емді емес, аурудың ерте кезеңінен бастап, емді бастау болып табылады.

Медициналық оналту жасауға көрсеткіштер:

- Функционалды қабілеттің төмендеуі;
- Қоғамдық қатынастың бұзылуы;
- Еңбекке қабілеттің бұзылуы.


Медициналық қайта қалпына келтіру кезінде бірнеше қағидаларды ескеру қажет

1. Реабилитацияның бастапқы кезінде емді толықтыратын процестерді шектеу.

2. Жеке оналту жоспарын құру. Реабилитациялық шараларды ұйымдастырар алдында науқастың бұзылған мүшесіне байланысты арнайы қауіпсіз және әсерлі емді таңдау.

Топтастырылған реабилитациялық шаралар науқастың ерекшеліктерін ескере отырып құрастырылады. Реабилитациялық шараларды құрастыру кезінде медицина қызметкерлерінен басқа әлеуметтік қызметкер, ЕДШ маманы, мұғалімдер, психологтар жұмыс жасай

4. Науқасқа жеке реабилитация бағдарламасын құруда оның бір этаптан келесі этапқа өтуін, еңбекке қабілеттілігі қалпына келетін уақытты белгілеуін ұжыммен бірлесіп шешеді.

| | | |
|---|---|--|
| ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ |  SKMA -1979- | SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия» |
| «Мейіргер ісі-1» кафедрасы | №72/11 () | |
| Дәріс кешені | 20 беттің 4 беті | |

5. Реабилитациялық шараларының арасында үзіліс болмауын қадағалау. Яғни стационардағы шаралар санатори мен емханаларда жалғасуы керек.

6. Этаптар арасындағы байланыстың болуы. Науқас жөніндегі толық ақпарат және де, қандайда бір реабилитациялық шараларға реакция болғандығы жөнінде келесі мекемелерге беріліп отыруы керек.

7. Ауру түріне байланысты науқастарды топтау. Науқастар өзінің ауруын басынан кешірген адамдармен тілдескен кезде нәтиже болады.

8. Еңбекке қабілеттілікті қалпына келтіру. Бұл этапта емдеуші дәрігердің рөлі зор.

9. Реабилитацияны қажет ететін барлық жандарға қолжетімділік.

Пациентті аурудан немесе жарақаттан кейінгі қоғамдық ортаға және еңбекке қабілеттілігін қалпына келтіруге психологиялық тұрғыдан дайындау. Өз-өзіне күтім жасауды, көшеде жүруді, қоғамдық көліктермен жүруді, кәсіби әдеттерді қалыптастыруды үйрету. Науқасқа әлеуметтік күтім көрсетуді үйрету.

4. Көрнекі материалдар: 15-20 слайд

5. Әдебиеттер: соңғы бетті қараңыз.

6. Бақылау сұрақтары (кері байланыс)

1. Функционалдық қабілеттер дегеніміз не?
2. Функционалдық қабілеттерді қалай бағалауға болады?
3. Қолдау және дамыту әдістерінің қандай түрлері бар?
4. Әр адамның жеке жоспар құрудың маңызы неде?
5. Мотивация функционалдық қабілеттерді дамытуда қалай көмектеседі?
6. Қауіпсіздік шаралары қандай болуы тиіс?
7. Функционалдық қабілеттерді қолдауда маманның рөлі қандай?
8. Қызмет алушының қабілеттерін қалай дұрыс бағалау қажет?
9. Қолдау нәтижелілігін қалай өлшеуге болады?

Дәріс №2

1. Тақырыбы: Оңалту іс-шаралар жүргізу кезінде мейіргердің міндеті. Психологиялық оңалту мәселелері, оның түрлері мен әдістері.

2. Мақсаты: Оңалту кезінде мейіргер науқастың физикалық және психоэмоциональды жағдайын жақсарту. Психологиялық оңалту мәселелері, оның түрлері мен әдістерін жүзеге асыру.

3. Дәрістің тезісі:

- Оңалту іс-шараларының түсінігі.
- Оңалту мақсаттары мен міндеттері.
- Оңалту іс-шараларының түрлері.
- Оңалту процесіндегі мейіргердің рөлі.

"Медициналық оңалтуды көрсету қағидаларын бекіту туралы" Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің 2020 жылғы 7 қазандағы № ҚР ДСМ-116/2020 (25.08.2022 ж. жаңартылған) бұйрығына, "медициналық оңалтуды көрсетуді ұйымдастыру стандартын бекіту туралы" Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің 2023 жылғы 7 сәуірдегі № 65 бұйрығына сәйкес.

Медициналық оңалту көрсетіледі:

- негізгі ауруды (медициналық оңалтудың бірінші кезеңі), сондай – ақ туберкулезбен ауыратын науқастарды емдеу кезінде тегін медициналық көмектің кепілдік берілген көлемі (бұдан әрі-ТМККК) шеңберінде;

| | | |
|---|--|--|
| ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ |  | SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия» |
| «Мейіргер ісі-1» кафедрасы | | №72/11 () |
| Дәріс кешені | | 20 беттің 5 беті |

• міндетті әлеуметтік медициналық сақтандыру жүйесінде (бұдан әрі – МӘМС) аурулардың тізбесі бойынша аурулардың және денсаулыққа байланысты проблемалардың халықаралық статистикалық сыныптамасының кодтары бойынша 10 қайта қарау (медициналық оңалтудың екінші және үшінші кезеңдері);

• азаматтардың өз қаражаты, ерікті медициналық сақтандыру қаражаты, жұмыс берушілердің қаражаты және Қазақстан Республикасының заңнамасында тыйым салынбаған өзге де көздер есебінен ақылы негізде.

Қашықтықтан көрсетілетін медициналық қызметтер - медицина қызметкерлерінің бір-бірімен, жеке тұлғалармен және (немесе) олардың заңды өкілдерімен қашықтықтан өзара іс-қимылын, аталған адамдарды сәйкестендіруді, сондай-ақ олар жасайтын іс-әрекеттерді құжаттауды қамтамасыз ететін ауруларды және жарақаттарды диагностикалау, емдеу, медициналық оңалту және алдын алу, цифрлық технологиялар арқылы зерттеулер мен бағалаулар жүргізу мақсатында медициналық қызметтер көрсету;

Медициналық оңалту - пациенттің бұзылған және (немесе) жоғалған дене функцияларын сақтауға, ішінара немесе толық қалпына келтіруге бағытталған медициналық қызметтер кешені;

Мультидисциплинарлық топ-науқастың тіршілік әрекетінің сипаты мен дәрежесіне, ағзасының функциялары мен құрылымдарының бұзылуына, оның клиникалық жағдайының ауырлығына байланысты қалыптасатын әртүрлі мамандар тобы;

Оңалту әлеуеті - белгілі бір уақыт аралығында пациенттің бұзылған және (немесе) жоғалған дене функцияларын ішінара немесе толық қалпына келтіру перспективасының клиникалық негізделген ықтималдығы;

Санаторий-курорттық ұйымдар - курорттарда немесе емдеу-сауықтыру орындарында орналасқан Медициналық және өзге де қызметтерді, табиғи емдеу факторларын қолдана отырып, адам денсаулығын сауықтыру және қалпына келтіру бойынша санаторий-курорттық қызметтер көрсететін ұйымдар: санаторий (ересектер, ересектер мен балалар, балалар үшін), студенттік санаторий-профилакторий, балаларды оңалту -сауықтыру орталығы.

4.Көрнекі материалдар: 15-20 слайд

5.Әдебиеттер:соңғы бетті қараңыз.

6. Бақылау сұрақтары(кері байланыс)

- 1.Оңалтудың психологиялық аспектісі қандай?
- 2.Функционалдық қабілеттер дегеніміз нет?
- 3.Функционалдық қабілеттерді қалай бағалауға болады?
- 4.Қолдау және дамыту әдістерінің қандай түрлері бар?
- 5.Әр адамның жеке жоспар құрудың махызы неде?
- 6.Мотивация функциональныхдық қабілеттерді дамытуда қалай көмектеседі?
- 7.Қауіпсіздік шаралары қандай болуы тиіс?
- 8.Функционалдық қабілеттерді қолдауда маманның рөлі қандай?
- 9.Қызмет алушының қабілеттерін қалай дұрыс бағалау қажет?
- 10.Қолдау нәтижелілігін қалай өлшеуге болады?

Дәріс №3

1. Тақырыбы: Оңалту принциптері мен әдістері. Оңалту жоспары.

2. Мақсаты: Науқасты оңалту принциптері мен әдістерінің мақсаты тәуелсіздігін арттыру, физикалық, психоэмоционалды және әлеуметтік жағдайын қалпына келтіру арқылы күнделікті қайта бейімделуін қамтамасыз ету.

| | | |
|---|--|--|
| ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ |  | SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия» |
| «Мейіргер ісі-1» кафедрасы | | №72/11 () |
| Дәріс кешені | | 20 беттің 6 беті |

3. Дәріс тезистері:

- Оңалту іс-шараларын ұйымдастыру.
- Оңалту кезінде қолданылатын құралдар.
- Оңалту шараларының кезеңдері.

Ғылым ретінде оңалтудың дамуына серпін соғыстар болды: Бірінші дүниежүзілік соғыс және екінші дүниежүзілік соғыс. Медицинаның, санитарияның, гигиенаның жетістіктеріне байланысты жіті инфекциялық аурулардың аурушандығы мен өлім-жітімі айтарлықтай төмендеді. Сонымен қатар, ғылыми-техникалық прогрестің жеделдеуі, жылдам индустрияландыру және урбанизация, қоршаған ортаның ластануы, стресстік жағдайлардың көбеюі ауыр инфекциялық емес аурулардың өсуіне әкелді. Тұқым қуалайтын және туа біткен патологиясы бар, тыныс алу жүйесінің созылмалы аурулары, ас қорыту, генитурарлы жүйе, аллергиялық аурулар, жарақаттар мен уланулар бар науқастар саны өсуде. Бірақ, халықтың басқа санаттарымен қатар, мүгедектер физикалық, Әлеуметтік және экономикалық мүмкіндіктерге ие болуы керек, бұл оларға ,кем дегенде, әлеуметтік-экономикалық және ақыл-ой тұрғысынан толыққанды өмір сүруге мүмкіндік береді. Оңалту: бұл заманауи медицинаның бағыты, ол әртүрлі әдістерде, ең алдымен, науқастың жеке басына сүйенеді, аурудың бұзылған адам функцияларын, сондай-ақ оның әлеуметтік байланыстарын қалпына келтіруге белсенді түрде тырысады.

Оңалту-сырқаттармен, жарақаттармен немесе физикалық, химиялық және әлеуметтік факторлармен бұзылған денсаулықты, функционалдық жай-күйін және еңбекке қабілеттілігін қалпына келтіру.

Оңалтудың мақсаты-науқастар мен мүгедектерді тұрмыстық және еңбек процестеріне, қоғамға тиімді және ерте қайтару; адамның жеке қасиеттерін қалпына келтіру. Дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымы (ДДСҰ) оңалтуға өте жақын анықтама береді: "оңалту-бұл ауру, жарақат және туа біткен ақаулар салдарынан функциялары бұзылған адамдарға олар өмір сүретін қоғамдағы жаңа өмір жағдайларына бейімделуді қамтамасыз етуге арналған шаралар жиынтығы". Оңалту термині латынның *habilis* – "қабілет", *rehabilis* – "қабілетті қалпына келтіру" сөзінен шыққан.

ДДҰ-ның пікірінше, оңалту-бұл ауру кезінде физикалық, психикалық, кәсіби, Әлеуметтік және экономикалық жағынан мүмкін болатын ең жоғары деңгейге жету үшін науқастар мен мүгедектерге жан-жақты көмек көрсетуге бағытталған процесс.

Осылайша, оңалтуды бірнеше түрге немесе аспектілерге бөлуге болатын күрделі, әлеуметтік – медициналық проблема ретінде қарастырған жөн : медициналық, физикалық, психологиялық, кәсіби (еңбек) және әлеуметтік – экономикалық.

Оңалтудың (медициналық және физикалық) бірінші және негізгі бағыты – организмнің бұзылған физиологиялық функцияларын барынша қалпына келтіруге бағытталған әртүрлі құралдарды кешенді пайдалану арқылы науқастың денсаулығын қалпына келтіру, ал бұған қол жеткізу мүмкін болмаған жағдайда-компенсаторлық және ауыстыру құралдарын (функцияларын) дамыту.

Оңалтудың психологиялық аспектісі науқастың психикалық жағдайын түзетуге, сонымен қатар оның емделуге, медициналық ұсыныстарға және оңалту шараларына қатынасын қалыптастыруға бағытталған. Науқастың ауруға байланысты өзгерген өмірлік жағдайға психологиялық бейімделуі үшін жағдай жасау қажет.

Оңалтудың кәсіптік аспектісі жұмысқа орналастыру, кәсіптік оқыту және қайта оқыту, науқастардың еңбекке қабілеттілігін анықтау мәселелерін қозғайды.

Әлеуметтік-экономикалық оңалту-зардап шеккен адамға экономикалық тәуелсіздік пен әлеуметтік құндылықты қайтару. Бұл міндеттерді медициналық мекемелер ғана емес, әлеуметтік қамсыздандыру органдары да шешеді.

| | | |
|--|--|---|
| ONTUSTIK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ |  | SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия» |
| «Мейіргер ісі-1» кафедрасы | №72/11 () | |
| Дәріс кешені | 20 беттің 7 беті | |

Осының бәрінен оңалту – адам денсаулығын қалпына келтірудің және оны еңбек пен әлеуметтік өмірге қайта біріктірудің көпқырлы процесі екені айқын. Әрине, оңалту түрлері Бірлік пен өзара байланыста қарастырылуы керек. Оңалтудың үш түрі (медициналық, Еңбек және әлеуметтік) аурулар салдарының үш класына сәйкес келеді: 1) қалыпты морфофункционалды күйден ауытқудан тұратын аурулардың медициналық-биологиялық салдары; 2) сөздің кең мағынасында еңбекке қабілеттіліктің немесе еңбекке қабілеттіліктің төмендеуі; 3) әлеуметтік бейімделу, яғни отбасымен және қоғаммен байланыстың бұзылуы. Бұдан шығатыны, науқасты аурудан кейін қалпына келтіру және оны қалпына келтіру бірдей емес, өйткені пациенттің денсаулығын қалпына келтірумен қатар, оның жұмыс қабілеттілігін (еңбекке қабілеттілігін), әлеуметтік мәртебесін қалпына келтіру керек, яғни адамды отбасында, қоғамда, ұжымда толық өмірге қайтару керек.

Қазіргі заманғы патологияның ерекшелігі-аурудың өткір түрлерінің қайталанатын және созылмалы түрлеріне ауысуының жоғарылауы, сондай-ақ ішкі ағзалардың бастапқы созылмалы патологиясының өсуі. Бұл аурулар өмірлік және әлеуметтік функциялардың төмендеу (шектеу) себептері болып табылады. Осыған байланысты уақтылы диагностиканы ұйымдастыру және қалпына келтіру шараларын жүргізу медицинаның бірінші кезектегі міндеттерінің бірі болып табылады.

Науқастар мен мүгедектерді оңалту мәселесі әлемнің барлық елдерінде көбірек назар аударуда. Оңалту саласында жұмыс істейтін мамандардың жұмысын жақсы үйлестіру үшін ДДҰ "аурудың салдары мен мүгедектік себептерін жіктеуге арналған нұсқаулық" ұсынды, онда аурулар нозологиялық нысандар ретінде емес, өткен аурулар мен жарақаттардың салдары қарастырылады және жіктеледі.

"Тіршілік әрекетінің бұзылуының, шектелуінің және әлеуметтік жеткіліксіздігінің халықаралық номенклатурасы" (аурулар мен мүгедектік себептерін жіктеу жөніндегі Нұсқаулық) аурудың салдарларының мынадай бірыңғай тұжырымдамасын ұсынады.

Адам ағзасында бір нәрсе болып жатқанын түсіне бастайды, басқаша айтқанда, патологиялық жағдай нақты көрінеді, материалдандырылады. Көп жағдайда адамның өзі аурудың көрінісін біледі, оны "клиникалық жағдай" деп анықтауға болады.

Осылайша, клиникалық жағдайға патологиялық өзгерістер, аурудың көріністері және науқастың оның жағдайына реакциясы кіреді. Ұзақ мерзімді ауру бұзылулардың дамуын, дененің қалыпты емес құрылымын, сыртқы түрінің өзгеруін, сондай-ақ дене мүшелері мен жүйелерінің жұмысының бұзылуын білдіреді. Бұзушылық-бұл орган деңгейіндегі бұзылыс.

4.Көрнекі материалдар: 15-20 слайд

5.Әдебиеттер: соңғы бетті қараңыз.

6. Бақылау сұрақтары(кері байланыс)

- 1.Оңалтудың негізгі мақсаты мен маңызы қандай?
- 2.Оңалту принциптері қандай және оларды қолдану қалай жүзеге асады?
- 3.Оңалтуда қолданылатын негізгі әдістер қандай?
- 4.Психологиялық оңалтудың маңыздылығы неде?
- 5.Оңалту кезеңдері қандай және олардың әрқайсысында қандай мақсаттар қойылады?
- 6.Науқастың жағдайын қалай дұрыс бағалау қажет?
- 7.Оңалту жоспарын қалай құру керек?
- 8.Әлеуметтік бейімделу шаралары қалай жүзеге асырылады?
- 9.Оңалту нәтижелерін қалай бақылап, бағалауға болады?
- 10.Оңалтуда мейіргердің рөлі қандай?

| | | |
|---|--|--|
| ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA АКАДЕМИЯСЫ «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ |  SKMA -1979- | SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия» |
| «Мейіргер ісі-1» кафедрасы | №72/11 () | |
| Дәріс кешені | 20 беттің 8 беті | |

Дәріс №4

1. Дәрістің тақырыбы: Жүрек – қантамыр жүйесінің патологиясы бар науқастарды оңалтудың жалпы принциптері.

2. Мақсаты: Науқастың жүрек-қантамыр жүйесінің функционалдық қабілеттерін жақсарту, жүрек жұмысының тұрақтылығын қамтамасыз ету және қан айналымын қалыпқа келтіру.

3. Дәрістің тезисі:

- Жүрек-қантамыр жүйесі ауруларының жалпы сипаттамасы.
- Жүрек-қантамыр жүйесі ауруларының себептері .
- Жүрек-қантамыр жүйесінің ауруларының белгілері мен диагностикасы.

Жүрек-қан тамырлары аурулары бар науқастарды оңалту бұл қазіргі заманғы медицинаның ең өзекті міндеттерінің бірі, өйткені бұл патология халық өлімінің басқа себептерінің арасында бірінші орын алады. Жасыратыны жоқ, қан айналымы жүйесінің кез-келген ауруы органдар мен жүйелер функциясының бұзылуына әкеледі, оттегі-көлік жүйесі, жүрек бұлшықеті және ми бұзылады, өйткені оттегі жетіспеушілігіне ең сезімтал және сезімтал органдар бұған жауап бере бастайды. Бастапқы кезеңде бұл физикалық белсенділік пен Адамның өнімділігінің төмендеуімен көрінеді. Жүрек-қан тамырлары аурулары кезінде емдік гимнастиканың немесе емдік дене шынықтырудың емдік және профилактикалық әсері лимфа мен қан ағымының жеделдеуіне, айналымдағы қан көлемінің (ЦКБ) ұлғаюына, тіндердегі метаболизмнің жеделдеуіне, микроциркуляцияның жақсаруына, артериялық қысымның қалыпқа келуіне, когнитивтік функциялардың жақсаруына, зақымдалған тіндердің қалпына келуінің жеделдеуіне және нәтижесінде - адамның функционалдық және психоэмоционалдық мәртебесінің қалыпқа келуіне (ОЖК) байланысты. ұйқы, көңіл-күй және т.б.). Оңалту кезеңдері.


Науқаста бар жүрек-қан тамырлары аурулары үшін жаттығу терапиясының кезеңдеріне өтпес бұрын, осы патологияның алдын-алудың маңыздылығын атап өту керек және осы тұрғыда үйде гигиеналық емдік гимнастиканы (танертеңгілік гимнастика) және еңбек жағдайында (дене шынықтырудың бес минуты) өткізудің маңыздылығын түсіну керек.

1-кезең-жедел кезеңде ЕДШ өткізу. Әдетте, сабақтар режим мен жүктемені біртіндеп кеңейте отырып, тек жұмсақ режимдерде (жатып, отыру) өтеді. Жүктежелердің деңгейі туралы шешімді емдеуші дәрігермен (терапевтпен, кардиологпен, невропатологпен) бірге реабилитолог қабылдайды.

2 кезең - сауығу кезеңінде ЕДШ жүргізу. Осы кезеңде реабилитологтың қалауы бойынша режим кеңейеді және сабақтар отыру және тұру жағдайында өткізіледі, көлденең беткеймен жүруге рұқсат етіледі. Әрі қарай, қалпына келтіру кезеңінің қолайлы кезеңінде пациенттерге негізінен жоғарыдан төменге қарай бөлшек серуендеу беріледі, содан кейін кардиожүктеменің дәрежесін төменнен жоғары бағалайды. Сабақтар бассейнде немесе тренажерларда және т. б. қосылады.

3 кезең - қолдау. Осы кезеңдегі басты міндет-оңалтудың алдыңғы кезеңдерінде дамыған пациенттен алған дағдыларды тұрақтандыру және нығайту. Оның өнімділігі мен төзімділігінің, жүктежелерге төзімділігінің артуы және соның салдарынан бұрынғы физикалық, психоэмоционалды және әлеуметтік мәртебеге максималды "оралу".

Жүрек – қантамыр жүйесінің патологиясы бар науқастарды тіркелімі 2018 ж. еліміздің халқы тығыз орналасқан аймақ ретінде 2,46 млн. тұрғыны бар Оңтүстік Қазақстан облысында құрылды. ҚР дәрігерлері және провизорларының 3-съезінің материалдары бойынша 2011 ж. Оңтүстік Қазақстан облысында церебральды инсульттің 4500 жағдайы тіркелді. Ми қанайналымының жіті бұзылысының 2387 жағдайы ерлерде (53%), 2010 жағдайы әйелдерде (47%) анықталды. Ерлердегі инсульттің бастамасы: 50 жасқа дейін –

| | | |
|---|--|--|
| ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ |  SKMA -1979- | SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия» |
| «Мейіргер ісі-1» кафедрасы | №72/11 () | |
| Дәріс кешені | 20 беттің 9 беті | |

18%, 50-59 жасқа дейін – 35%, 60-69 жасқа дейін – 21%, 70-79 жасқа дейін – 17%; 80 жастан жоғары – 9%; әйелдер: 50 жасқа дейін – 22%, 50- 59 жасқа дейін – 21%, 60 – 69 жасқа дейін – 22%; 70-79 жасқа дейін – 23%; 80 жастан жоғары – 12% шалдығады. Осылайша, еңбекке жарамды жастағы (60 жасқа дейін) ерлерде инсульт алғашқы рет 53%-да және 43% әйелдерде болған, бұл көрсеткіш инсульттің «жасаруын» білдіреді. Церебральды инсультты жиілігі бойынша осындай бөлу көптеген ұқсас популяциялық зерттеулердің қорытындыларымен келісіледі және жалпыресейлік және аймақтық көрсеткіштерге сәйкес келеді.

Инсульттан кейінгі науқастарды оңалтудың міндеттері:

- бұзылған функцияларды қалпына келтіру;
- әлеуметтік және психологиялық реадaptация;
- инсульттан кейінгі кезеңдегі асқынулардың алдын алу;
- қайталанатын инсульттің алдын алу[7,8].

Инсульт-бұл мидағы жүйке жасушаларының зақымдануының нәтижесі:

- қан тамырларының бітелуі немесе
- миға қан кету

Инсульттің екі түрі де қозғалысқа кедергі келтіруі мүмкін. Мидың бір жағында Қан кету немесе бітелу дененің қарама-қарсы жағындағы қозғалысқа әсер етеді. Мұны гемиплегия деп атайды: 'hemi' = жартысы және 'plegia' = паралич. Дененің бір жағы әлсіз. Инсульттан туындаған проблемалар әркім үшін әр түрлі.

Олар жеңілден ауырға дейін өзгеруі мүмкін және мыналарды қамтуы мүмкін:

- Бұлшықет әлсіздігі немесе дене қозғалысының баяулауы
- Қол мен аяқ
- Магистраль
- Бет және тіл
- Бұлшықет қаттылығының өзгеруі (ол икемдіден өте қаттыға дейін өзгеруі мүмкін)
- Нашар баланс
- Үйлестіруді төмендету;
- Діріл / діріл (қол немесе аяқ)
- Хабардарлықты жоғалту / әлсіздікті елемей
- Ұйқышылдық немесе қышу
- Температураға, қысымға немесе ауырсынуға сезімталдықтың төмендеуі.
- Кеңістіктегі орнын және объектілерге дейінгі қашықтықты анықтаудағы қиындықтар

4.Көрнекі материалдар:15-20 слайд.

5.Әдебиеттер:соңғы бетті қараңыз.

6. Бақылау сұрақтары(кері байланыс)

- 1.Жүрек-қантамыр жүйесінің патологиясы дегеніміз не және оның түрлері қандай?
- 2.Жүрек-қантамыр аурулары бар науқастарды оңалтудағы негізгі принциптер қандай?
- 3.Жүрек-қантамыр ауруларының патофизиологиясы мен емдеу ерекшеліктері қандай?
- 4.Жүрек-қантамыр жүйесі аурулары бар науқастар үшін оңалту жоспары қалай құрылады?
- 5.Физикалық белсенділік және жаттығулар жүрек-қантамыр жүйесі аурулары бар науқастарға қалай әсер етеді?
- 6.Жүрек-қантамыр аурулары бар науқастарда психоэмоционалды қолдау қалай ұйымдастырылады?
- 7.Жүрек-қантамыр ауруларының алдын алу және қайта асқынудың болдырмау шаралары қандай?

| | | | | |
|---|--|--|--|---------------------------------|
| ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ |  SKMA -1979- | SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия» | «Мейіргер ісі-1» кафедрасы Дәріс кешені | №72/11 () 20 беттің 10 беті |
|---|--|--|--|---------------------------------|

Дәріс №5

1. Дәрістің тақырыбы: Орталық және шеткері жүйке жүйесінің патологиясы бар науқастардың реабилитациясының негізгі принциптері.

2. Мақсаты: Орталық және шеткері жүйке жүйесінің зақымдалған бөліктерін қалпына келтіру, науқастың денсаулығын жақсарту және өмір сапасын арттыру.

3. Дәрістің тезисі:

- Орталық және шеткері жүйке жүйесінің зақымдануы.
- Реабилитацияның негізгі принциптері.
- Реабилитациядағы мейіргердің рөлі.


Оңалту шараларының кешені неврологиялық патологиядан зардап шегетін әрбір пациент үшін жеке әзірленеді. Бұл бағытта оңалтудың негізгі әдісі-механотерапиямен емдік дене шынықтыруды қолдану. Денсаулық психологиясы – ғылыми және клиникалық психологияның, психоаналитикалық және психосоматикалық медицинаның тереңге жайылған тамыры. Денсаулық психологиясының міндеті – теорияны қолдану, психологиялық денсаулықтың дамуы және физикалық денсаулықты сақтау, системалық позициясын, аурудың ерекше түрін қарастыру. Адамның психикалық денсаулығын сақтауда есінің өзгеруі, өмірлік денсаулық мотивациясы, өмірлік құндылықтарын дамытуы ескеріледі. Адамның физикалық денсаулығы жалпы денсаулық жағдайын құрайды. Психика – жоғарғы ұйымдастырылған материясын, миын, субъектісі мен объектісінің шындық формасының белсенділігін көрсетеді.

Психика саулығы дегеніміз – адам мен сыртқы дүние арасындағы тепе-теңдік жағдайы, оның әлеуметтік ортаға, физикалық, биологиялық және психикалық ықпалдарға қатысты реакциясының сай болуы, жүйкелік реакция күші мен сыртқы тітіркендіргіштер арасындағы сәйкестігі, адам мен оның айналасындағылар арасындағы үйлесімділік, адамның шынайы объективтілік жайлы пікірінің басқа адамдардың пікірлерімен ұштасуы, өмірдің кез-келген жағдайына сын көзбен қарауы.

Адам психикасының саулығын білдіретін үш деңгейді көрсетуге болады:

- Психофизиологиясының саулық деңгейі (орталық жүйке жүйесінің қызметімен, жағдайымен анықталады);
- жеке психологиясының саулық деңгейі (психикалық іс-әректінің жағдайымен, қызметімен анықталады);
- тұлғасының саулық деңгейі (адам қажеттіліктері мен әлеуметтік орта талаптары, мүмкіншіліктері арасындағы қатынаспен анықталады);

Адам психикасының әрбір деңгейінде норма мен аномалиялар көрсеткіштерінің өзіндік медициналық-психологиялық және әлеуметтік құндылықтар жүйесі болатыны анық. Жағымсыз өзгерістердің бірінші деңгейде де, екінші деңгейде де, үшінші деңгейде де орын алуы мүмкін. Психофизиологиялық саулық деңгейіндегі ауытқулар орталық жүйке жүйесінде де, перифериялық жүйелерде де (мигрень, невралгия, неврит, полиневрит және т.б.) пайда болатын алуан түрлі жүйке аурулары түріне білінеді. Жеке психологиясының саулық деңгейіндегі ауытқулар бірқатар психикалық ауруларды (қабылдау, ойлау, есте сақтау және т.б. қабілеттіліктерінде ауытқулар) тудырады. Тұлға саулығының деңгейіндегі ауытқулар тұлғаның өзін қоршаған әлеуметтік ортамен қалыпты түрде өмір сүру бағытындағы өзгеріске (нашақорлық, ішімділік, қылмыскер және т.б.) әкеліп соғады. Психикалық аурулар мен ақыл-ой кемістігі түрлерінің бірқатары тұқым қуалайды. Баланы дүниеге әкелуді жобаламас бұрын, оның тұқымындағы психикалық аурудың орын алу-алмауын анықтау үшін медициналық-генетикалық кеңес беру пайдаланылады. Бұл белгілі

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

бір ата-ананың ауру баланы дүниеге әкелуінің мүмкіндігін (тәуекелділігін) анықтайтын ерекше медициналық көмек түрі болып табылады.

Физикалық дамуға көптеген факторлар үлкен әсер етеді: Генетикалық ақпарат: физикалық күшті, бойшаң ата-анадан үлкен салмақтағы және бойы ұзын балалар туылады. Тым жас немесе егде жастағы ата-анадан кіші салмақ, бойы бар бала туылады. Бір неше бала туған ананың баласы, бірінші туған ана баласына қарағанда ірі болады.

- Гормоналді: СТГ –өсу гормоны, жыныстық және т.б. гормондары
- Алиментарлы: баланың тамақтануы, дәрумендердің жетіспеушілігі және т.б.
- Әлеуметтік – тұрмыстық факторы: өмір сүру жағдайы
- Климатты жағдай: ыстық климат және таулық жер өсу үрдісін тежеп, жетілуді тездетеді.
- Созылмалы немесе фондық патологияларының болуы.

4.Көрнекі материалдар: 15-20 слайд

5.Әдебиеттер:соңғы бетті қараңыз.

6. Бакылау сұрақтары(кері байланыс)

- 1.Орталық және шеткері жүйке жүйесінің патологиясы дегеніміз не?
- 2.Орталық және шеткері жүйке жүйесінің патологиясы бар науқастарды реабилитациялау принциптері қандай?
- 3.Жүйке жүйесінің зақымдану түрлерін қалай анықтауға болады?
- 4.Реабилитация кезінде қандай физикалық жаттығулар мен әдістер тиімді?
- 5.Әлеуметтік бейімделу және күнделікті өмірге қайта оралу үшін қандай шаралар қабылдануы қажет?
- 6.Реабилитация кезінде қауіпсіздік шараларын қалай қамтамасыз ету керек?
- 7.Жүйке жүйесінің патологиясы бар науқастар үшін қандай қосымша көмек түрлері қажет?

Дәріс №6

1.Дәрістің тақырыбы: Зәр шығару жүйесі және бүйректің патологиясы бар науқастардың реабилитациясының негізгі принциптері.

2.Мақсаты: Зәр шығару жүйесі мен бүйрек патологиясы бар науқастардың зәр шығару функциясын қалыпқа келтіру және олардың денсаулығын жақсарту.

3.Дәріс тезистері:


- Зәр шығару жүйесінің құрылымы және функциясы.
- Зәр шығару жүйесі мен бүйрек патологиясы.
- Зәр шығару жүйесінің патологиясын қалпына келтірудің негізгі принциптері.

Бүйрек және несеп жолдарының ауруларына тән негізгі шағымдар: ауырсынулар - бас ауырсынуы, бүйрек және несеп ағар жолдарының ауырсынуы, жүректің ауырсынуы, несепке отырған кездегі ауырсыну, ісінулер, несеп бөлудің бұзылуы, көрудің нашарлауы, ентігу, қызу көтерілу және тері қышуы.

Бүйрек және несеп жолдары зақымданғанда ауырсыну бел аймағында, несеп жолдарының бойында және қуық тұсында болады. Ауырсынудың тұрақты және ұстамалы түрі, не бір жақтан не екі жақтан бірдей байқалуы мүмкін.

Белгілі иррадиациясы жоқ, екі жақты бүйрек тұсында болатын тұрақты сыздап тұратын ауырсыну жедел және созылмалы гломерулонефритке, пиелонефритке және «қан іркілу бүйрегіне» /жүрек жетіспеушілігі/ тән. Аталған аурулардағы ауырғандықтың механизмі қабыну не қан іркілу нәтижесінде бүйректің үлкейіп, сыртындағы капсуласын керуіне байланысты капсуладағы рецепторлар тітіркеніп ауырсыну пайда болады.

Бүйрек аймағында туындап, несеп жолы бойымен төмен қуық не шат маңына тарайтын ұстамалы ауырсыну несеп тас ауруында болады яғни жүгіріп, секіріп, селкілдеп көлікпен

| | | |
|---|--|--|
| ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ |  SKMA -1979- | SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия» |
| «Мейіргер ісі-1» кафедрасы | №72/11 () | |
| Дәріс кешені | 20 беттің 12 беті | |

жүргеннен кейін пайда болады. Бұл ауырғандықтың механизмі тастың несеп жолымен қозғала отырып, оның түйілуін тудырып, жарақаттайтынына байланысты. Бұл ауырғандық өте күшті болып науқас бұл ауырсыну басылатын ыңғайлы жағдай таппай өте мазаланып домалайды. Бұл жағдайды бүйрек шаншуы деп атайды. Зәр шығару жүйесі ауруларының негізгі синдромдары.

Зәр синдромы:

Несеп түсінің өзгеруі. Бүйрек ауруларында пациенттер несептің түсінің өзгеруінде шағым айтады. Жедел диффузды гломерулонефритте несептің түсі «ет жуындысындай» болады /микрогематурия/, несеп тас ауруында несептің түсі қан араласқаннан қызарып кетеді /макрогематурия/ бұл жағдай бүйректің ісіктерінде кездеседі. Несептің түсі дәрі-дәрмектердің әсерінен өзгеруі мүмкін: қызғылт- қоңыр несепте қышқыл тұздар /ураттар/ болуынан, сыра түс - бауыр сарғаюынан, қою-қоңыр түс- бауыр үсті сарғаюдан.

Несептің түсі ұзақ уақыт турғаннан, лейкоциттер, шырыш, қан араласқаннан лайланған болуы мүмкін. Тұздар араласқан несеп тура мөлдірленеді.

Несеп бөлудің өзгеруі.

Поллакиурия - несепке жиі отыру. негізінен қуық пен үрпі қанайналымының қабынуына тән. Қалыпты жағдайда несепке отыру тәулігіне 4-7 рет болады..

Никтурия- несептің түнге қарай /түнде/ басым бөлінуі.

Полиурия- несептің көп бөлінуі, тәуліктік несептің мөлшері. 2литрден артық болуы.

Олигурия- несептің аз бөлінуі, тәуліктік мөлшері 500 мл-ден төмен болады.

Изурия- тәулік ішінде, несеп белгілі уақыт сайын бірдей мөлшерде бөлінуі.

Анурия - несептің мүлдем бүйректен бөлінбеуі.

Ииурия - пациенттің өз бетімен қуықты босата алмауы.

Дизурия - несепке қиналып отыру және несепке отырғанда болатын сыздап ауырғандық.

Странгурия - несеп бөліну кезде болатын сыздап ауырсыну.

Изогипостенурия - полиурия кезінде несептің тығыздығының төмендеуі.

4.Көрнекі материалдар: 15-20 слайд.


5.Әдебиеттер: соңғы бетті қараңыз.

6. Бақылау сұрақтары(кері байланыс).

- 1.Зәр шығару жүйесінің құрылымы мен функциялары қандай?
- 2.Бүйрек қандай қызмет атқарады және оның құрылымдық ерекшеліктері қандай?
- 3.Зәрдің түзілу процесі қалай жүреді?
- 4.Зәр шығару жүйесінің негізгі аурулары қандай (гломерулонефрит, пиелонефрит, цистит, уретрит және т.б.)?
- 5.Зәр шығару жүйесінің патологияларында қандай негізгі белгілер байқалады?
- 6.Бүйрек жеткіліксіздігінің түрлері мен оның белгілері қандай?
- 7.Зәр шығару жүйесінің аурулары кезінде диагностика әдістері қандай?
- 8.Зәр шығару жүйесі ауруларының асқынуларын алдын алу үшін қандай шаралар қолдануға болады?
- 9.Бүйрек трансплантациясы мен гемодиализ қандай жағдайда қолданылады?
- 10.Зәр шығару жүйесінің патологияларында оңалту шаралары мен мейіргерлік күтімнің рөлі қандай?

Дәріс №7

1.Дәрістің тақырыбы: Акушерлік-гинекологиялық науқастарға оңалту жүйесін ұйымдастыру.

| | |
|--|---|
| ONTUSTIK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ |  SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия» |
| «Мейіргер ісі-1» кафедрасы | №72/11 () |
| Дәріс кешені | 20 беттің 13 беті |

2.Мақсаты: Акушерлік және гинекологиялық аурулардан кейінгі әйелдердің психологиялық жағдайын жақсарту, күйзеліс пен депрессияның алдын алу.

3.Дәрістің тезісі:

- Акушерлік және гинекологиялық аурулардың психологиялық әсері.
- Акушерлік-гинекологиялық науқастарды оңалтудағы ерекшеліктер.
- Күйзеліс пен депрессияның алдын алу әдістері.

Акушерлік ғылымы - жүкті, босанатын және босанған әйелдерге дәрігерлік көмек көрсететін медицина ғылымының бір саласы.

Ол француздың *accoucher* – *босану* деген сөзінен алынған. Бұл ғылым ұрықтану, жүктілік, босану және босанғаннан кейінгі кезеңдердегі әйел ағзасындағы физиологиялық, патологиялық құбылыстарды және жүктіліктің, босанудың асқынуларын, емін, алдын алу шараларын зерттейді.

Жүкті әйелдерге, босанатындарға және босанған әйелдерге медициналық көмек көрсету. Әйелдердің жүктілік бойынша және оның сақтау бойынша бірінші акушер-гинеколог дәрігер міндетті түрде:

Анамнезбен егжей-тегжейлі танысуы керек «Ұрпақты болу функцияларының ерекшелігін зерделеу; сәйкесінше тіркелімдердің ақпаратын пайдалану, алдыңғы жүктілік ағымын және өлімді анықтау керек Жұбайының денсаулық жағдайын нақтылау, қанының тобы және резус құрамы; өндіріс сипатын зерделеу, ерлі-зайыптылар қайда жұмыс істейді, теріс қылықтары; ерте есепке тұруды жүзеге асыру және акушер-гинеколог дәрігер жүктілікті анықтаған күні тіркелу; уақтылы зерттеп-қарау үшін 12 аптаға дейін жүкті әйелдерді ерте қамту; жүктілікті көтеруге қарсы айғақтардың болуын анықтау; Жүктілікті диспансеризациясында: міндетті зертханалық зерттеп-қараудың бастапқы кешенін (ЖҚА, ЖЗА, қанының тобы және резус-фактор, Вассермана, HBsAg (гепатит В) реакцияға қан, АИТВ тексеру пациенттің келісімі бойынша, тазару дәрежесіне бактериоскопия сүртіндісі); және 10-13 апта 6 күн және 16-20 апта 6 күн мерзімінде ұрықтың хромосомды аурулары мен туа біткен аномалияны анықтау үшін сарысу генетикалық маркерлерге қанды зерттеу; жүктіліктің 10-14, 20-22, 32-34 апта мерзімінде ультра дыбыстық зерттеудің үш реттік скринингі; жүктіліктің 30 апта мерзімінде және медициналық айғақтар бойынша бірінші баруда терапевтің тексеріп-қарауы. Терапевт медициналық айғақтар жағдайында жүкті әйелді бейінді мамандарға жібереді, экстрагениталды патология болған жағдайда жүкті әйел акушерлік-гинекологиялық бөлімшенің терапевт дәрігерінде диспансерлеуге жатады.


Әйелдер арасындағы сұрату және зерттеп-қараудың барлық деректері, сондай-ақ тағайындаулар мен кеңестер жүкті әйелдер мен босанатын әйелдердің жеке картасына және алмастыру-хабарлау картасына ҚР ДСМ № 907 бұйрығымен бекітілген әрбір бару кезінде № 111/е, № 113/е нысаны бойынша жазылады.

Одан кейінгі тексеріп-қарау және зерттеулердің қосымша деректері жүкті әйелдердің акушер-гинеколог дәрігерге әр баруы кезінде картада белгіленеді.

№ 111/е нысанында дәрігер немесе акушер әрбір бару уақытында әйелдердің жағдайын айқындайды, әрбір баруы кезінде 20 аптадан бастап гравидограмма (жатыр түбінің биіктігінің графикалық көрінісі) толтырылады. Жүктілік кезінде дене салмағының қосылу мөлшерін бағалау кезінде дене бітіміне қарай жүкті әйелдің бойының-салмағының көрсеткіші ескеріледі (дене салмағының индексі саналады). Дене салмағының индексінде ауытқулары бар пациенттердің есебін жүргізу қажет

Форма № 111/е нысаны әрбір акушер-гинеколог кабинетіндегі картотекада сақталады. № 113/е нысаны жүкті әйелге бірінші бару кезінде беріледі және картотека бақылау орны бойынша және басқа медициналық ұйымдарға ұсыну үшін барлық жүктілік кезінде онда болады.

Белгіленген күннен кейін 3 күн ішінде қабылдауға келмеген жүкті әйелдер үйінде акушер немесе патронаж мейіргердің патронажына жатады. Патронажды бару нәтижесі туралы

| | | |
|---|--|--|
| ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ |  SKMA -1979- | SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия» |
| «Мейіргер ісі-1» кафедрасы | №72/11 () | |
| Дәріс кешені | 20 беттің 14 беті | |

деректерді акушер № 111/е нысанына және № 113/е нысанына енгізеді. Айғақтар бойынша үйдегі патронажды акушер-гинеколог дәрігер жүргізеді

Акушерлік асқынулармен жүкті әйелдер перинаталдық көмекті өңірлендіру қағидатын есепке ала отырып, босандыру ұйымдарында жүктілік патологиясы бөлімшесінде емдеуге жатқызылады. Экстрагениталды аурулары болған жағдайда бейіні бойынша мамандандырылған бөлімшеге жүкті әйелдерді емдеуге жатқызу жүзеге асырылады.

30 апта мерзімінде міндетті қайта зерттеп-қарау кешеніне: қанның жалпы талдауы, несептің жалпы талдауы, Вассерман реакциясына, пациентті ақпараттандырып келісім бойынша АИТВ-ға тазару дәрежесіне қынаптағы сүртіндіні бактериоскопиялық зерттеу кіреді. Айғақтары бойынша терапевтің, басқа мамандардың қайта консультациясы қажет.

Патронаж кезінде сұрау, босанғандарды дұрыс тексеріп-қарау, АҚ, пульсты, дене қызуын өлшеу және сүт безі және ішін пальпациялау, жыныстық жолдардан шығындыларды бағалау жүзеге асырылады. Қынаптық зерттеу айғақтар бойынша жүргізіледі. Босанғандармен баланы сүтпен қоректендіру кезеңіне, отбасын жоспарлау және контрацепциялық құралдар, сондай-ақ контрацепцияны іріктеу үшін консультацияға жүгіну мерзімдері бойынша жаңа түскен жүкті әйелдерге түсіндіру жұмыстары жүргізіледі.

Халыққа амбулаториялық-емханалық гинекологиялық көмекті ұйымдастыру гинекологиялық аурулардың профилактикасы бойынша, оларды ерте анықтау, диспансерлік бақылау, гинекологиялық аурулармен ауыратын науқастарға емдеу және оңалту көмегін көрсету, мамандандырылған және жоғары мамандандырылған медициналық көмекті көрсету үшін жіберу бойынша іс-шаралар жүргізуді көздейді.

Гинекологиялық ауруларды анықтау акушерлік-гинекологиялық бөлімшеге (кабинетке) жүгінген әйелдерді қабылдау, оның ішінде жүктілік бойынша, МСАК ұйымдарының тексеріп-қарау кабинеттерінде әйелдерді тексеріп-қарау, әйелдерді профилактикалық тексеріп-қарау жүргізу бойынша жүзеге асырылады.

Акушерлік-гинекологиялық бөлімшеге (кабинетке) бірінші рет жүгінген әрбір әйелге ҚР ДСМ № 907бұйрығымен бекітілген № 025/енисаны бойынша амбулаториялық пациенттің медициналық картасы ашылады.

Стационарлық емдеу көрсетілген науқасқа емдеуге жатқызуға жолдама беріледі, ал жоспарлы науқастарға Емдеу жатқызу бюросы порталы арқылы жолдама беріледі. Учаскенің акушері амбулаториялық пациенттің медициналық картасына (№ 025/е нысаны) әйелдерді нақты емдеуге жатқызу туралы жазба жасайды. Науқас стационардан шыққан кейін бөлімшенің (кабинеттің) акушер-гинеколог дәрігері гинекологиялық бөлімше дәрігерінің ұсынымдарын назарға алады. Стационарлық науқастың медициналық картасының үзіндісінен мәлімет амбулаториялық пациенттің медициналық картасына ауыстырылады (№ 025/е нысаны). Үзінді науқаста қалады.

Жүкті әйел жүктілікті жасанды үзу үшін жолдама алуға жүгінген кезде жүктілік мерзімін анықтағаннан кейін және медициналық абортқа медициналық қарсы айғақтардың болмауын акушер-гинеколог дәрігер жүктілікті үзу қаупі мен зиянын түсіндіреді, ұрпақты болу денсаулығын сақтау және контрацепцияның қазіргі заманғы құралдар мен әдістерін жеке таңдау мәселелері бойынша консультация жүргізеді. Жүктілікті жасанды үзу (аборттар) үшін зерттеп-қарау және емдеуге жатқызу заңнамада белгіленген тәртіпте жүргізіледі.

4.Көрнекі материалдар: 15-20 слайд.

5.Әдебиеттер:соңғы бетті қараңыз.

6. Бақылау сұрақтары(кері байланыс)

- 1.Акушерлік және гинекологиялық патологиялар қандай түрлерден тұрады және олардың ерекшеліктері қандай?
- 2.Акушерлік және гинекологиялық науқастар үшін оңалту жүйесін ұйымдастырудың негізгі принциптері қандай?
- 3.Акушерлік-гинекологиялық науқастардың оңалту процесінде қандай физикалық және психоэмоционалды өзгерістер орын алады?

| | | | |
|---|--|--|---------------------------------|
| ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ |  SKMA -1979- | SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия» | №72/11 () 20 беттің 15 беті |
| «Мейіргер ісі-1» кафедрасы Дәріс кешені | | | |

4. Акушерлік және гинекологиялық патологиясы бар науқастар үшін оңалту барысында қолданылатын әдістер мен техникалар қандай?
5. Оңалту кезінде инфекциялардың алдын алу шаралары қалай жүзеге асырылады?
6. Психоэмоционалды қолдау көрсетудің маңызы қандай және оны қалай ұйымдастыру керек?
7. Акушерлік-гинекологиялық науқастардың әлеуметтік және кәсіби бейімделуін қолдау шаралары қалай жүзеге асырылады?
8. Оңалту процесінде пациенттің денсаулығын бақылау және бағалау әдістері қандай?
9. Оңалту жоспарларын құру және оны жүзеге асырудың негізгі кезеңдері қандай?
10. Акушерлік және гинекологиялық науқастар үшін оңалту процесінде жеке күтім мен гигиена қалай ұйымдастырылуы керек?

Дәріс №8

1. Дәрістің тақырыбы: Хирургиялық және травматологиялық саладағы науқастарды реабилитациясының негізгі принциптері.

2. Мақсаты: Хирургиялық және травматологиялық операциялардан немесе жарақаттардан кейін науқастың физикалық функцияларын қайта қалпына келтіру, қозғалыс белсенділігін арттыру.

3. Дәрістің тезісі:

- Хирургиялық және травматологиялық науқастарға арналған оңалту іс-шаралары.
- Реабилитацияның негізгі принциптері.
- Хирургиялық және травматологиялық науқастарды реабилитациялау.

Науқастарды шұғыл, жедел, жоспарлы операцияларға дайындау. Операциялық бөлімді және операциялық материалды дайындауға қатысу. Өртүрлі операцияларға науқастарды дайындау ерекшеліктері. Операция түріне байланысты операциялық столдағы науқастың күйі. Операция алдындағы кезең. Науқастарды операцияға дайындау. Операцияға қарттарды, әлсіз науқастарды және балаларды дайындау ерекшеліктері. Операциялық алаңды дайындау: теріні тазарту, түктерін қыру және т.б. Операцияға дайындау жұмысына қатысу. Бөлмені тазарту түрлері. Операциялық маталы материалды, таңу материалдарын залалсыздандыруға дайындау. Медициналық аспаптарды операция алдындағы тазарту. Биксте оларды орналастыру. Таза столды жаю. Науқастың жағдайын бағалау. Операциялық бөлмеге және одан науқасты тасымалдау. Десмургия, таңу түрлері. Таза таңуларды жасау. Жараларды алғашқы хирургиялық тазалау. Жаралар, түрлері, жазылу сатылары. Эндоскопиялық тексеруге қатысу. Тігіс түрлері. Тігу және оларды алу. Қан кету түрлері. Қан кетулерді тоқтату. Ауыр жарақатты және көп жарақат алған науқастарды күту. Қан тобын, резус-факторды, сәйкестілік сынағасын анықтау. Қан препараттары, сақтау мерзімдері. Оларды қолдануға көрсеткіштер мен кері көрсеткіштер. Кездесетін асқынулары. Оларға көрсетілетін алғашқы көмек. Травматологиялық науқасты емдеудегі мейірбикелік процесс. Гипстік бинттерді және лангеттерді дайындау. Гипсті қою және алу. Сүйек жарақаттары, зақымданулары және сынулары. Тасымалдау 6 иммобилизациясын қою. Қаңқа кергіштігін қоюға қатысу. Олардың клиникалық көріністері және емдеу. Қаңқа кергішінде жатқан ауыр жарақатта науқастарды күту ерекшеліктері.

4. Көрнекі материалдар: 15-20 слайд

5. Әдебиеттер: соңғы бетті қараңыз.

6. Бақылау сұрақтары (кері байланыс)

1. Хирургиялық және травматологиялық патологиялар қандай түрлерден тұрады, және олардың реабилитация процесіне әсері қандай?
2. Оңалту процесінің негізгі принциптері қандай?
3. Хирургиялық және травматологиялық науқастардың физикалық жағдайын бағалау қалай жүргізіледі?
4. Қалпына келтіру кезеңінде пациенттерге қандай физиотерапевтік әдістер қолданылуы тиіс?

| | | |
|---|--|--|
| ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ |  | SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия» |
| «Мейіргер ісі-1» кафедрасы | | №72/11 () |
| Дәріс кешені | | 20 беттің 16 беті |

5. Ауырсынуды басқарудың негізгі әдістері мен тәсілдері қандай?
6. Инфекциялардың алдын алу үшін қандай шаралар қабылдануы қажет?
7. Психоэмоционалды қолдаудың маңызы қандай және оны қалай жүзеге асыру керек?
8. Хирургиялық және травматологиялық науқастардың әлеуметтік және кәсіби бейімделуін қалай қолдау қажет?
9. Реабилитация жоспарын құрудың негізгі кезеңдері мен талаптары қандай?
10. Оңалту барысында пациенттердің денсаулығын бақылау және бағалау әдістері қандай?

Дәріс №9

1. Дәрістің тақырыбы: Қимыл – қозғалысы шектелген науқастарды реабилитациясының негізгі принциптері.

2. Мақсаты: Қимыл-қозғалысы шектелген науқастардың қозғалыс қабілетін жақсарту, дене жаттығулары мен физиотерапия арқылы бұлшықеттердің күшін қалпына келтіру.

3. Дәрістің тезісі:

- Қимыл-қозғалыстың шектелу себептері.
- Қозғалыс белсенділігінің маңызы.
- Реабилитация әдістері.

Қимыл-қозғалыс белсенділігінің шектелуі организмнің қызметтік және құрылымдық өзгерістеріне әкеліп, өмірін қысқартады.

Қимыл-қозғалыстар-жануарлар дүниесінің тіршілік етуінің және эволюциядағы оның прогресінің шарты. Қимыл-қозғалыстар-жануарлар дүниесінің тіршілік етуінің және эволюциядағы оның прогресінің шарты. Энергия ресурстарын қорға жинау, тыныштық күйде оларды үнемді жұмсау және соның нәтижесі ретінде өмірдің ұзаруы қаңқа бұлшық еттерінің белсенділігіне байланысты. Осы тұрғыдан алғанда, қаңқа бұлшық еттерінің шамалы қарқыны бар әрекеттері тиімді болып келеді.

Іс-тәжірибе, зерттеулер көрсеткендей, қимыл-қозғалыс белсенділігі жасқа орай болатын инволюциялық өзгерістерді тежейді, белсенді жасампаздық өмір кезеңінің ұзаруына септігін тигізеді. Қоғам байлығы, ғылыми-техникалық прогресс, әлеуметтік-экономикалық даму, жеке адам денсаулығына байланысты. Басқаша айтқанда, өсіп келе жатқан жастардың денсаулығы-маңызды әлеуметтік категория.

Денсаулықты сақтау факторларының қатарына дене тәрбиесі жетекші рөл атқарады. Дене тәрбиесімен шұғылданушылардың, онымен шұғылданбайтын адамдарға қарағанда, қара жұмыс және ақыл-ой еңбегін атқара алатын мүмкіндіктері жоғары дәрежеде ұзақ сақталады. Қимыл-қозғалыс белсенділігінің төмендігі денсаулыққа зиянды әсер етеді. Бірінші кезекте ол жүрек-қан тамырлары ауруына, зат алмасудың бұзылуына себеп болады. Дене жаттығулары қан тамырларындағы атеросклероздық өзгерістердің алдын алады, жүректің ишемиялық ауруының қаупін азайтады.

Дене жаттығуларын жасау барысында организмнің ішкі ортасында пайда болатын өзгерістерге төтеп бергіштік – жаттыққан организмнің ерекше қасиеті. Сонымен қатар, дене жаттығулары адамның сыртқы ортаның зиянды факторларына да беріктігін арттырады. Спортпен жүйелі шұғылданатын балалардың денсаулығы мықты, суық тигеннен болатын ауруларының жиілігі төмен.

Мектеп тіршілігі жағдайларында, қалыпты дене дамуы мен денсаулыққа қажетті қимыл-қозғалысқа деген табиғи мұқтаждық шектелген. Дене тәрбиесі мұғалімінің, спорт мектебі бапкерінің назарында дене жаттығуларының сауықтырушы рөлі бірінші кезекте болуы керек. Күнделіктегі қимыл-қозғалыс белсенділігін денсаулық резервтерін жинақтайтын табиғи негіз ретінде қарастырған жөн.

Қоғамның қазіргі даму кезеңінде, жастарды сауықтырушы тиімді құралдардың бірі спорт болып келеді. Спорт-жоғары дәрежедегі тәртіптендіруші фактор. Бұл табиғи қызу, жүйелі

| | | |
|---|---|--|
| ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA АКАДЕМИЯСЫ «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ |  SKMA -1979- | SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия» |
| «Мейіргер ісі-1» кафедрасы | №72/11 () | |
| Дәріс кешені | 20 беттің 17 беті | |

бұлшық ет жұмысы кездерінде организмнің ішкі қажеттілігінен туындаған тәртіп. Ол артықшылықтармен күресетін қатал режимді бұзуға қарсы тәртіп.

Ерікті қимылдарға үйрету адамның ерікті қимыл-қозғалыс әрекеттері

Ерікті қимыл туралы ілімнің дамуы. Адам қимыл-қозғалыстарын ерікті және еріксіз деп шартты түрде екі топқа бөлуге болады. Спорттық жаттығулар құрамына кіретін ерікті қимыл-қозғалыстар, негізінен, сананың бақылауымен орындалады. Еріксіз қимылдар сананың қатысуынсыз немесе пайымдаусыз басқарылады.

Спорт тәжірибесінде кездесетін ерікті қимыл-қозғалыстардың қарапайым формаларынан бастап өте күрделі түрлеріне дейін - жалпы физиологиялық табиғаты ондаған жылдар бойы зерттелген. Бұл ғылым қазіргі заманда да толықтырылып, дамудың үстінде.

Адамның ерікті реакцияларын рефлекстер жүйесі деп тануды, қимыл-қозғалыс әрекеттерінің негізін қалаушы ғалым, физиолог И.М.Сеченев ұсынған. «Ми рефлекстері» атты еңбегі арқылы ол адам психикасы мен ерікті қимыл-қозғалыс әрекеттерінің табиғи – материалистік көзқарасты негіздеді. И.М.Сеченев, ерікті қимыл-қозғалыстар, психикалық процестер және адамның ойлау қасиетінің табиғаты рефлекстік, дәлірек айтқанда, адамға әсер етуші объективтік құбылыстарды шағылыстырудың нәтижесі деп көрсеткен. И.М.Сеченевтің пікірі бойынша, адамның іс-әрекеттері – еріктіліктің ең жоғары формасы. И.М.Сеченевтің еңбектері кейінгі уақытта И.П.Павловтың тәжірибелерінде дәлелденген. И.П.Павлов сыртқы орта факторларының бүтін организмдегі функцияларына тигізетін әсерлерін мұқият есепке алып, осы заманға дейін өзінің маңызын жоймаған, рефлекстік теорияның материалистік принциптерін негіздеді. Ерікті қимыл-қозғалыстардағы шартсыз тонус беруші – сергітуші рефлекстер. Ерікті қимыл-қозғалыстар – туа біткен рефлекстік негізді процестер. Туа біткен рефлекстер қатарына дене қалыптарының немесе кейіп рефлекстері, тепе-теңдікті ұстап тұруды қамтамасыз етуші және тағы басқа рефлекстер жатады.

4.Көрнекі материалдар:15-20 слайд.

5.Әдебиеттер:соңғы бетті қараңыз.

6. Бақылау сұрақтары(кері байланыс)

1. Қимыл-қозғалыстың шектелуіне қандай себептер әсер етеді және олардың науқастың өмір сапасына әсері қандай?
2. Қимыл-қозғалысының шектелген науқастар үшін қандай реабилитациялық әдістер қолданылады?
3. Қозғалыс белсенділігін арттыру үшін физиотерапия мен дене жаттығуларын қалай ұйымдастыру керек?
4. Ауырсынуды басқарудың негізгі тәсілдері мен әдістері қандай?
5. Қимыл-қозғалысы шектелген науқастарда психоэмоционалды жағдайды қалай қолдауға болады?
6. Реабилитация кезінде әлеуметтік бейімделуді қалай қамтамасыз ету керек?
7. Қимыл-қозғалыс шектеулері бар науқастар үшін оналту жоспарын қалай құру қажет?
8. Қимыл-қозғалысы шектелген науқастардың күнделікті өмірдегі тәуелсіздігін қалай қалпына келтіруге болады?
9. Қимыл-қозғалысы шектелген науқастардың реабилитациясын бақылау мен бағалау әдістері қандай?
- 10.Қимыл-қозғалысы шектелген науқастың реабилитация процесін қалай үйлестіру керек?

Дәріс №10

1. Дәрістің тақырыбы: Тыныс алу жүйесінде патологиясы бар науқастардың реабилитациясының негізгі принциптері.

2. Мақсаты: Тыныс алу бұлшықеттерінің жұмысын жақсарту, тыныс алу тереңдігі мен тиімділігін арттыру.

3.Дәрістің тезисі:

| | | |
|---|--|---|
| ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ |  SKMA -1979- | SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казакхстанская медицинская академия» |
| «Мейіргер ісі-1» кафедрасы | №72/11 () | |
| Дәріс кешені | 20 беттің 18 беті | |

- Тыныс алу бұлшықеттерінің жұмысының жақсаруының маңызы.
- Тыныс алу бұлшықеттерін күшейтудің әдістері.
- Тыныс алу жаттығуларын үй жағдайында қолдану.

Дем алғанда ағза мен сыртқы орта газдармен алмасады, ішкеоттегі кіріп, сыртқа көмірқышқыл газы айдалып тұрады. Бұл процесскеуде қуысында орналасқанөкпенің альвеоларында(лат.- *ойма қуыс, науа*) жүреді. Тыныс алу кезінде өкпені атмосфермалықауамен және одан газбен қаныққан ауаны тасымалдау тыныс алу жолдары арқылы жасалады. Дем алу және дем шығару қан айналым жүйесіарқылы ағзаның барлық мүшелеріне әсер етеді.

Ересек адам қалыпты күйінде дем алғанда өкпеге 300-500 мл ауа кіреді және бір минутта 16-18 тыныс алу қозғалыстарын жасап, өкпесінен 6-7 литр ауа өткізеді. Ауаның мөлшері адамның салмағына және бойына байланысты, бойы ұзын және салмақты болса, соғұрлым көп ауа өтеді. Ересек адамға қарағанда балаға ауа көбірек қажет. 2-3 жастағы баланың өкпесі арқылы 5-6 л., кейде 7 л. ауа өтеді, бұл баланың дем алу ерекшелігіне жатады, сондықтан баланың денесінен бу ретінде су көптеп шығып, тершең болады.

Кеуде қуысын кеңейту тәсіліне қарай дем алудің екі түрі бар:

- қабырғаларды көтеріп кеуде қуысын кеңейту арқылы дему алу - кеудемен дем алу (жас сәби мен әйел адамдар дем алысы) деп аталады; диафрагманың көмегімен кеуде қуысын кеңейту арқылы дем алу - ішпен дем алу (ер адамдардың тыныс алуы) деп аталады.
- Тыныс алу жүйесінің құрылысы мен қызметі адамның жасына, жынысына байланысты ерекшеліктері болады.
- Тыныс алу жүйесінің мүшелеріқызметтеріне қарай екіге бөлінеді:
- ауаны сыртқы ортадан ішке және іштен сыртқа қарай қозғайтын тыныс алу жолдары - мұрын қуысы, көмей, кеңірдек және бронхылар.
- түскен газдарды алмастыру процессін жүргізетін мүше - өкпе;
- Бұл мүшелер орналасулары бойынша жоғарғы және төменгі тыныс алу жолдарына болып бөлінеді:
- жоғарғы тыныс алу жолдары - мұрын қуысы, жұтқыншақ, ауыз қуысы;
- төменгі тыныс алу жолдары - көмей, кеңірдек, бронхы.

Мұрын қуысы қызметі.

Ауа мұрын арқылы екі бөлікті-қалқалы мұрын қуысына түседі. Әрбір бөлікті-қалқада мұрын қуысының ішкі бетін ұлғайтатын үш мұрын қалқаны орналасқан. Ол эпителийлі қабықпен және көп қан тамырларымен жабылған. Тамырлармен аққан қан түскен ауаны дене температурасына дейін жылытады, ал сілемейлі қабық ауаны ылғалдайды және шаң-тозаңдар мен микроорганизмдерді тұтып қалады. Тұтылған микроорганизмдерді лейкоциттер қорытады (фагоцитоз), қорытудан артылған шаң-тозаңдар эпителий түктері (кірпікшелер) арқылы сыртқа шығарылады. Мұрын қуысында жылытылған, ылғалданған және тазартылған ауа жұтқыншақ арқылы көмейге түседі.


Көмей қызметі.

Көмей - іші қуыс түтік, қабырғалары сіңір, буын және бұлшық еттермен қосылған бірнеше шеміршек тұрады. Көмейге ас бөлшектері немесе басқа заттар түскенде, сондай-ақ қабыну процестерінде адам қатты жөтелгенде дем шығарылады. Бұл көмейдің тазартылуына әсер етіп, тыныстың төменгі бөлімдеріне зиянды заттардың енуіне кедергі келтіреді. Көмей ауаны жұтқыншақ арқылы кеңірдекке өткізеді.

Кеңірдек және бронхылар қызметі.

Бронхиола мен альвеолаКеңірдек және бронхы ағашы

Кеңірдек - өңештің алдында орналасқан ұзындығы 9-13 см, диаметрі 15 мм. түтік. Ол кеңірдек қабырғасының қабысып қалуына кедергі келтіретін шеміршекті жартылай сақиналардан тұрады. Сақиналар мойынның қандай қозғалысы болмасын ауаны ұстап қалмайды Өңешке кеңірдектің артқы жұмсақ қабырғасы жанасып, астың өңешпен еркін жылжуына мүмкіндік

| | | |
|---|---|--|
| ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ |  SKMA -1979- | SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия» |
| «Мейіргер ісі-1» кафедрасы | №72/11 () | |
| Дәріс кешені | 20 беттің 19 беті | |

береді. V кеуде омыртқасы түсында кеңірдек екі бронхыға бөлінеді. Бронхылар өкпенің оң жақ және сол жақ бөліктеріне кіріп, тармақталып, бронхы ағашын түзеді. Ұштарындағы жіңішке тармақтары - бронхиолалар өкпе көпіршіктері - альвеолалармен аяқталады.

Өкпенің қызметі.

Қанның өкпе альвеолаларында ауамен қанығу процесі Альвеолалардағы газ алмасу Кіші қан айналымы арқылы өкпеге веналық (көк) қан түседі, бұл жерде оттегімен қанығып, көмір қышқыл газынан ажыратылып, алқызыл түсті артериялық қанға айналады. Көмір қышқыл газы өкпе көпіршіктеріне (альвеолаға) өтіп, дем шығару кезінде ағзадан шығады. Артериялық қан ары қарай үлкен қан айналымы арқылы дене мүшелеріне өтіп, олардың жасушаларын ауамен қамтиды, оны тұтыну барысында жасушалардан көмір қышқыл газы бөлініп шығып, қан қайтадан веналық (көк) болады.

Өкпенің тіршілік сыйымдылығы (ӨТС)

Сыртқы тыныс алу жетіспеушілігінің белгілері: алқыну, патологиялық тыныс және асфиксия. Алқыну - адамда ауа жетпеу сезімімен қабаттасатын, тыныс алу қозғалыстарының тереңдігі мен жиілігінің, дем алу мен дем шығару уақытының, тыныс алу ырғағының өзгеруімен сипатталады. Ол үрейлену, қорқыныш, абыржу сезімдерімен қабаттасады. Алқыну түрлеріне терең және жиі тыныс (гипрепноз), терең және сире тыныс (брадипноз), үстіртін жиі тыныс (полипноз немес тахипноз), инспирациялық және экспирациялық алқынулар жатады.

Экспирациялық алқынуда дем шығару ұзақтығы дем алу ұзақтығынан ұзақ болады. Өкпе көпіршіктерінің жиырғыштылығы мен серпімділігі төмендегенде (өкпе эмфиземасында), тыныс алу жүйесінің қызметі бұзылғанда (асфиксияның 2- сатысында), ұсақ бронхылардың тарылуы және бітелуінде (бронхы демікпесі) байқалады

Инспирациялық алқынуда дем алу ұзақтығы дем шығару ұзақтығынан артық болады.

Патологиялық тыныстарға (үнемі және үзілісті тыныс) - Чейн-Стокс, Биот, Кусмауль тыныстары, агониялық тыныс жатады.

Асфиксияда (түншығу) қанға оттегінің түсуі тоқтатылады, қаннан көмір қышқыл газы шығарылмайды. Ол тыныс алу жолдары қысылғанда, олардың саңлаулары бөгде затпен бітелгенде, өкпеге сұйықтық жиналғанда (суға түншыққанда), кеуденің екі жағында пневмоторкс (өкпеқапта ауаның немесе газдың жиналуы) дамығанда болады.

Тыныс алуды дамыту және гигиеналық талаптар [өңдеу | қайнарын өңдеу]


Тыныс алу мүшелерінің физиологиялық көрсеткіштеріне дене еңбегі мен спорт әсер етеді. Өкпенің тіршілік сыйымдылығы (ӨТС) штангистерде - 4 л., футболшыларда - 4, 2 л., боксерлерде - 4, 8 л., қайықшыларда - 5, 5 л. Тыныс алу жиілігі спортшыларда минутына 6-8 рет, ал жаттықпаған адамдарда - 14-20 рет. Спортпен шұғылданатын адамдардың тынысы терең болады. Бұл ағзаның үнемді қызмет етуінің белгісі. Терең дем шығарғанда олардың сыртқа айдалған ауасының құрамындағы көмір қышқыл газы 2 есе көп болады. Мұндай терең дем алу жүрекке "массаж" жасайды да, оның қоректенуін және физиологиялық қалпын жақсартады. Тыныс алу мүшелерін жаттықтыру, шынықтыру балалар мен жастардың тыныс мүшелері арқылы пайда болатын ауруларға қарсы тұру қабілетін арттырады.

Гигиеналық талаптары - ауасы таза бөлмеде ұйықтау, бөлмелерді желдету, таза ауада серуендеу т.б. Киім кию де дұрыс дем алу және дем шығаруға әсер етеді, сондықтан киім жеңіл, денені қыспайтын, қимыл-қозғалысқа кедергі келтірмеуі қажет.

4. Көрнекі материалдар: 15-20 слайд

5. Бақылау сұрақтары(кері байланыс)

1. Тыныс алу жүйесінің құрылымы мен функциясы қандай?
2. Тыныс алу жүйесі ауруларының негізгі белгілері мен патологиялық процестері қандай?
3. Тыныс алу жаттығуларының қандай түрлері бар және олардың реабилитациядағы маңызы қандай?
4. Өкпені тазартуға арналған әдістер мен техникаларды қалай қолдануға болады?
5. Тыныс алу жүйесінің патологиялары бар науқастарға қандай физикалық жаттығулар ұсынылады?

| | |
|--|---|
| ONTUSTIK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ |  SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия» |
| «Мейіргер ісі-1» кафедрасы | №72/11 () |
| Дәріс кешені | 20 беттің 20 беті |

6. Тыныс алу жолдарының аурулары кезінде психоэмоционалды қолдау көрсету тәсілдері қандай?
7. Қақырықтың шығуын жеңілдету үшін қандай реабилитациялық шаралар қолданылады?
8. Тыныс алу жүйесі патологиялары бар науқастар үшін арнайы күтім мен бақылаудың қандай ерекшеліктері бар?
9. Тыныс алу жүйесіндегі асқынуларды алдын алу үшін қандай алдын алу шаралары қажет?
10. Тыныс алу жүйесінің патологиясы бар науқастардың реабилитациясы барысында дәрі-дәрмектік және дәрі емес әдістердің үйлесімі қалай жүзеге асырылады?

6. Әдебиеттер:

Негізгі әдебиеттер:

1. Мейірбикелік дағдылар оқулық / А. Қаныбеков – Алматы : Эверо, 2016. – 476 б. с.
2. Тұрланов, Қ. М. Жедел медициналық жәрдем / Қ. М. Тұрланов, С. А. Қалқабаева. – 2-ші бас., толықт. және өңд. - Алматы : Эверо, 2014. – 444 с.
3. Красильникова, И. М. Дәрігерге дейінгі шұғыл медициналық көмек: оқу құралы / И. М. Красильникова, Е. Г. Моисеева ; жауапты ред. А. Н. Саржанова ; қазақ тіліне ауд. Г. Ж. Сағындықова. – М. : ГЭОТАР – Медиа, 2014. – 208 бет
4. Жедел медициналық жәрдем оқулық / Қ. М. Тұрланов ҚР денсаулық сақтау министрлігі; С. Ж. Асфендияров атындағы ҚазҰМУ; ҚазҰМУ-нің 80 жылдығына арналады. – 2-бас., толықт. және өңд. – Алматы : Эверо, 2010. – 44 бет.
5. Алпысова, А. Р. Ауруханаға дейінгі кезеңде жедел көмек көрсету алгоритмдері = Алгоритмы оказания неотложной помощи на догоспитальном этапе : оқу құралы. – Караганда : АҚНҰР, 2015. – 120 б. с.
6. 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.

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. Алпысова, А. Р. Неотложные состояния в практике врача скорой помощи : учебно-методическое пособие / А. Р. Алпысова. – Караганда : АҚНҰР, 2016. – 176 с.
3. Қатерлі жағдайлар кезіндегі шұғыл әрекеттер] = Неотложные состояния при несчастных случаях = Emergency states in the case of accident : оқу-әдістемелік құрал / А. Р. Алпысова Алматы : Эверо, 2015. – 168 б- 95 экз.
4. Алпысова, А. Р. Жедел жәрдем дәрігерінің тәжірибесіндегі төтенше жағдайлар: оқу-әдістемелік құрал / А. Р. Алпысова; ҚР Денсаулық сақтау және әлеуметтік даму министрлігі. ҚММУ. – Караганды: АҚНҰР, 2016. – 178 б. с.
5. Қарқынды емдеу бөлімшесінің мейіргері: практикалық нұсқаулық / Ред. В. Л. Кассиль., қаз. тіліне ауд. У. Е. Ибраев. – М. : ГЭОТАР – Медиа, 2016. – 312 бет ил.
6. Скорая медицинская помощь: национальное руководство / Российское общество скорой медицинской помощи; под ред. С. Ф. Багненко и др. – М. : ГЭОТАР – Медиа, 2015. – 888 с. : ил.

7. Электронды ресурстар

1. Утепов, Д. П. Алғашқы медициналық-санитарлық көмекті басқаруды іске асыру [Электронный ресурс] : дис. ... магистр акад. дәрежесін алу / Д. П. Утепов. – Электрон. текстовые дан. (702Мб). – Шымкент : ОҚМФА, 2015. – 64бет с.