

Дәріс комплекстері

Пәннің атауы: Жедел медициналық көмек-1

Пән коды: ZhMK 5302-1

ББ атауы: 6В10101 «Жалпы медицина»

Оқу сағаттары/кредит көлемі: 150 сағат (5 кредит)

Курс және семестр: 5 курс, 9 семестр

Дәріс көлемі: 10 сағат



«Шұғыл медициналық көмек және мейіргер ісі» кафедрасы

18 беттің 2беті

«Жедел медициналық көмек – 1» пәнінен дәріс комплекстері

Дәріс кешені білім беру бағдарламасы бойынша модульдік оқу бағдарламасына сәйкес әзірленген «Жедел медициналық көмек-1» және кафедра мәжілісінде талқыланды.

хаттама № 11 « 18 » 06 2024ж.

Кафедра меңгерушісі, м.ғ.к., доцент  Сейдахметова А.А.

**Дәріс № 1**

1. Тақырыбы: ҚР жедел медициналық көмек қызметін ұйымдастыру.

Төтенше жағдайлар кезінде госпитальға дейінгі кезеңде медициналық көмекті ұйымдастыру.

2. Мақсаты: 1. Қазақстан Республикасында жедел медициналық жәрдем көрсету тәртібін үйрету.

3. Дәріс тезистері:

1. Қазақстан Республикасында жедел медициналық жәрдем көрсету тәртібі.

2. Жедел жәрдем қызметінің міндеттері.

3. Жеделділік санаттары

4. Көпсалалы ауруханалардың қабылдау бөлімдері

5. Тriage жүйесі

6. Төтенше жағдайлар кезінде жедел медициналық жәрдемді ұйымдастыру

Қазақстан Республикасында жедел медициналық жәрдем көрсету тәртібі.

2017 жылдың 3 шілдесінен бастап Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің № 450 бұйрығымен «Қазақстан Республикасында жедел медициналық жәрдем көрсету тәртібін бекіту туралы» бұйрығы жаңа редакцияда күшіне енді.

Жедел медициналық көмек көрсету принциптері:

1) оқиға орнын қарау;

2) бірінші рет қарау, көмек көрсету;

3) жедел жәрдем шақыру;

4) екінші рет қарау.

Оқиға орнын қарау * Сіз үшін қауіпті емес пе? * Не болды? * Зардап шеккендер қанша?

* Айналаңыздағылардың сізге көмек көрсететін жағдайы бар ма? Қарау кезінде әрбір нәрсеге назар аударыңыз. Бұл оқиғаның немесе жарақаттың бастапқы себептерін көрсетеді. Егер зардап шеккен адам ес-түссіз болса, ал куәгерлер болмаса, түбегейлі қарау өте маңызды.

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

1) есін тексеру (ми жүйесі);

2) тынысын тексеру;

3) пульсін тексеру (жүректің жұмысын);

4) жедел жәрдем шақыру .

ЗАРДАП ШЕГУШІНІ ҚАРАУ.

Жалпы жүйеліктегі алғашқы медициналық жәрдем көрсетуде зардап шегушіні қарау маңызды бөлімге жатады. Оның әрқашан бірінші басын тексеру керек, содан кейін қолмен ұстап қарайды. Ол бас сүйегінің жұмсарғанын немесе жарылғанын, қанталаудың болуын айқындауға мүмкіндік береді. Бет жүзін тексергенде оның түсіне көңіл аудару керек.

Бозғылт, терлеген, беті суық, көзі жұмылған және аузы ашық болса, естен тану жағдайында екенін дәлелдейді. Беті ысып, қызарып тұрса қызбалықты білдіреді.

Мұрыннан қан кету бас сүйегінің, мұрын сүйектері немесе мұрынның қан тамырлары зақымдану салдарынан болуы мүмкін. Егер де мұрын сынған болса, оны байқау оңай.

Көзді қарап тексеру басқа денелерді, жараны анықтау, көз қарашықтарының ұлғаю жағдайын, олардың жарыққа реакциясын анықтау үшін жасалады.

Кеуденің алдыңғы бөлігін қарағанда бұғананың бүтіндігін олардың ортаңғы бөлігін басу арқылы тексереді, содан кейін зардап шегушінің терең дем алуын сұрайды; егер де



кабырға және кеуде клеткалары зақымдалмаса, онда тыныс алу түзу, ауырмайтын, бір қалыпты болады.

Кеуденің үстіңгі жағын тексеріп болғаннан кейін ішті және жамбас сүйегіне тексеріс жүргізіледі.

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

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

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

ЖМКС диспетчері қабылдаған шақыртулар 4 (төрт) жеделділік санатына бөлінеді:

- 1 (бірінші) жеделділік санатындағы шақырту – өміріне тікелей қауіп төндіретін, жедел медициналық көмек көрсетуді қажет ететін пациенттің жай-күйі;
- 2 (екінші) жеделділік санатындағы шақырту – өміріне медициналық көмек көрсетусіз әлеуетті қауіп төндіретін пациенттің жай-күйі;
- 3 (үшінші) жеделділік санатындағы шақырту – денсаулығына медициналық көмек көрсетусіз әлеуетті қауіп төндіретін пациенттің жай-күйі;
- 4 (төртінші) жеделділік санатындағы шақырту – жіті ауруынан немесе созылмалы ауруының асқынуынан туындаған, ағзалар мен жүйелердің кенеттен болған және айқын көрінетін бұзылуларынсыз пациенттің өмірі мен денсаулығына тікелей және әлеуетті қауіп төндірмейтін пациенттің жай-күйі.

4. Иллюстрациялық материал: Презентация

5.Әдебиет:

1. Жедел медициналық көмек. Оқу құралы. Калменов Н.Д., Сейдахметова А.А., Қауызбай Ж.Ә. Жумабаев Т.Ж., Ерімбет Б.М. – Шымкент.- 2021. 131 б.
2. Жедел медициналық көмек. Қ.М. Тұрланов, С.А. Қалқабаева 2- басылым, Алматы: Эверо 2014
3. Организация оказания скорой медицинской помощи вне медицинской организации. Методические рекомендации / С.Ф.Багненко, А.Г.Мирошниченко, И.П.Миннуллин, Н.Ф.Плавунов [и др.]. СПб.: [б. и.], 2015. - 46 с
4. Скорая медицинская помощь. Клинические рекомендации. Под ред. С.Ф. Багненко. - ГЭОТАР-Медиа. – 2018. – 896 с.

6. Бақылау сұрақтары:

- Қандай күттірмейтін жағдайларды білесіз?
- Күттірмейтін жағдайлардағы диагностика әдістері қандай?
- Науқасты немесе жәбірленушіні бірінші клиникалық тексеру әдістері қандай?
- Күттірмейтін жағдайларды диагностикалау және клиникалық зерттеу әдістері қандай?
- ЖМК қызметін қандай заң реттейді?
- Тriage жүйесі дегеніміз не?
- Triage жүйесі бойынша қандай аймақтар бар?
- Шақыртулардың қандай санаттары бар?

Дәріс № 2

1. Тақырыбы: Терминальды жағдайлар. Базалық жүрек-өкпе реанимациясы.

2. Мақсаты: Терминальды жағдайларда науқастың жағдайын бағалауды, негізгі симптомдарын айқындауды үйрену. Клиникалық өлімнің көріністерімен танысу, науқасты базалық ЖӨР жасауды үйрену.

3.Дәріс тезистері:

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

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

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

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

Бұл кезең бірнеше минуттан бір неше сағаттарға дейін созылады.

4- саты - Клиникалық өлім - бұл бірнеше уақыт аралығында ағзаның басынан кешіретін жағдайы.

Белгілері:

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

4. Иллюстрациялық материал: Презентация

5.Әдебиет:

1. Жедел медициналық көмек. Оқу құралы. Калменов Н.Д., Сейдахметова А.А., Қауызбай Ж.Ә. Жумабаев Т.Ж., Ерімбет Б.М. – Шымкент.- 2021. 131 б.
2. Жедел медициналық көмек. Қ.М. Тұрланов, С.А. Қалқабаева 2- басылым, Алматы: Эверо 2014
3. Организация оказания скорой медицинской помощи вне медицинской организации. Методические рекомендации / С.Ф.Багненко, А.Г.Мирошниченко, И.П.Миннуллин, Н.Ф.Плавунов [и др.]. СПб.: [б. и.], 2015. - 46 с
4. Скорая медицинская помощь. Клинические рекомендации. Под ред. С.Ф. Багненко. - ГЭОТАР-Медиа. – 2018. – 896 с.

6.Бақылау сұрақтары:

- Терминалды жағдайлардың сатылары қандай?
- терминалды жағдайларда медициналық көмек шараларының кезектілігі қандай?
- ЖӨР жасауға көрсеткіштер қандай?
- Клиникалық өлім кезінде медициналық көмек шараларының кезектілігі қандай?
- Сафардың үштік әдісін орындау техникасы қандай?
- ЖӨР шараларының тиімділігін қалай бағалаймыз?
- ЖӨР жүргізуде кететін қателіктер қандай?

Дәріс № 3

1.Тақырыбы: Кеңейтілген жүрек-өкпе реанимациясы. Шоктық ырғақ.

2. Мақсаты: Шоктық ырғақ кезіндегі кеңейтілген жүрек-өкпе реанимациясын жасауды үйрену.

3. Дәріс тезистері:

Жүрек тоқтауының нұсқалары:

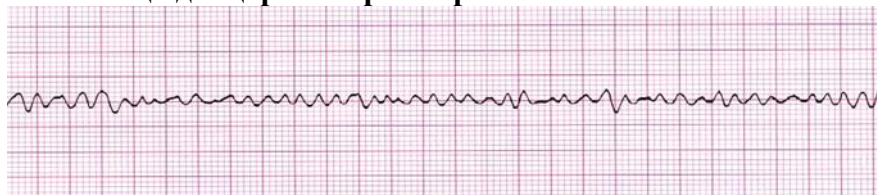
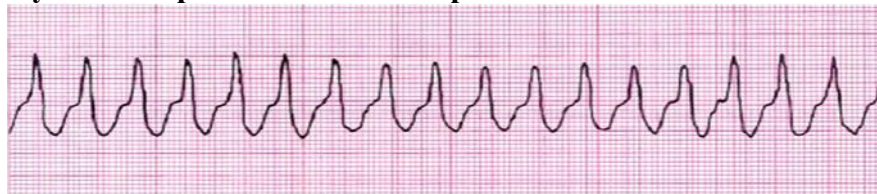
1. **қарыншалар фибрилляциясы**- ЭКГ-да түсініксіз иректер пайда болады.

2. **Пульссіз пароксизмалды қарынша тахикардиясы**- ЭКГ-да бірдей амлитудалы бірдей жиіліктегі кең тістер пайда болады.

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

«Пульсті» - медикаменттермен емдейді.

«Пульссіз» - дефибрилляциямен емдейді.

Кіші толқыды қарышлар жыбры.**Ірі толқынды қарыншалар жыбыры.****Пульссіз қарыншалық тахикардия.**

Ертерек дефибрилляция жасау.

Монофазалық дефибрилляторда: 200 Дж - 300 Дж - 360 Дж;

Бифазалықта: 120 - 150 - 200 Дж.

эпинефрин (әр 3-5 минут сайын) (0,1%) к/т 1,0 мл (1 мг) + 10 мл 0,9% NaCl ерітіндісімен.

Ағызып к/т амиодарон (кордарон) 300 мг + 20 мл 5% глюкоза ерітіндісі;

- лидокаин 1,5 мг/кг к/т ағызып.

Екінші рет: эпинефрин 1,0 мг к/т, амиодарон 150 мг + 20 мл 5% глюкоза (лидокаин 1,0 мг/кг к/т).

Torsades pointes: сульфат магния 10 мл 25% ерітіндісі к/т.

4. Иллюстрациялық материал: Презентация**5. Әдебиет:**

1. Жедел медициналық көмек. Оқу құралы. Калменов Н.Д., Сейдахметова А.А., Қауызбай Ж.Ә. Жумабаев Т.Ж., Ерімбет Б.М. – Шымкент.- 2021. 131 б.

2. Жедел медициналық көмек. Қ.М. Тұрланов, С.А. Қалқабаева 2- басылым, Алматы: Эверо 2014

3. Организация оказания скорой медицинской помощи вне медицинской организации. Методические рекомендации / С.Ф.Багненко, А.Г.Мирошниченко, И.П.Миннуллин, Н.Ф.Плавунов [и др.]. СПб.: [б. и.], 2015. - 46 с

4. Скорая медицинская помощь. Клинические рекомендации. Под ред. С.Ф. Багненко. - ГЭОТАР-Медиа. – 2018. – 896 с.

5. Клинический протокол диагностики и лечения «Внезапная смерть». Одобрено Объединенной комиссией по качеству медицинских услуг МЗ РК от «23» июня 2016 года. Протокол №5.

6. Бақылау сұрақтары:

- Шоктық ырғақ дегеніміз не?
- Шоктық ырғақ кезінде медициналық көмек шараларының кезектілігі қандай?
- Шоктық ырғақтың монитордағы көрінісі қандай?
- Дефибриляция қашан және қалай жасалады?
- Эпинефрин қашан, қандай дозада енгізіледі?
- Амiodарон қашан, қандай дозада енгізіледі?
- Магний сульфат қашан, қандай дозада енгізіледі?

Дәріс № 4

1. Тақырыбы: Кеңейтілген жүрек-өкпе реанимациясы. Шоксыз ырғақ.

2. Мақсаты: Шоксыз ырғақ кезіндегі кеңейтілген жүрек-өкпе реанимациясын жасауды үйрену.

3. Дәріс тезистері:

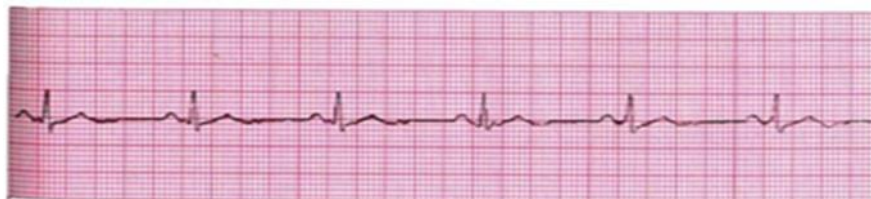
Жүрек тоқтауының нұсқалары:

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

Асистолия.



ЭМД



5 Г:

Гипоксия - (Hypoxia)

Гиповолемия - (Hypovolemia)

Гиперкалиемия, гипокалиемия - (Hyper/Hypokalemia)-

Гипотермия - (Hypothermia)

Ацидоз - (Hydrogen ion)

5 Т:

Клапандық пневмоторакс

Жүрек Тампонадасы

Токсиндер

Өкпе артериясының Тромбоэмболия

Жүрек артериясының Тромбозы



Амбу қапшығының көмегімен ӨЖЖ 100% оттегі беру.

(интубация жасау немесе ларингеальды маска салу.

- Венепункция немесе венокатетеризация (шеткі тамырларға).
- Жағдайын бақылау (жүрек ырғағын, сатурация және.

Асистолия және ЭМД:

- ЖӨР С-А-В бойынша.
- Дефибриляция жасалмайды.
- ЖӨР 30:2 (реаниматологтар санына қарамастан).

Эпинефрин (3-5 минут сайын) (0,1%) к/т 1,0 мл (1 мг) на 10 мл NaCl изотониялық ерітіндісінде, СЛР.

Атропин (0,1%) к/т 1,0 мл (1 мг), 3 минут сайын.

4. Иллюстрациялық материал: Презентация

5.Әдебиет:

11. Жедел медициналық көмек. Оқу құралы. Калменов Н.Д., Сейдахметова А.А., Қауызбай Ж.Ә. Жумабаев Т.Ж., Ерімбет Б.М. – Шымкент.- 2021. 131 б.
2. Жедел медициналық көмек. Қ.М. Тұрланов, С.А. Қалқабаева 2- басылым, Алматы: Эверо 2014
3. Организация оказания скорой медицинской помощи вне медицинской организации. Методические рекомендации / С.Ф.Багненко, А.Г.Мирошниченко, И.П.Миннуллин, Н.Ф.Плавунов [и др.]. СПб.: [б. и.], 2015. - 46 с
4. Скорая медицинская помощь. Клинические рекомендации. Под ред. С.Ф. Багненко. - ГЭОТАР-Медиа. – 2018. – 896 с.
- 5.Клинический протокол диагностики и лечения «Внезапная смерть». Одобрено Объединенной комиссией по качеству медицинских услуг МЗ РК от «23» июня 2016 года. Протокол №5.

6.Бақылау сұрақтары:

- Шоксыз ырғақ дегеніміз не?
- Шоксыз ырғақ кезінде медициналық көмек шараларының кезектілігі қандай?
- Шоксыз ырғақтың монитордағы көрінісі қандай?
- Эпинефрин қашан, қандай дозада енгізіледі?
- Атропин қашан, қандай дозада енгізіледі?

Дәріс № 5

1.Тақырыбы: Гипертония. Гипертониялық криз кезінднгі көмек.

2. Мақсаты: Студенттерге гипертониялық кризді және емдеу алгоритмдерін үйрету.

3.Дәріс тезистері:

"Криз" термині (франц. Crise-сыну.шабуыл) аурудың пароксизмальды пайда болуымен немесе симптомдарының жоғарылауымен сипатталатын және өтпелі сипаттағы ағзадағы кенеттен өзгерістерді көрсету үшін қолданылады. Гипертониялық кризді қан қысымының кез-келген шартты деңгейден кенеттен жоғарылауы емес, әл-ауқаттың күрт нашарлауы деп санау керек, тіпті қысымның шамалы жоғарылауымен бірге жүреді.Бас ауруы мен жүрек айнуы, бас айналу және құсу, төс сүйегінің артындағы қысу немесе ауырлық сезімі гипертониялық кризбен ауыратын науқастардың жиі кездесетін шағымдары болып табылады. Олар бет пен мойынның қатты қызаруын, кейде үлкен қызыл дақтар, терлеу және аяқ-қолдардың дірілдеуін көрсетеді. Бұл жағдайда қан қысымы 160/90 мм сын.бағ. аспауы мүмкін. Көптеген жағдайларда ол 200-240/100 мм сын.бағ. дейін "секіреді". Көбінесе мұндай криздер мұрыннан қан кетумен бірге жүреді, оны көптеген адамдар асқыну деп санайды, дегенмен бұл көбінесе науқасты ауыр қиындықтардан құтқарады.

Гипертониялық дағдарыстардың күрделі асқынулары - ми қан кетулері бар ми тамырларының жарылуы-ми инсульті немесе соққылар деп аталады. Бұл жағдайда науқас кенеттен есін жоғалтады және ми комасының күйіне түседі. Егер ол бірнеше күн ішінде қайтыс болмаса, онда көптеген айлар мен жылдар бойы аяқ-қолдардың салдануына және мидың көптеген функцияларының бұзылуына байланысты төсекке таңылады. Тағы бір қауіпті асқыну-миокард инфарктісі мен жүрек жеткіліксіздігінің дамуы.

4. Иллюстрациялық материал: Презентация

5.Әдебиет:

1. Гипертониялық кризді диагностикалау мен емдеудің клиникалық хаттамасы. 2016 жылғы "23" маусымдағы ҚР ДСӘДМ медициналық қызметтердің сапасы жөніндегі бірлескен комиссиясымен мақұлданды. №5 хаттама. 2. Гипертониялық криздер: патогенез, клиникалық көрініс, диагностика, емдеу және алдын-алу. Дәрігерлерге арналған оқу құралы / Н. И. Гапонова [және т.б.]. – М.: Либри Плюс, 2014. - - 120 б. үлкен жарақатқа көмек көрсету негіздері: анықтамалық басылым: Д. Скиннер, П. Дрисколл 4-басылым, 2018 ХҚКК

6.Бақылау сұрақтары:

- 1.Гипертониялық криз дегеніміз не?
- 2.Гипертониялық криздің белгілері.
- 3.Гипертониялық кризге жедел көмек көрсету принциптері.

Дәріс № 6

1. Тақырыбы: Жедел коронарлы синдром.Миокард инфарктісі.

2. Мақсаты: Жедел коронарлы синдром, миокард инфарктісі кезінде диагностикалау және жедел медициналық көмек алгоритмдерін үйрену.

3.Дәріс тезистері:

Жедел миокардинфарктісі

Анықтамасы: **миокардинфарктісі** -ол жүрек бұлшық етінің ишемиялық некроздануы және жедел коронарлы қанайналымның жеткіліксіздігінен дамиды.

Жіктелуі:

- жүрек бұлшықетінің зақымдалуы мен тереңдігіне;
- ауру дамуының түріне;
- МИ локализациясына қарай;
- аурудың сатысына қарай;
- МИ асқынуына байланысты.

Жүрек бұлшықетінің зақымдалу тереңдігіне және көлеміне қарай: трансмуралды және трансмуралды емес МИ.

Аурудың даму түріне қарай бөлінеді: біріншілік, екіншілік, қайталанған (рецидивті) МИ.

Біріншілік МИ –бұл науқас өмір тарихында және аспаптық тексерулер кезінде МИ –тың ешқандай белгілері бұдан бұрын анықталмаған жағдайда біріншілік МИ деп аталады.

ЕкіншілікМИ-бұл егер науқаста құжаттық мәліметтер бойынша басынан өткерген МИ анықталса және жаңа некрозды ошақтың нақты белгілері анықталса.

Қайталамалы (рецидивирленген) МИ –бұл клинико-лабораторлық және аспаптық белгілерімен жаңа некроз ошағы 72 сағаттан (3күн) 28 күнге дейінгі уақытта пайда болған немесе негізгі тыртықтану процессінің аяғында пайда болған МИ.

Орналасуына қарай МИ: алдыңғы септалді (алдыңғы перде); алдыңғы ұшы; алдыңғы бүйірлі; алдыңғы базалды (алдыңғы жоғарғы); жайылған артқы (септалды ұшы, бүйірі); артқы көкеттік (төменгі); артқы бүйірлі; артқы негізгі; жайылмалы алдыңғы; оң жақ қарыншаның МИ.



Аурудың ағымы бойынша:

- аса өткір кезеңі-МИ басталғаннан кейін 2 сағатқа дейін;
- жедел кезеңі-МИ басталғаннан 10 күнге дейін;
- жеделдеу кезеңі-МИ пайда болғаннан 10-шы күннен 4-8 аптаға дейін;
- инфарктан кейінгі кезең- МИ пайда болғаннан 4-8аптадан кейін.

МИ –тың жиі жайылмалы асқынуларына жатады: жедел сол қарынша жеткіліксіздігі (өкпе ісінуі); кардиогенді шок; қарыншалық және қарынша үстілік ырғақ бұзылысы болады; өткізгіш бұзылысы (СА блокада, АВ блокада, Гис аяқшаларының блокадасы); жедел сол қарыншаның аневризмасы; сыртқы және ішкі миокард жыртылуы, жүрек тампонадасы; асептикалық перикардит; тромбоэмболия.

Диагностикалық критерийлер:

Шағымы және анамнезі - МИ негізгі клиникалық белгілеріне ангинозды ауыр-сыну жатады. МИ кезіндегі ангинозды ауырсыну жүрек қыспаға ұқсас. Бірақ ауырсыну күштірек және «тесіп», «ашытып», «пышақ сұққандай», «шаншып» сияқты сипатта болады. Ауырсынуды сезу толқын тәрізді дамиды, кезеңімен азаяды, бірақ ауырсыну толық басылмайды. Ангиналды ауырсынудың орна-ласуы көбінесе кеуде іші, сирек –сол жақ кеуде клеткасының жартысы немесе құрсақ үсті аймағында орналасады. Ангинозды ауырсыну сол жақ жауырынға, иыққа, сол жақ қолға тарайды, көбінесе таңертеңгілік уақытта, нитроглицерин әсеріне басылмайтын бірнеше сағатқа созылатын ауырсыну пайда болады.

МИ пайда болуының бастапқы кезінде пайда болатын басқада варианттар бар. Олар: демікпелік, абдоминалды, аритмиялық, цереброваскулярлынемесе симптомсыз.

- Демікпелік түрі –көбінесе МИ көлемді, қайталанған науқастарда кездеседі. Клиникасында жедел сол жақ қарынша жетіспеушілігі дамиды.
- Абдоминалды түрі-ауырсыну синдромының орналасуы диспепсиялық көрністерімен сипатталады. Көбінесе төменгі миокард инфаркты дамиды.
- Аритмиялық түрі-клиникалық көрнісінде айқын ырғақ және өткізгіш бұзылысы байқалса, пароксизмдер, суправентрикулярлы немесе қарыншалық тахикардия, толық АВ блокада дамиды.
- Цереброваскулярлы түрі-көбінесе егде жастағы науқастарда немесе бас қан айналысы бұзылған адамдарда болады. Ол бас айналу, құсу кей-де–бас миының қанмен қамтамасыз етілу бұзылыстарының белгілері-мен сипатталады. Кейде бұл шағымдар сирек немесе мүлдем болмайды.

4. Иллюстрациялық материал: Презентация

5.Әдебиет:

1. Жедел медициналық көмек. Оқу құралы. Калменов Н.Д., Сейдахметова А.А., Қауызбай Ж.Ә. Жумабаев Т.Ж., Ерімбет Б.М. – Шымкент.- 2021. 131 б.
2. Жедел медициналық көмек. Қ.М. Тұрланов, С.А. Қалқабаева 2- басылым, Алматы: Эверо 2014
3. Организация оказания скорой медицинской помощи вне медицинской организации. Методические рекомендации / С.Ф.Багненко, А.Г.Мирошниченко, И.П.Миннуллин, Н.Ф.Плавунов [и др.]. СПб.: [б. и.], 2015. - 46 с
4. Скорая медицинская помощь. Клинические рекомендации. Под ред. С.Ф. Багненко. - ГЭОТАР-Медиа. – 2018. – 896 с.
5. Клинический протокол диагностики и лечения «Инфаркт миокарда с подъемом сегмента ST». Одобрен Объединенной комиссией по качеству медицинских услуг МЗ РК от «10» ноября 2017 года, протокол №32.

6. Клинический протокол диагностики и лечения «ОКС без подъема сегмента ST (Нестабильная стенокардия, инфаркт миокарда без подъема сегмента ST)». Одобрено Объединенной комиссией по качеству медицинских услуг МЗ РК от «23» июня 2016 года. Протокол №5.

6.Бақылау сұрақтары:

- ЖКС көріністері қандай?
- ЖКС кезінде медициналық көмек шараларының кезектілігі қандай?
- МИ көріністері қандай?
- МИ кезінде медициналық көмек шараларының кезектілігі қандай?

Дәріс № 7

1. **Тақырыбы:** Жедел жүрек жетіспеушілігі. Кардиогенді шок. Өкпе артериясының тромбоэмболиясы.

2. **Мақсаты:** Жедел жүрек жетіспеушілігі. Кардиогенді шок. Өкпе артериясының тромбоэмболиясы патофизиологиясының және жедел көмектің жалпы принциптерін үйрету.

3.Дәріс тезистері:

Жүрек – тамыр жүйелерінің ауруларында жиі шұғыл медициналық көмек көрсетуді қажет етеді. Науқастың жанынан табылатын бірінші медицина қызметкер мейірбике болып табылады. Көптеген жағдайларда дәрігерлік пунктың алыстығына байланысты, ол жалғыз медицина қызметкер болып табылады. Сондықтан да науқастың денсаулығы мен өміріне жауапты болып табылады. Оның білімі мен әр жағдайдағы іскерлігі, шұғыл жағдайларда дәл, нақты, дұрыс әрекет жасауы аурудың соңы мен науқастың өміріне әсер етеді. Аурухана мен емхананың мейірбикесі жиі көмекті өз бетімен көрсетеді. Қарқынды терапия жүргізгенде де мейірбикенің ролі зор, яғни науқастың өміріне қауіп туғызатын өмірге қажет аса маңызды ағзаның қызметінің бұзылыстарын емдеу және алдын алу шараларын жүргізу. Сондықтан мейірбике науқастың жағдайын нақты, дәл, дұрыс бағалай алу керек, дер кезінде көмек көрсете алуы керек, науқастың әрі қарайғы күтімін жүзеге асыру. Жүрек шамасыздығы сол және оң қарыншалық белгілерден құралады.

Жүректік астма. Жүректік астма тұншығуға әкелетін, кенеттен пайда болған демікпе ұстамасымен болатын, өткір пайда болатын сол жақ қарыншаның жетіспеушілігінің клиникалық көрінісі. Сондықтан кіші қан айналу шеңберінде қан тұрып, жиналып қалады және өкпеде газ алмасу дәрісі бұзылып, көмірқышқыл құрамы көбейіп, артериялды қанда оттегі деңгейі төмендейді. Мүшелерде, әсіресе орталық жүйке жүйесінде қан мен қамтамасыз етуі азаяды. Дем орталығының козуы көбейіп, тұншығуға, демікпенің дамуына әкеледі. Өкпедегі қанның тұрып қалуы бронхының рефлекторлы түрде тарылып қалуына және оның саңылауларынан шырышты сұйықтықтың сыртқа шығуы, өкпе ісігіне әкеліп соқтырады. Жүректік астма артериялды гипертензиясы бар, өткір миокард инфарктісі, кардиосклероз, миокардит, жүректің қолқа ақауы және митральды стенозы бар науқастарда бас миының қан айналымы бұзылғанда, бас миының қан айналысының жетіспеушілігі дем орталығына әсер етіп, кардиосклерозбен қосылып жүректік астмаға әкеледі. Жүректік астма ұстамасы әдетті түрде түнде ұйқы кезінде дамиды. Науқас кенеттен ауаның жетіспеушілігінен (тұншығудан) және өлім қорқынышынан оянып кетеді. Тұншығу кей кезде қатты жөтелу мен сипатталады. Науқасқа оттегінің жетіспеушілігі соншалықты, дем алу үшін науқасты төсекке отыруға мәжбүрлеп, аяғын төмен қарай түсіріп немесе ашық тұрған терезеге барып қана ала алады (егер жағдайы осыған жетсе). Науқас төсекте отырған кезде кереуеттің екі жанынан ұсталып отырады. Ұстаманың алғашқы



кезеңдерінде науқастың бетінен қорқыныш сезімін, көзінің үлкейгендігін, мазасыздықты көріп, байқауға болады. Тері және терінің шырышты қабаттарында ақшыл түс содан кейін көгеру пайда болады. Науқастан сонымен қатар қатты терлегенің, мойын көк тамырларының үлкейіп, шығып тұрғаның байқауға болады. Оттегінің жетіспеушілігі аралас мінездемелер мен сияпталады. Созылмалы жөтелдің болуының әсерінен қақырық қан аралас болады. Тамыр соғуы жиі, кейде аритмиялық. Қан қысымы ұстаманың алғашқы кезінде қалыпта болып, содан кейін күрт түсіп есенгіреуге дейін әкелуі мүмкін. Қан қысымының төмендеуінен қан тамырының қан мен толықсуы төмендеп, жүректің тонусы естілмейді. Дерт анықтамасын қоюға көмектесетін негіз ол тыныс алу мүшелеріндегі өзгерістер болып табылады. Демнің 1 минуттағы көрсеткіші 40 – 60 –қа дейін барады. Өкпенің төменгі жағында дымқыл сырылдар естіледі. Жүректік астманың өту ағымы мен болжамы әртүрлі айырмашылықтармен сипатталады. Мұның себебі, жүрек астмасының бір ұстамасы кенеттен басталса, ал екінші ұстаманың бір түрі науқастың жүрек соғуының жиілеуі, оттегі жетіспеушілігінің жиілеуі, құрғақ жөтелдің болуы, жалпы жағдайының нашарлауымен сипатталады. Кейде ұстама біршама ұзақ уақытқа созылып, өкпенің ісінуіне, есенгіреуге, дем алу орталығының тежеліп, бұзылуына әкелуі мүмкін. Осы кезде яғни, жүрек демікпесінің ұстамасында дұрыс шұғыл жәрдем шараларын өткізу және емдік, күтім шараларын нақты түрде өткізе алу үшін жүректік астманың ұстамасын бронхтық астманың ұстамасынан айыра білу медицина қызметкеріне өте маңызды болып табылады.

ӨАТЭ-өкпе артериясының тармағының қан ұйығышымен кенеттен бітелуі, содан кейін өкпе паренхимасының қанмен қамтамасыз етілуі тоқтатылады. Массивті және субмассивті клиникалық ӨАТЭ белгілері мен синдромдары. Тыныштықта кенеттен ентигу (ортопноэ тән емес!); Күл, бозғылт ЦИАНОЗ; магистраль мен үлкен өкпе артерияларының эмболиясымен-терінің айқын көкшілдігі, шойын көлеңкесіне дейін; ТАХИКАРДИЯ, кейде экстрасистоалар, атриальды фибрилляция; Негізінен өкпе мен плеврадағы қабыну процесіне байланысты дене температурасының жоғарылауы (тіпті коллапс болса да); Өкпе инфарктісі салдарынан ГЕМОПТИЗ (науқастардың 1/3 бөлігінде байқалады) ;

4. Иллюстрациялық материал: Презентация

5.Әдебиет:

1. Жедел медициналық көмек. Оқу құралы. Калменов Н.Д., Сейдахметова А.А., Қауызбай Ж.Ә. Жумабаев Т.Ж., Ерімбет Б.М. – Шымкент.- 2021. 131 б.
2. Жедел медициналық көмек. Қ.М. Тұрланов, С.А. Қалқабаева 2- басылым, Алматы: Эверо 2014
3. Организация оказания скорой медицинской помощи вне медицинской организации. Методические рекомендации / С.Ф.Багненко, А.Г.Мирошниченко, И.П.Миннуллин, Н.Ф.Плавунов [и др.]. СПб.: [б. и.], 2015. - 46 с
4. Скорая медицинская помощь. Клинические рекомендации. Под ред. С.Ф. Багненко. - ГЭОТАР-Медиа. – 2018. – 896 с.
5. Клинический протокол диагностики и лечения «Острая сердечная недостаточность». Утвержден протоколом Экспертной комиссии по вопросам развития здравоохранения МЗ РК от «28» июня 2013 года Протокол № 13.
6. Клинический протокол диагностики и лечения «Кардиогенный шок». Одобрено Объединенной комиссией по качеству медицинских услуг МЗиСР РК от «29» ноября 2016 года. Протокол №16.

7. Гипертонические кризы: патогенез, клиническая картина, диагностика, лечение и профилактика. Учебное пособие для врачей / Н.И. Гапонова [и др.]. – М.: Либри Плюс, 2014. - 120 с. Основы помощи при обширной травме: справочное издание: Д. Скиннер, П. Дрисколл 4- издание, 2018 МККК

8. Клинический протокол диагностики и лечения «Кардиогенный отек легких». Одобрено Объединенной комиссией по качеству медицинских услуг МЗиСР РК от «29» ноября 2016 года. Протокол №16

6.Бақылау сұрақтары:

1. Жедел жүрек жетіспеушілігі синдромының анықтамасы және олардың негізгі клиникалық көріністері қандай?
2. Кардиогенді шок синдромының анықтамасы және олардың негізгі клиникалық көріністері қандай?
3. ӨАТЭ көріністері қандай?
4. ӨАТЭ кезінде медициналық көмек шараларының кезектілігі қандай?

Дәріс № 8

1. **Тақырыбы:** Жедел пульмонология.

2. **Мақсаты:** Жедел тыныс жетіспеушілігі синдромының патофизиологиясының және алғашқы көмектің жалпы принциптерін үйрету.

3.Дәріс тезистері:

Жедел тыныс алу жеткіліксіздігі – бірнеше минуттан бірнеше күнге дейінгі кезеңде дамиды айналымдағы қанның гипоксемиясы және/немесе гиперкапниясымен қатар жүретін сыртқы ауа арасындағы газ алмасудың бұзылысы.

Тыныс алу жүйесінің қалыпты қызметі оның көптеген компоненттерінің жұмысына байланысты (тыныс алу орталығына, жүйке жүйелеріне, бұлшық еттерге, кеуде клеткасына, тыныс алу жолдары мен альвеолаларға).

Осы аталғандардың біреуінің жұмысы бұзылса, жедел тыныс алу жеткіліксіздігінің дамуына әкелуі мүмкін.

Себептері:

1. Тыныс алу жетіспеушілігі орталық тыныс алудың функциясы бұзылғаннан пайда болады. Олар мыналар:

- Тыныс алу орталығының наркотиктармен, барбитураттармен күйзелуі.
- Тыныс алу орталығының метаболикалық заттармен бұзылуы (көмірқышқыл газы, толық қышқылдандырылмаған қышқылдар).
- Тыныс алу орталығы инсультпен, бас ми жарақатымен, ми ісігімен және т.б. байланысты бұзылуы.

2. Торакодиафрагмальды тыныс алу жетіспеушілігі мына жағдайлардан кейін болады:

- Кеуде торының патологиясында (қабырғалдардың сынуы) гемо-пневмоторакс болғанда.

3. Бронхтық-өкпелік тыныс алу жетіспеушілігі, өкпедегі және тыныс алу жолдарындағы патологиялық процессте болады:

- Обструктивті (бөгде денелер, астматикалық статус, ісік, бронхиальды бездердің көп мөлшерде сөл бөлуі).
- Реструктивті (жедел өкпе қабынуында, пневмоторакс).
- Диффузды (өкпенің токсикалық ісігі, өкпе артериясының тромбоземболиясы).



Клиникасы: Негізгі белгісі күшее бастаған ентигу, терісінде диффузды цианоз, тахикардия, қан қысымы көтеріледі, қозады. Тыныс алу жетіспеушілігі күшейген сайын терісі қызарып, склера конъюктива тамырларының (инъекциясы) қанталауы дамиды. Науқас тежеледі, брадикардия, қан қысымы төмендейді. Гиперкапниялық кома кезінде науқас есінен танады, арефлексия, мидриаз пайда болады. Қан қысымы өте төмен, аритмия байқалады. Дем алуы патологиялық түрде Чейна-Стокса, Биот. Одан кейін жүрегі тоқтап, өледі.

Жедел жәрдем:

1. Науқасты ыңғайлап отырғыз, таза ауамен бөлмені желдет.
2. Мүмкіндігінше ылғалдандырылған оттегімен ингаляция жаса.
3. Тыныс алу жолдарының өткізгіштігін қалпына келтір: ауыз қуысын салфеткамен, қол орамалмен тазала, жұтқыншақты кеңірдекті резеңке катетермен электроотсос арқылы, ол жоқ болса резеңке груша немесе Жане шприці арқылы тазала.
4. Бронхоспазма көк тамырға баяу 10 мл -2,4% эуфиллинмен 10 мл -0,9% натрий хлорид енгіз.
5. Ауыр жағдайда көк тамырға немесе бұлшық етке 60-90 мг преднизолон енгіз.
6. Тыныс алу тоқтағанда дереу ауызға немесе «мұрынға ауыз» немесе «ауызға ауыз» жасанды тыныс алу әдісін жаса. Бұндай науқастарды тез арада реанимация бөліміне жеткізу керек. Онда негізгі ауруды емдейді (өкпе қабынуында антибиотиктермен емдеу, астматикалық статусты жою, өкпе артериясының тромбоэмболиясында тромболиялық ем) жасанды өкпе вентиляциясы, гипербариялық оксигенация.

4. Иллюстрациялық материал: Презентация

5.Әдебиет:

1. Жедел медициналық көмек. Оқу құралы. Калменов Н.Д., Сейдахметова А.А., Қауызбай Ж.Ә. Жумабаев Т.Ж., Ерімбет Б.М. – Шымкент.- 2021. 131 б.
2. Жедел медициналық көмек. Қ.М. Тұрланов, С.А. Қалқабаева 2- басылым, Алматы: Эверо 2014
3. Организация оказания скорой медицинской помощи вне медицинской организации. Методические рекомендации / С.Ф.Багненко, А.Г.Мирошниченко, И.П.Миннуллин, Н.Ф.Плавунов [и др.]. СПб.: [б. и.], 2015. - 46 с
4. Скорая медицинская помощь. Клинические рекомендации. Под ред. С.Ф. Багненко. - ГЭОТАР-Медиа. – 2018. – 896 с.
4. Клинический протокол диагностики и лечения «Астматический статус». Одобрено Объединенной комиссией по качеству медицинских услуг МЗ РК от «23» июня 2016 года. Протокол №5.
5. Клинический протокол диагностики и лечения «Асфиксия». Одобрено Объединенной комиссией по качеству медицинских услуг МЗ РК от «23» июня 2016 года. Протокол №5.

6.Бақылау сұрақтары:

- Жіті тыныс жетіспеушілігінен болатын қайғылы оқиғалар;
- Бронх және жүрек демікпесі ұстамаларының жаршылары, ерекшеленетін белгілері қандай?
- Шынайы және жалған парингозпазм себептері мен белгілері қандай?
- Небулайзер аппаратын бронх демікпесі ұстамасын басу мақсатында қалай қолданамыз?
- Науқастың жасына және дене бітіміне байланысты Геймлих әдісін орындау техникасы қандай?
- Жіті тыныс жетіспеушілігі кезінде қандай дәрілік заттар қолданылады?

Дәріс №9



1. Тақырыбы: Шұғыл аллергиялогия.

2. Мақсаты: Аллергия жағдайларын диагностикалау және көмек көрсетуді үйрену.

Анафилактикалық шок кезінде көмек көрсету алгоритмімен танысу.

3. Дәріс тезистері:

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

ЖІКТЕЛУІ.

Ағым - жедел басталады, артериалдық қысым тез үдемелі төмендейді, естен тану, тыныс жетіспеушілігі үдейді. Бұл ағымның ерекшелігі жүргізілген белсенді шокқа қарсы емге төзімді және үдемелі терең коматозды жағдайға дейін дамиды. Алғашқы минуттарда немесе сағаттарда өмірлік маңызды ағзалардың зақымдануына байланысты өлімге әкеледі. Бұл ағым екі түрде өтуі мүмкін. Жедел тыныс жетіспеушілігімен немесе жедел тамыр жетіспеушілігімен.

Жедел тыныс жетіспеушілігі түрінде кенеттен әлсіздік пайда болып, үдейді, кеудесінде қысу сезімі, ауа жетпеуі, жөтел, экспираторлы ентікпе, бас ауруы, жүрек тұсындағы ауырсыну, қорқыныш сезімі пайда болады. Тері жабындары бозарған, цианозды. Тыныс алу қиындаған, құрғақ сырылдар тыныс шығару соңында. Беттің немесе дененің басқа бөліктерінің ангионевротикалық ісігі дамуы мүмкін. Жедел тыныс жетіспеушілігі үдеген жағдайда және жедел бүйрекүстілік жетіспеушілік қосылған жағдайда өлімге әкелуі мүмкін.

Анафилактикалық шок пайда болу себебі: Дерттің пайда болуы аллергия басталған кезде туады. Кейде тіпті дәріні қайта-қайта пайдаланған да сеп болуы мүмкін. Ең негізгі пайда болу себептері: – дәрігердің рұқсатынсыз дәрі-дәрмек пайдалану; – денеден қан бөлінуі; – рентгенге түсу кезінде немесе диагностикалық ем қабылдау сәтінде; – екпе алу кезінде; – тамақтан улану арқылы; – жәндік шағуы; – суыққа төзбеу. Анафилактикалық шок: клиникалық белгісі Дерттің басталу белгісі ішкі немесе сыртқы күш әсер етуінен көрінеді. Мәселен жүрек айну, бет қызаруы, дақтар пайда болуы, іштің ауруы, диарея секілді түрлі белгілер қабаттасып кетеді. – қан қысымының түсуі; – естен тану, дірілдеу, бас айналу; – терінің ағарып кетуі немесе соққы алған секілді көгеру; – теріде күйік секілді дақтар пайда болуы; – бет тұсында, иекте дақтар пайда болуы; – іш ауруы және жүрек айну; – жүрек қысылуы, дем жетпеу.

Анафилактикалық шок емі: Анафилактикалық шок тумай тұрып, жоғарыда аталған белгілер байқала бастағаннан жедел жәрдем шақырыңыз. Ол келгенше аурып жатқан адамның қан қысымын өлшеуді тоқтатпаңыз. Ал егер жедел жәрдем кешігіп жатқанда тез арада мына әрекеттерді жасауға тырысыңыз: – Аурып жатқан адамды тігінен жатқызыңыз. Қан қысым қалыпқа келу үшін екі аяғының астына жастық немесе биік зат төсеңіз. Төменгі иекті ары-бері қозғап тұрыңыз, тісте протез болған жағдайда алып тастаңыз; – жүрек қағысы мен қан қысымын тексеру; – талмаға қарсы дәрілер беріңіз. Көнбесе де тырысу керек; – дәрігер келген соң ақпаратты дәлме-дәл жеткізіңіз;

4. Иллюстрациялық материал: Презентация

5. Әдебиет:

1. Клинический протокол диагностики и лечения «Анафилактический шок». Одобрено Объединенной комиссией по качеству медицинских услуг МЗ РК от «12» декабря 2014 года протокол № 9

2. Аллергия протокол диагностики и лечения РЦРЗ (Республиканский центр развития

здравоохранения МЗ РК) Версия: Клинические протоколы МЗ РК — 2013

3. Жедел медициналық көмек. Қ.М. Тұрланов, С.А. Қалқабәева 2- басылым, Алматы:

Эверо 2014

6.Бақылау сұрақтары:

- Аллергологиядағы шұғыл жағдайлардың жаршылары, ерекшеленетін белгілері қандай?
- АШ белгілері қандай?
- АШ қандай түрлері бар?
- АШ емдеу алгоритмі қандай?
- АШ кезінде эпинефрин қашан және қандай дозада енгізіледі?
- АШ кезінде эуфиллин қашан және қандай дозада енгізіледі?
- АШ кезінде қандай гормондар қашан және қандай дозада енгізіледі?
- АШ кезінде қандай антигистаминді препараттар қашан және қандай дозада енгізіледі?

Дәріс № 10

1. Тақырыбы: Эндокринологиядағы шұғыл жағдайлар.

2. Мақсаты: Эндокринологиядағы шұғыл жағдайлардың патофизиологиясын, клиникасын және жедел көмектің жалпы принциптерін үйрету.

3. Дәріс тезистері:

Қантты диабет - салыстырмалы инсулиндік жеткіліксіздікпен және инсулинге тұрақтылықпен шартталған, зат алмасу бұзылуларына, қантмырлар зақымдалуы (түрлі ангиопатиялар), нейропатиялар және түрлі ағзалар мен тіндердегі патологиялық өзгерістерге алып келетін созылмалы гипергликемия және глюкозурияның клиникалық синдромы.

ҚД 1 Қауіп-қатерлі факторлар: 1 ҚД бойынша тұқымқуалаушылық, бірқатар инфекциялық аурулар (қызамық, тұмау және т.б.).

ҚД 1 және ҚД 2 декомпенсациясының қауіп-қатерлі факторлары:

- ауруды кеш диагностикалау;
- дәрігер нұсқаулықтарын сақтамау (диетаны, қантты төмендететін препараттарды, оның ішінде инсулинді қабылдауды бұзу);
- интеркуренттік аурулардың қосылуы.

Шағымдар мен анамнез:

- шөлдеу;
- полиурия;
- салмақтың азаюы;
- әлсіздік және т.б.

Физикалық тексерулер

1 типтегі ҚД жарқын манифестті басталады: шөлдеу, полиурия, салмақтың азаюы, әлсіздік және т.б. Диабеттің бұл түрі көбінесе жастар, оның ішінде балалар үшін мінезді.

1 типтегі Қантты диабеттен, 2 типтегі Қантты диабеттің айырмашылығы, ол науқас пен дәрігер үшін байқалмай басталады.

Симптомдар өзіндік ерекшеліксіз және де басқа да көптеген аурулар кезінде кездесуі мүмкін: әлсіздік, дәмкестік, еңбекке қабілеттіліктің төмендеуі. 2 типтегі ҚД жиірек дене салмағының артуымен қарт адамдарда кездеседі. Бірақ соңғы жылдары балалар арасында бұл аурудың жиілеп кеткендігі байқалады.

Госпитализациялау үшін көрсетімдер:

1. 1 типтегі қантты диабеттің алғаш Анықтамасы.
2. Амбулаторлық емнің тиімсіздігі кезіндегі ҚД 1 немесе ҚД 2 декомпенсациясы.



3. Гипогликемиялық немесе постгипогликемиялық ауыр жағдайлар.
4. Гиперосмолярлық, сүтқышқылды комалар.
5. Прогрессирование осложнений КД 1 немесе КД 2 асқынуларының үдеуі.
6. Медициналық әлеуметтік сараптамалық комиссия үшін, аурудың ауырлық дәрежесін сараптау.

Тиреотоксикалық криз- бұл ЖУЖ асқынған науқас өміріне өте қауіпті жағдай. Бұнда тиреотоксикоздің бүкіл белгімері айқын болады.

- Есі сақталған
- Қозу болады
- Адинамия
- Булшық еттері бос
- Беті қызырады
- Көздері бадырайып , кірпіктерін сийрек қағады.
- Терісі ыстық
- t^0 41-42
- Тершендік

4. Иллюстрациялық материал: Презентация

5.Әдебиет:

1. Жедел медициналық көмек. Оқу құралы. Калменов Н.Д., Сейдахметова А.А., Қауызбай Ж.Ә. Жумабаев Т.Ж., Ерімбет Б.М. – Шымкент.- 2021. 131 б.
2. Жедел медициналық көмек. Қ.М. Тұрланов, С.А. Қалқабаева 2- басылым, Алматы: Эверо 2014
3. Организация оказания скорой медицинской помощи вне медицинской организации. Методические рекомендации / С.Ф.Багненко, А.Г.Мирошниченко, И.П.Миннуллин, Н.Ф.Плаунов [и др.]. СПб.: [б. и.], 2015. - 46 с
4. Скорая медицинская помощь. Клинические рекомендации. Под ред. С.Ф. Багненко. - ГЭОТАР-Медиа. – 2018. – 896 с.
4. Неотложные состояния при сахарном диабете. Учебное пособие для врачей / Н.И. Гапонова, Н.Ф.Плаунов, В.Р.Абдрахманов. – М.: [б. и.], 2016. – 107 с.
5. Клинический протокол диагностики и лечения «Сахарный диабет»). Одобрен Объединенной комиссией по качеству медицинских услуг МЗ РК от «23» июня 2016 года. Протокол №5.
6. Мкртумян А.М., Нелаева А.А. Неотложная эндокринология. - ГЭОТАР-Медиа. – 2018. – 128 с.

6.Бақылау сұрақтары:

- Эндокринологиядағы шұғыл жағдайлардың жаршылары, ерекшеленетін белгілері қандай?
- КД 1 декомпенсациясының белгілері қандай?
- КД 2 декомпенсациясының белгілері қандай?
- КД 1 декомпенсациясының емі қандай?
- КД 2 декомпенсациясының емі қандай?
- Тиреотоксикалық криздің белгілері қандай?
- Тиреотоксикалық криз кезіндегі ЖМК тактикасы қандай?
- Феохромоцитоманың кезіндегі ЖМК тактикасы қандай?

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН

**MEDISINA
AKADEMIASY**

«Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ



SOUTH KAZAKHSTAN

**MEDICAL
ACADEMY**

АО «Южно-Казакстанская медицинская академия»

«Шұғыл медициналық көмек және мейіргер ісі» кафедрасы

18 беттің 18беті

«Жедел медициналық көмек – 1» пәнінен дәріс комплекстері