

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Шұғыл медицина және мейіргер ісі кафедрасы	044-57/ ()
Дәріс кешені	21 беттің 1беті

Дәріс кешені

Пәннің атауы: Жедел және шұғыл жағдайларда медициналық көмек

Пән коды: ZhShZhMK 2202

ББ атауы: 6B10104– «Мейіргер ісі»

Оқу сағаттары / кредит көлемі: 120 сағат (4 кредит)

Курс және семестр: 2 курс, 4 семестр


Дәріс көлемі: 10 сағат

Шымкент, 2024 ж.

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Шұғыл медицина және мейіргер ісі кафедрасы Дәріс кешені	044-57/ () 21 беттің 2беті

Дәріс кешені «Жедел және шұғыл жағдайларда медициналық көмек» пәнінің жұмыс оқу бағдарламасына (силлабус) сәйкес әзірленген және кафедра мәжілісінде талқыланды.

хаттама № 11 «18» 06 2024ж.

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

O'NTUSTIK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SKMA -1979-	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Шұғыл медицина және мейіргер ісі кафедрасы	Дәріс кешені	044-57/ () 21 беттің 3беті

Дәріс № 1

1.Тақырыбы: Кіріспе. . Жедел және шұғыл жағдайларда медициналық көмек көрсету пәні, міндеттері, көлемі және негізгі бастамалары. Науқасты клиникалық зерттеу әдістері.

2. Мақсаты: Пәннің негізгі мақсаты болып студенттерді . жедел және шұғыл жағдайларда медициналық көмекті талап ететін, үлкен және кіші жастағы науқас (жәбірленуші) өмірлеріне қауіп төндіретін жіті терапиялық, хирургиялық, гинекологиялық жүйке жүйесі ауруларының патогенезі мен клиникалық көріністерінің негізгі сұрақтарына үйрету.

Кенеттен ауырған және жәбірленген науқастарға білімдерін және . жедел және шұғыл жағдайларда медициналық көмек көрсету дағдыларын пайдалана отырып, көмек көрсету.

3.Дәріс тезистері:

. Жедел және шұғыл жағдайларда медициналық көмектің негізгі шаралары:

- апатқа түскен адамды апат әсерінен құтқару (өрттен, судан шығару);
- апаттың зиянды әсерін тоқтату (адамды жылыту, иіс тисе таза ауа жұтқызу);
- қан тоқтату, жараны байлау, сынған аяқтың немесе қолдың қозғалысын тежеу;
- жасанды дем алдыру, жүрекке жабық массаж жасау, апатқа түскен адамды тезірек емдеу мекемесіне жеткізу немесе жедел медициналық көмек көрсететін дәрігерлер тобын шақыру.

. Жедел және шұғыл жағдайларда медициналық көмек көрсету принциптері:

- 1) оқиға орнын қарау;
- 2) бірінші рет қарау, көмек көрсету;
- 3) 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 . жедел және шұғыл жағдайларда медициналық 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 қабырға және кеуде клеткалары зақымдалмаса, онда тыныс алу түзу, ауырмайтын, бір қалыпты болады. Кеуденің үстіңгі жағын тексеріп болғаннан кейін ішті және жамбас сүйегіне тексеріс жүргізіледі. Қол-аяқты көзбен шолып тексеруде зақымданған жері болса

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SKMA -1979-	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Шұғыл медицина және мейіргер ісі кафедрасы	Дәріс кешені	044-57/ () 21 беттің 4беті

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.

Жедел жәрдемді келесі кез келген жағдайларда шақыру керек:

- ес-түссіз немесе ес деңгейінің өзгермелілігі;

- тыныс алудағы қиындықтар (тыныс алудың қиындауы немесе болмауы);
- үздіксіз ауру сезімі немесе кеудедегі қысымды сезіну;
- пульстің болмауы;
- көп қан кетуі;
- іштің қатты ауыруы;
- қан құсу немесе қанның бөлінулер (зәрмен, қақырықпен) шығуы;
- улану;
- сіңір тартылу, қатты ауыру немесе түсініксіз сөйлеу;

бастың, мойынның немесе арқаның жарақаты, сүйек сыну ықтималдығы.

4. Иллюстрациялы материалдар: Презентация

5. Әдебиет: Соңғы бетті қараңыз

6. Бақылау сұрақтары (кері байланысы).

- негізгі күттірмейтін жағдайлар
- күттірмейтін жағдайлардағы диагностика әдістері;
- науқасты немесе жәбірленушіні бірінші клиникалық тексеру әдістері;

Дәріс № 2

1. Тақырыбы: Терминальды жағдайлар. Жүрек-өкпе реанимациясының әдістері.

2. Мақсаты: Терминальды жағдайларда науқастың жағдайын бағалауды, жіті жүрек қан тамыр жетіспеушілігінің негізгі симптомдарын айқындауды, автоматтық жағдайға дейінгі деңгейде ЖӨР дағдыларын миңгеруді үйрену. Коматозды жағдайлардың себептері және көріністерімен танысу, науқасты немесе жәбірленушіні емдеу мекемесіне тасымалдауды дұрыс ұйымдастыруды 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 естуі мүмкін. Тері жамылғылары бозарады, акроцианоз, бастың мәрмәр түсті болуы немесе цианозы байқалады. Пульс тек ірі (ұйқы) артерияларда ғана анықталады, брадикардия. Тынысы сирек, ырғақсыз, «тынысты жұтады» (агоналды тыныс); Көз

O'NTUSTIK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SKMA -1979-	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Шұғыл медицина және мейіргер ісі кафедрасы	Дәріс кешені	044-57/ () 21 беттің 5беті

қарашықтары кеңейген, жарыққа реакциясы әлсіз; тырысулар, еріксіз зәр, нәжіс бөлінуі мүмкін.

Бұл кезең бірнеше минуттан бір неше сағаттарға дейін созылады.

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

Белгілері:

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

Жүрек тоқтауының нұсқалары:

1. асистолия- жүректің толық тоқтауы- ЭКГ-да түзу сызық пайда болады.
2. қарыншалар фибрилляциясы- ЭКГ-да түсініксіз иректер пайда болады.
3. Пульссіз пароксизмалды қарынша тахикардиясы- ЭКГ-да бірдей амплитудалы бірдей жиіліктегі кең тістер пайда болады.

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

«Пульсті» - медикаменттермен емдейді.

«Пульссіз» - дефибрилляциямен емдейді.

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

Биологиялық өлім белгілері:

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

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

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

- "мысық көзі" симптомының болуы - көзді басқанда көз қарашығының формасы өзгеріп, мысық көзін еске салады;
- көздің мөлдір қабы майланып кебеді, көз алмасы босаңсиды.

4. Иллюстрациялы материалдар: Презентация

5. Әдебиет: Соңғы бетті қараңыз

6. Бақылау сұрақтары (кері байланысы):

- пән, терминальды жағдайларда бірінші дәрігерге дейінгі медициналық көмек шараларының кезектілігі;
- Сафардың үштік әдісін орындау техникасы;
- ЖӨР жүргізуде кететін қателіктер және оларды болдырмау;

Дәріс № 3

1. **Тақырыбы:** Жаралар кезіндегі жедел және шұғыл жағдайларда медициналық көмек. Жарақаттар. Транспорттық имобилизация.

O'NTÜSTİK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SKMA -1979-	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Шұғыл медицина және мейіргер ісі кафедрасы	Дәріс кешені	044-57/ () 21 беттің ббеті

2. Мақсаты: Жараларды дифдиагностикалауды және шұғыл жағдайларда медициналық көмек көрсетуді үйрену. Жаралардың негізгі түрлерімен, олардың алдын алу шараларымен және бұндай науқастардың күтім ерекшеліктерімен танысу. Таңып байлауды, дененің барлық бөліктеріне таңғыш қоюды, буын шығуының және сынақтардың клиникалық симптомдарын анықтауды, жәбірленушіні транспорттық иммобилизациялауды үйрену. Жарақаттың пайда болу механизмімен танысу. Түрлі жарақат жағдайларының дифдиагностикасын және жәбірленушіге бірінші дәрігерге дейінгі көмек көрсету ережелерін үйрену.

3. Дәріс тезистері:

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

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

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

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

- кесілген (пышақпен, алмаспен, өйнек, шыны жарықшақтарымен жаралану — жара шеті ажырап, қатты қанайды);
- шабылған (балтамен сүйектер зақымдануы мүмкін);
- шаншылған, (түйрелген жаралар (пышақ, шеге, біз, қанжар, айыр, сүңгі-найзамен, кейде терең болуы мүмкін, ішкі органдар, мысалы, кеуде немесе іш қуысы зақымдануы ықтимал);
- Тістелген
- соғылған жара,
- оқ тиген жара және т.б.
- Десмургия — орау - таңу жөніндегі ғылым жүйесі. Негізі гректің desmos –байлау, таңу, ездоп- іс деген терминдерінен алынған. Десмургия орау – таңу материалдарының түрлерін, оларды әртүрлі әдістермен пайдалануды үйретеді.
- Бұл жарақаттарды емдеудің механикалық тәсіліне жатады.
- Таңғыш жасалған материалына қарай жұмсақ және қатты болып бөлінеді.
- Жұмсақ таңғыштар: бинт, үшбұрыш орамал, клей, праща, эластик, торлы түтікше.
- Қатты таңғыштар: шина, гипс, пластмасса, клеол, желім.

Жұмсақ таңғыштар 2 бөліктен тұрады:

- жараны жабатын стерильді салфетка.

- оны бекітетін таңғыш материал.

Көбіне таңғыш ретінде бинтті пайдаланады.

- Оның спиральді, орап байлау, жорғалата байлау, 8-тәрізді байлау, айқастырып байлау т.б. түрлері бар.
- Жарақаттар – бұл механикалық, техникалық, химиялық, спецификалық (рентген сәулесі, радиоактивті сәулелер, электр тоғы), психикалық (қорқыныш) себептердің әсерінен адам ұлпалары мен органдарының зақымдануы және олардың тұтастығы мен қызметінің бұзылуы.
- Жарақаттану мынадай түрлерге бөлінеді:
 1. Өндірісте (өнеркәсіпте, ауыл шаруашылығында) жарақаттану;
 2. Көлікте (автомобиль, темір жол, су көлігі, әуе көлігі) жарақаттану;
 3. Көшеде жарақаттану (адамдардың көшеде құлап қалуынан, құлаған заттардың соғуынан, т. б. зақымдану);

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SKMA -1979-	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Шұғыл медицина және мейіргер ісі кафедрасы	Дәріс кешені	044-57/ () 21 беттің 7беті

- 4. Тұрмыстық жарақаттану (тұрмыста кездейсоқ себептерден зақымдану: баспалдақтан құлау, тұрмыстағы қолданылатын заттардан зақым алу, т. б. немесе төбелес, кісі өлтірушілік, өзін-өзі өлтірушілік және т. б. кезінде қасақана жасалатын зақымдар);
- 5. Әскери қызметшілердің соғыс кезіндегі және бейбіт кездегі жарақаттары болып табылатын әскери жарақаттану;
- 6. Спортпен айналысқан кездегі спорт жарақаттары.

Жарақаттардың түрлері:

1. Тері бүгіндігінің бұзылуы бойынша жарақаттар бөлінеді: ашық және жабық жарақаттар. Ашық жарақатқа ұлпа мен ағзалардың анатомиялық тұтастығының бұзылуы жатады: жара, сынық, күйік, буынның таюы. Жабық жарақатқа - терінің сыдырылуы, сіңірдің созылуы, бұлшық еттің жаншылуы, аяқ - қолдың буыннан шығуы, сүйектің жабық сынуы.
2. Жедел және созылмалы жарақаттар. Жедел дегеніміз ағза ұлпасында бір сәтте қатты әсер ету нәтижесінде пайда болған зақымдану. Созылмалы дегеніміз аз күштің көп мәрте және тұрақты әсерінен пайда болған зақымдану.
3. Тікелей және тікелей емес жарақаттар. Тікелей жарақаттар соққы тиген жерде пайда болады. Тікелей емес жарақаттар, ағзаның басқа жерінде пайда болған жарақаттар.
4. Қайтымды және қайтымсыз жарақаттар.

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

4. Иллюстрациялы материалдар: Презентация

5. Әдебиет: Соңғы бетті қараңыз

6. Бақылау сұрақтары (кері байланысы):

- түрлі жаралардың клиникалық сипаттамасы;
- жараны өңдеу әдісі;
- жараның жергілікті асқынуларының ерте белгілері, олардың алдын алу және емдеу жолдары;

Дәріс № 4

1. Тақырыбы: Қансырау. Жедел және шұғыл жағдайларда медициналық көмек.

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

3. Дәріс тезистері:

Жарақат кезіндегі зақымдалған тамырлардан қанның ағуы **қан кету** деп аталады. Оның болымсыз және күшті әсері өмірге қатерлі болуы мүмкін. Қан денеден орташа кеткенде, ағзаның ішкі бірнеше толықтырушы қасиеттері: жүрек қызметінің, тыныс алудың күшеюі, шеткі қан тамырларының жиырылуы іске қосылып өзі тоқтата алады. Ал денеден қан көп кеткенде жүрек қан тамырларының қызметі мүлде нашарлап, адамның өліп кетуі де ықтимал.

Қан кету түрлері:

Зақымдалған тамырдың сипатына қарай қанның ағуы

артериялық (күре тамырлық),

веналық (көктамырлық),

капиллярлық (қылтамырлық) және паренхиматоздық болып бөлінеді.

O'NTÜSTİK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SKMA -1979-	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Шұғыл медицина және мейіргер ісі кафедрасы	Дәріс кешені	044-57/ () 21 беттің 8беті

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

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

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

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

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

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

Барлық қан кетулер **ағымына байланысты жедел және созылмалы** болып бөлінеді. **Жедел қан кету** кезінде қан кету қысқа уақыт аралығында байқалады да клиникалық белгілері тез дамиды. Клиникалық белгілердің айқындық дәрежесі тамырдан аққан қанның ағу қарқынына тікелей тәуелді.

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

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

Жәрдем көрсету шараларына және медицина қызметкерлерінің мамандығына байланысты, қан ағуды тоқтату **уақытша және біржолата тоқтату** болып бөлінеді. Әдетте қан ағуды уақытша тоқтатуды науқасты ауруханаға жіберердің алдында, жарақат алған жерде орта медицина қызметкері іске асырады.

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

4. Иллюстрациялы материалдар: Презентация

5.Әдебиет:Соңғы бетті қараңыз

6. Бақылау сұрақтары (кері байланысы):

- қан кетудің жіктелуі;
- артериалды, көктамырлы, капиллярлы және аралас қан кетулердің негізгі белгілері;
- қан жоғалтудың жалпы белгілері
- қан тоқтатқыш бұраманы салу ережесі;
- қан жоғалтқан науқастарға бірінші дәрігерге дейінгі көмек көрсету принциптері;
- қан және қан алмастырғыш инфузияға арналған жүйені дайындау ережесі
- мұрыннан қан кетуді тоқтату техникасы;

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SKMA -1979-	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Шұғыл медицина және мейіргер ісі кафедрасы		044-57/ ()
Дәріс кешені		21 беттің 9беті

Дәріс №5

- 1. Тақырыбы:** Күю кезіндегі жедел және шұғыл жағдайларда медициналық көмек.
- 2. Мақсаты:** Күйік жағдайларының ауырлық сатыларын оқып-білу, зақымдалу ауданын анықтауды, . жедел және шұғыл жағдайларда медициналық көмек көрсету дағдыларын меңгеру. Ауыр халдегі науқасты күту ережелерімен танысу. . Жедел және шұғыл жағдайларда медициналық көмек көрсетуге арналған дәрілік қорапты және оның негізгі компоненттерін тағайындауды білу.

3. Дәріс тезистері:

Негізінен күйік — жоғары температураның, химиялық заттардың, электр тогы мен радиактивті сәулеленің зардабынан тіннің зақымдалуы.

Жіктемесі

Зақымдаушы факторға байланысты:

термиялық,
химиялық,
электрлік,
сәулелік күйіктер.

Диагностика критерилері:

I – II дәрежесі - терінің сезімталдығы бұзылмаған, капиллярлы оң реакция (теріні саусақпен басқанда бозарады, ал оны жібергенде қайтадан қызарады, тері беті ылғалды).

II дәрежесі - кезінде көпіршіктер күйік алғаннан кейін 2 сағат өткен соң дамиды, көпіршіктер бірен-саран, ұсақ, іші сарысумен толы.

III дәрежесі - терінің сезімталдығы және капиллярлы реакция жоғалған, терісі құрғақ, айқын ісінген, тері бетіндегі көпіршіктер іші қанды сарысумен толған, некроздық өзгерулер анықталады.

Электрлік күйіктер үнемі терең болады. Шыдатпайтын қатты ауру сезімі, тоңып-қалтырау, пульстің жиілеуі анықталады. Шектеулі аймақтың күйік көбіне жергілікті процесспен шектеледі. Көлемді жердің күйінде, II-III дәрежелі аймақтың күйік кезінде ересек адамдарда денесінің 25%-ы, балалар мен қарттар денесінің 10%-ы күйгенде айтарлықтай жалпы өзгерістер болып, күйік ауру дамиды.

Күйік ауруын келесі кезеңдерге (сатыларға) бөледі: күйіктік шок, жедел токсемия, септикотоксемия және жазылу.

Емдеу тәсілі:

- жаракаттанғанды түпкілікті қарау, күюдің түрін және оның дәрежесін анықтау;
- күю алаңын анықтау және химиялық күйік болған жағдайда химиялық реагенттің болуын анықтау;
- термиялық күю кезінде – күйік алған жерді суық сумен салқындату ($t\ 20-25\ ^\circ\text{C}$) 10-15 мин;
- химиялық күю кезінде – ағынды сумен күйген аймақты 30 минут жуу (*сөнбеген әктаспен күйген кезде сумен жууға қатаң түрде тиым салынады!*).

Термиялық және химиялық күйік кезінде:

- трамадол 100-200 мг көктамыр ішіне (бұлшықетке) немесе анальгин 50% ерітіндісі 2-4 мл бұлшықетке. *Наркотикалық анальгетик ұсынылмайды;*
- күйген аймақты күюге қарсы аэрозолмен өңдеу;
- асептикалық (стерильді) таңғыш немесе стерильді жаймамен орау;

O'NTÜSTİK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SKMA -1979-	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Шұғыл медицина және мейіргер ісі кафедрасы	044-57/ ()	
Дәріс кешені	21 беттің 10беті	

Термоингаляциялық зақымдалу кезінде, сыртқы тыныс алу қызметін бақылап қадағалау, көмейдің ісініп тұншығу болса – трахеостомия, коникотомия. Күйіктік шок кезінде қосымша: глюкоза 5% ерітіндісі, немесе реополиглюкин көктамырға тамшылатып құю. Жылдамдығы сағатына 2 л ересектерге және 0,5 л балаларға. Дифенгидрамин 1% ерітіндісі 1 мл, преднизолон 60-90 мг, трамал 100-200 мг көктамырға. Инфузионды емнің көлемі стационарға жеткізу уақытымен анықталады.

Ал алғашқы көмек көрсетілгенде:

- денедегі көпіршіктерді жармайды;
- қалың таңғыштармен орамайды;
- мұз баспайды;
- күйікті қолмен ұстамайды.

Мұның бәрі тіндерді өлтіріп, жараның жазылуын қиындатады. Дәрігер келгенге дейінгі көмектің мақсаты күйген жерді ластанудан сақтандыру, яғни микроб түсуден қорғау, ауырсынуды бәсеңдету.

Халық арасында жиі көрсетілетін алғашқы көмек — күйген жерге тіс пастасын жағу, томат пастасын, сол сияқты әр түрлі майларды жағу. Бірақ оны мамандар құптамайды. Олар асқынуға әкеліп соғады.

4. Иллюстрациялы материалдар: Презентация

5. Әдебиет: Соңғы бетті қараңыз

6. Бақылау сұрақтары (кері байланысы).

- күйік кездерінде ұлпалардың патофизиологиялық өзгерістері;
- күйіктің жіктелуі;
- күйік ауырлық сатыларын айқындайтын белгілер;
- күйіктің ауданын анықтайтын түрлі әдістері;
- күйік кездерінде жедел және шұғыл жағдайларда медициналық көмектің ауқымы мен кезектілігі.

Дәріс № 6

1. **Тақырыбы:** Жедел тыныс жетіспеушілігі. Коникотомия.
2. **Мақсаты:** Жедел тыныс жетіспеушілігі синдромының патофизиологиясының және шұғыл жағдайларда медициналық 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).

O'NTUSTIK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SKMA -1979-	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Шұғыл медицина және мейіргер ісі кафедрасы	Дәріс кешені	044-57/ () 21 беттің 11беті

- 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 тромбоэмболиясы).

Клиникасы: Негізгі белгісі күшее бастаған еңтігу, 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. Иллюстрациялы материалдар: Презентация

5. Әдебиет: Соңғы бетті қараңыз

6. Бақылау сұрақтары (кері байланысы):

- жіті тыныс жетіспеушілігінен болатын қайғылы оқиғалар;
- бронх және жүрек демікпесі ұстамаларының жаршылары, ерекшеленетін белгілері;
- шынайы және жалған парингозпазм себептері мен белгілері;
- небулайзер аппаратын бронх демікпесі ұстамасын басу мақсатында қолдану;
- науқастың жасына және дене бітіміне байланысты Геймлих әдісін орындау техникасы;
- жіті тыныс жетіспеушілігі кезінде қолданылатын дәрілік заттар

O'NTUSTIK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SKMA -1979-	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Шұғыл медицина және мейіргер ісі кафедрасы	Дәріс кешені	044-57/ () 21 беттің 12беті

Дәріс № 7

1. **Тақырыбы:** Жіті жүрек жетіспеушілігі кезіндегі жедел және шұғыл жағдайларда медициналық көмек.
2. **Мақсаты:** Жедел жүрек жетіспеушілігі синдромының патофизиологиясының және алғашқы көмектің жалпы принциптерін үйрету. Стенокардия, жіті коронарлық синдром, жіті миокард инфаркті, симптомдарын анықтауды және аталған науқастарға бірінші медициналық көмек көрсетуді үйрену.

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 қозуы 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 дем 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 сипатталады. 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

O'NTUSTIK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Шұғыл медицина және мейіргер ісі кафедрасы	044-57/ ()
Дәріс кешені	21 беттің 13беті

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.

4. Иллюстрациялы материалдар: Презентация

5. Әдебиет: Соңғы бетті қараңыз

6. Бақылау сұрақтары (кері байланысы):

- аурудың патофизиологиясы;
- аурудың сипаты;
- кеуде тұсының ауруының этиология аспектілері.
- «ЖЖЖ» синдромының анықтамасы және олардың негізгі клиникалық көріністері;
- жіті миокард инфарктінің клиникасы және дифференциалды диагностикасы;
- ЖЖЖ ерекшеленетін белгілері;
- «ЖЖЖ» синдромы кезінде дәрігерге дейін көмек көрсету ауқымдылығы және тасымалдау ерекшеліктері

Дәріс № 8

1. Тақырыбы: Гипертониялық криз кезіндегі жедел және шұғыл жағдайларда медициналық көмек.

2. Мақсаты: Гипертониялық криздің сипаттамасын , клиникалық көріністерін үйрену. ГК кезіндегі жедел және шұғыл жағдайларда медициналық көмек көрсету дағдыларын меңгеру.

3. Дәріс тезистері:

Гипертензиялық криздің ағымы бойынша жіктелуі бөлінеді:

1. Асқынған (қималы, emergency) милық, коронарлық, бауырлық қанайналымның нашарлауы белгілері қатар білінетін және парентералдық препараттардың көмегімен АҚҚ-н алғашқы минуттар немесе сағаттар ішінде түсіруді қажет ететін жағдай.
2. Асқынбаған (қималы емес, urgency) гипертензиялық криздер нысана ағзалар зақымдануы қатысуынсыз және тез арада бірнеше сағаттар ішінде АҚҚ төмендетуді қажет ететін жағдай.

Асқынбаған гипертензиялық криздердің түрлері:

1. Нейровегетативті.
2. Сулы-тұзды.
3. Құрысқақты.

Гипертензиялық криздердің асқынуы

1. Цереброваскулярлық:

- ми қанайналымының жіті бұзылысы (инсульт, субарахноидальдық қан құйылу);

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SKMA -1979-	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Шұғыл медицина және мейіргер ісі кафедрасы	044-57/ ()	
Дәріс кешені	21 беттің 14беті	

- ми ісінуімен әйгіленетін жіті гипертониялық энцефалопатия.

2. Кардиальдық:

- жүрек функциясының жіті жеткіліксіздігі;
- миокард инфаркты, жіті коронарлық синдром.

3. Аортаның жіті қатпарлануы, аорта аневризмасының жыртылуы.

4. Бауыр функциясының жіті жеткіліксіздігі.

5. Көз торқабығына қан құйылуымен жүретін жіті ретинопатия.

Қауіп топтары

Гипертониялық криз дамиды:

1. Гипертониялық ауру.
2. Симптоматикалық артериялық гипертензия.
3. Реноваскулярлық артериялық гипертензия.
4. Диабеттік нефропатия.
5. Феохромоцитома.
6. Жіті гломерулонефрит.
7. Жүкті әйелдер эклампсиясы.
8. Дәнекер тіннің бүйректі қоса зақымдауымен жүретін диффузиялы ауруы.
9. Симпатомиметик заттектерді пайдалану (жіірек кокаинды).
10. Бас жарақаты.
11. Ауыр күйіктер және басқалар.

Гипертензиялық криздердің дамуына жиі шалдықтыратын себептер:

1. Гипотензиялық дәрілік заттектерді қабылдауды тоқтату.
2. Психоэмоциялық стресс.
3. Сұйықтық пен тұзды артық пайдалану.
4. Физикалық жүктеме.
5. Алкоголь ішу.
6. Метеорологиялық ауытқу.

Асқынбаған гипертензиялық криз диагностикасының критерилері.

Гипертензиялы криздің нейровегетативтік түріне тән:

- кенеттен басталуы;
- пульстің жиілеуімен қоса систолалық қысымның жоғарлауы;
- қалтырау, қозу, тітіркенгіш, қорқу сезімі;
- тері жабындысының ылғалдылығы мен қызаруы;
- шөлдеу;
- бас ауыру;
- жүрек айну;
- көз алды қарауыту немесе бұлдырау;
- тахикардия;
- криздің соңында – ашық түсті зәрдің жиі және көп мөлшерде шығуы.

Гипертензиялық криздің сулы-тұзды түрінде байқалады:

- жітілігі шамалылау болып біліну;
- пульстің сиректеуімен қоса диастолалық қысымның жоғарлауы;
- енжарлық, ұйқышылдық;
- бозғылттық;
- ісінген;
- бас ауыру;
- жүрек айну, құсу;
- парестезиялар;

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SKMA -1979-	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Шұғыл медицина және мейіргер ісі кафедрасы	Дәріс кешені	044-57/ () 21 беттің 15беті

- аяқтардағы қысқа мерзімді әлсіздік, гемипарездер, афазия, диплопия.

Гипертензиялық криздің құрысқақты түрінде байқалады:

- систолалық және диастолалық қысымның күрт жоғарлауы;
- психомоторлық еліру;
- бастың қатты ауыруы, бас айналу;
- жүрек айну, қайта-қайта құсу;
- соқырлыққа шалдықтыратын - көру бұзылыстары, қосарланып көріну және басқалары.
- естен тану;
- клонустық-тонустық құрысулар.

Асқынған гипертензиялық криз диагностикасының критерилері:

- салыстырмалы түрде кенеттен басталуы;
- артериалық қысымның өзіндік жоғары деңгейі (диастолалық қан қысымы 120-130 мм.сн.б.) жоғарлайды;
- ОНЖ функциясының бұзылу симптомдары - (диффузиялы түрдегі иетенсивті бас ауыру, баста шуыл сезіну, жүрек айну, құсу, көру нашарлауы, құрысулар, ұйқышылдық, естің айқын бұзылыстары болуы мүмкін) және жергілікті симптоматикалары - (бет, ерін, қол саусақ ұштарының парестезиялары аяқ-қолда әлсіздік сезіну, көздегі қосарлану, сөйлеу бұзылуы, гемипарез, энцефалопатия);
- нейровегетативтік бұзылыстар – (шөлдеу, ауыздың құрғауы, ішкі ағзаларда діріл сезінуі, жүрек қағуы, қалтырау тәрізді тремор, гипергидроз)
- субъективтік және объективтік әйгіленістермен әртүрлі дәрежеде айқындалатын кардиальдық дисфункциялар;
- айқын офтальмологиялық белгілер (субъективті белгілер мен көз түбіндегі өзгерістер – күрт артериолалардың айқын тарылуы, венуланың кеңеюі, көру нерві емізігінің ісінуі, қан құйылу, торқабықтың ажырауы).
- алғаш пайда болған немесе бүйрек функциясының нашарлауы.

Гипертензиялық криздің асқынуы:

1. Жүрек тарапынан:
 - миокардтың жіті инфаркті немесе стенокардия дестабилизациясы;
 - жіті солқарыншалық жеткіліксіздік.
2. Аортаның жіті қатпарлануы.
3. Ми тарапынан:
 - жіті гипертензиялық энцефалопатия;
 - инсульт;
 - транзиторлы ишемиялық атака.
4. Бүйрек тарапынан:
 - жіті бүйректік жеткіліксіздік.
5. Көздің торқабығы жағынан:
 - көздің торқабығына қан құйылумен болатын жіті ретинопатия.

Негізгі іс - шаралар тізімі:

1. Тіршілік үшін маңызды ағзалармен жалпы жағдайына баға беру: есі ауған (есеңгіреген, ессіз), тынысы (тахипноэ болуы).
2. Көзбен көріп бағалау:
 - науқастың қалпы (жатыр, отыр, ортопноэ);
 - тері жабындысының түсі (бозғылт, қызарған, цианоз) және ылғалдылығы;
 - мойын веналары (вена ісінуі, пульсацияның көрінуі);
 - шеткейлік ісінулердің болуы.
3. Пульсті зерттеу (дұрыс, дұрыс емес), ЖЖЖ өлшеу (тахикардия, брадикардия).

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SKMA -1979-	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Шұғыл медицина және мейіргер ісі кафедрасы	Дәріс кешені	044-57/ () 21 беттің 16беті

4. Әр 15-30 минут сайын екі қолдағы АҚҚ өлшеу.
 5. Перкуссия: салыстырмалы жүрек тұйықтығының солға шекарасының ұлғаюымен көрінуі.
 6. Пальпация: жүрек ұшы түрткісінің бағасы, оның бағасы.
 7. Жүрек аускультациясы: үндеріне баға беру, шуылдар, аорта тұсында 2 тонның акценті және қосарлануы.
 8. Аорта (аортаның қатпарлануына немесе аневризманың жыртылуы күдіктену) және бүйрек артериясының аускультациясы (олардың тарылуына күдіктену).
 9. Өкпе аускультациясы: екі жағынан әр түрлі калибрлі ылғалды сырылдар болуы.
 10. Көрудің нашарлауын, құсу, тырысу, стенокардия, еңтігуді болуды анықтау.
 11. Неврологиялық статусты зерттеу: есінің деңгейінің төмендеуі, көру нүктесінің ақауы, дисфагия, аяқ қолдарында қозғалыс қызметінің бұзылуы, статиканың және жүрістің бұзылуы, зәрді ұстамауы.
- 4. Иллюстрациялы материалдар:** Презентация
- 5. Әдебиет:** Соңғы бетті қараңыз
- 6. Бақылау сұрақтары (кері байланысы):**
- ГК анықтамасы және жіктемесі;
 - ГК этиологиясын, патогенезін және клиникасын білу;
 - түрлі ГК ерекшеленетін белгілері;
 - ГК негізгі симптомдары;
 - ГК жағдайында жедел және шұғыл жағдайларда медициналық көмек көрсетуде қолданылатын дәрілік заттар;

Дәріс № 9

1. **Тақырыбы:** Аллергиялық реакциялар кезіндегі жедел және шұғыл жағдайларда медициналық көмек. Анафилактикалық шок.
2. **Мақсаты:** Аллергия жағдайларын дифдиагностика жасауды және шұғыл жағдайларда медициналық көмек көрсетуді үйрену. Анафилактикалық шок, олардың алдын алуды және осындай науқастарға жедел және шұғыл жағдайларда медициналық көмек көрсету ерекшеліктерімен 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.

Ағымы - жедел басталады, артериалдық қысым тез үдемелі төмендейді, естен тану, тыныс жетіспеушілігі үдейді. Бұл ағымның ерекшелігі жүргізілген белсенді **шок**қа 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 еңтікпе, бас ауруы, жүрек тұсындағы ауырсыну, қорқыныш сезімі пайда болады. Тері жабындары бозарған, цианозды. Тыныс алуы қиындаған, құрғақ сырылдар тыныс шығару соңында. Беттің немесе дененің басқа бөліктерінің ангионевротикалық ісігі дамуы мүмкін. Жедел тыныс жетіспеушілігі үдеген

O'NTUSTIK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SKMA -1979-	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Шұғыл медицина және мейіргер ісі кафедрасы	Дәріс кешені	044-57/ () 21 беттің 17беті

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. Иллюстрациялы материалдар: Презентация

5. Әдебиет: Соңғы бетті қараңыз

6. Бақылау сұрақтары (кері байланысы):

- Аллергия жағдайлары
- анафилаксияның кезеңдері;
- анафилактикалық шоктың түрлері;
- аллергия жағдайлары;
- «шок» түсінігі;
- АШ клиникасы, түрлері;

Дәріс № 10

1.Тақырыбы: Естен тану және коллапс кезіндегі жедел және шұғыл жағдайларда медициналық көмек

2.Мақсаты: Жәбірленушілерде және кенеттен ауырғандарда естің бұзылуының негізгі түрлерін оқып-білу, науқастарға немесе жәбірленушіленгі шұғыл көмек көрсетудің жалпы принциптерін талқылау. Қарапайым клиникалық белгілеріне қарай естен тану, коллапсты ажырата білу, клиникалық симптоматикаларын ажыратып, бұндай науқастарға біріншілік көмек көрсету ережелерін білу.

3. Дәріс тезистері:

Коллапс кезіндегі дәрігерге дейінгі көмек көрсету

Талықсыған кезде қан айналымын жақсартатын, әсіресе қанның басқа келуі үшін шаралар қолданылады. Сондықтан сырқатты басын сәл түсіріп, етпегінен жатқызады. Белбеуді босатып, көйлектің жағасының түймесін ағытады; таза ауа ағынымен қамтамасыз етеді, мүсәтір спиртіні қолданады. Ауру сабасына түскен кезде ыстық сусын, бірнеше тамшы арақ ішкізген дұрыс.

Тамырлардың соғысын арттыру үшін теріге 1% -1мл мезатон, 25%-2мл кордиамин, 5% -1 мл эфедрин, 0,1%-1мл адреналин, 10%-1мл кофеин енгізеді. Осы шаралардың бәрін кез-

O'NTÜSTİK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SKMA -1979-	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Шұғыл медицина және мейіргер ісі кафедрасы	Дәріс кешені	044-57/ () 21 беттің 18беті

келген жағдайда жүргізуге болады. Тамырлары қатты таралған сырқаттарды шұғыл көмек көрсеткеннен кейін кешіктірмей ауруханаға апарлады.

Коллапс салдарынан туындаған ауыр жағдайда жүректің сыртынан ысқылайды (жүрек тұсындағы кеуде клеткаларын ырғақпен қысады) және «ауызға-ауыз» тәсілімен жасанды тыныс алдырады.

Жарақаттан естен тану туралы түсінік

Жарақаттың, күйіктің, үсіктің ауыр салдары естен тану болып табылады.

Естен тану-орталық нерв жүйесі қызметінің күрт нашарлауы нәтижесінде дамып, организмнің барлық жүйесі қызметінің тоқтауына алып келетін ауыр жағдай.

Естен тану қатты ауру кезіндегі тітіркеністен пайда болады. Сүйектің зақымдануынан болған жұмсақ ұлпалардың үлкен көлемде мылжалануынан, жаншылуынан, күюден болған қатты жарақат. Әсіресе, қан көп кеткен кезде, дене суынғанда, қорыққанда, шектен тыс ойға шомғанда, сәулеге ұшырағанда, жұқпалы ауруларда жиі кездеседі.

Екі кезеңнен тұрады:

Бастапқы кезең. Өте қысқа мерзімде өтеді, мазасыздық жағдайы тән, сырқат бір орында тұрмайды, айғайлайды, бұл жағдайда сырқаттың бет әлпеті өзгереді, ерін көгереді тамыр соғысы жиілейді. Бұл кезең жедел екінші сатыға көшеді.

Екінші кезең. Орталық нерв жүйесі қызметінің әлсіреу басталады, көмек сұрамайды, есі толық болса да ол төңірегіндегілерге селқос, оның денесі суық, беті ағарған, тамыр соғысы әлсіз, дем алысы зорға білінеді, сұрақтарға жауап бермейді.

I дәреже - жәй естан тану. Ес сақталады, сырқат сұрақтарға дұрыс жауап береді, алайда әңгімеге құлқы жоқ. Тері мен көрінетін кілегейлі қабықтар бозарады. Дене температурасы қалыпты немесе сәл төмендейді. Көздің қарашығы үлкеймейді, жарықтан тітіркемейді. Тамырдың соғысы бірқалыпты, жиілігі минутына 100-110 соққы. Күре тамырлық қысым сынап бағанасы бойынша 110/65 мм. Тыныс алу бір қалыпты, терең, кейде жиілейді.

II дәреже - қатты естан тану. Жағдай ауыр. Ес сақталады, алайда зардап шегушінің қоршаған ортаға құлқы жоқ. Сыртқы әлем әсерін әлсіз сезінеді көздің қарашығы тарылған, жарықтан әлсіз тітіркенеді. Рефлекстердің барлық түрлері төмендетілген. Тері сұрғылт түске еніп бозарып ақшылданады, ұстаған кезде салқын, дене температурасы төмендеген. Тамыр соғысы жиі, жүректің ырғағы баяу естіледі. Күре тамырлық қысым сынап бағанасы бойынша 70/40 мм. Тыныс алу күшейіп, жиілей түседі.

III дәреже - өте ауыр жағдай. Зардап шегушінің мүлдем есі жоқ. Тері бозарады, суық, салқан тері шып-шып шығады. Көздің қарашығы үлкейеді, жарықтан мүлдем тітіркенбейді, Күре тамырлық қан қысымы анықталмайды, тамырдың соғысы байқалмайды, тыныс алу бірқалыпты емес. Дененің құрысуы мүмкін.

Естен тануға қарсы шаралар

Есінен айырылған адамдар алғашқы медициналық көмекті қажетсінеді. Зардап шегушіні ауыратын жерлері бөгде затқа тимейтіндей етіп жатқызады. Оларға мүмкіндік болса, ауыртпайтын дәрі – дәрмек: промедол, морфин, аналгин 5%-2мм ертінді, олар болмаса 0,5 г аналгин, 0,1г кофеин, кордиамин егеді, есінен тануға әсер еткен себепті жояды, үстінен жылы киім жабады. Егер зардап шегушінің ішінен жарақат жоқ болса, оған ыстық шәй ішкізеді, арақ немесе басқа да спирт ішімдігін береді.

4. Иллюстрациялы материал: Презентация

5. Әдебиет:

Негізгі:

1. Каныбеков А. Жедел медициналық жәрдем. Оқулық. "Sky Systems"2017

O'NTUSTIK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SKMA -1979-	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Шұғыл медицина және мейіргер ісі кафедрасы	044-57/ ()	21 бетің 19беті
Дәріс кешені		

2. Алпысова А.Р., Молодовская Н.А. Ауруханаға дейінгі кезеңде жедел көмек көрсету алгоритмдері. Алгоритмы оказания неотложной помощи на догоспитальном этапе». Оқу құралы. "Sky Systems
3. Мейірбикелік дағдылар оқулық / А. Қаныбеков – Алматы : Эверо, 2016. – 476 б. с.
4. Алпысова А.Р. Неотложные состояния в практике врача скорой помощи. Уч.мет.пос. "Sky Systems" 2019
5. Омарова В.А. Омарова Т.Р. Неотложные состояния в клинике внутренних болезней: учебное пособие. "Sky Systems" 2018
6. Тұрланов, Қ. М. Жедел медициналық жәрдем/ Қ. М. Тұрланов, С. А. Қалқабаева. – 2-ші бас., толықт. және өңд. - Алматы : Эверо, 2014. – 444 с.
7. 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
8. 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.
9. 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:

1. Алпысова А.Р. Диагностика және жедел медициналық көмек көрсету алгоритмдері. Algorithm of diagnosis and emergency care. Оқу-әдістемелік құрал. "Sky Systems"
2. Алпысова А.Р. Неотложные состояния в практике врача скорой помощи. Уч.мет.пос. "Sky Systems" 2019
3. 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.
4. Алпысова, А. Р. Неотложные состояния в практике врача скорой помощи : учебно-методическое пособие / А. Р. Алпысова. – Караганда : АҚНҰР, 2016. – 176 с.
5. 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.
6. 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.
7. Қарқынды емдеу бөлімшесінің мейіргері: практикалық нұсқаулық / Ред. В. Л. Кассиль., қаз. тіліне ауд. У. Е. Ибраев. – М. : ГЭОТАР – Медиа, 2016. – 312 бет ил.
8. Скорая медицинская помощь: национальное руководство / Российское общество скорой медицинской помощи ; под ред. С. Ф. Багненко и др. – М. : ГЭОТАР – Медиа, 2015. – 888 с. : ил.

Электрондық басылымдар:

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SKMA -1979-	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Шұғыл медицина және мейіргер ісі кафедрасы	Дәріс кешені	044-57/ () 21 беттің 20беті

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.
2. Айламазян, Э. К. Неотложная помощь в акушерстве [Электронный ресурс] : руководство для врачей / Э. К. Айламазян. - 5-е изд., перераб. и доп. - Электрон.текстовые дан. (43,1Мб). - М. : ГЭОТАР - Медиа, 2017. - 12298.00 Тг.
3. Первичная медико - санитарная помощь как приоритет в системе здравоохранения [Электронный ресурс] : лекционный комплекс / ЮКГФА. Кафедра: "Общественное здравоохранение - 1". - Электрон.текстовые дан. - Шымкент : [б. и.], 2015. - эл. опт.диск (CD-ROM) (291Кб).
4. Сейдахметова, А. А. Паллиативтік көмек [Электронный ресурс] : оқу құралы / А. А. Сейдахметова. - Электрон.текстовые дан. (702Мб). - Шымкент : [б. и.], 2016. - эл. опт.диск (CD-ROM).
5. Ауруханаға дейінгі кезеңде жедел көмек көрсету алгоритмі / алгоритмы оказания неотложной помощи на догоспитальном этапе.Алпысова А.Р., Молодовская Н.В. , 2015 / <https://www.aknurpress.kz/reader/web/1352>
6. Жедел медициналық жәрдем.Қаныбеков А. , 2017/
<https://www.aknurpress.kz/reader/web/1346>
7. Диагностика және жедел медициналық көмек көрсету алгоритмі / algorithm of diagnosis and emergency care/ Алпысова А.Р. , 2015/
<https://www.aknurpress.kz/reader/web/1142>
8. Арынгазин, К.Ш., Мажимова, М.Б.Первая доврачебная помощь при несчастных случаях : Учебно-методическое пособие. / Сост. К. Ш. Арынгазин. - Павлодар: Кереку, 2013. - 73 с.<http://rmebrk.kz/>
9. ДубицкийА.А. Скорая медицинская помощь и тактика ведения больных при неврологических заболеваниях. Алматы, издательство Эверо -2020.- 172 с. https://elib.kz/ru/search/read_book/2921/
10. Аканов А.А.Первичная медико-санитарная помощь. Часть I. Анализ ПМСП развитых странмира/А.А. Аканов, Т.С. Мейманалиев. – Алматы: идательство «Эверо», 2020 – 212 с.https://www.elib.kz/ru/search/read_book/135/
11. Аканов А.А.Первичная медико-санитарная помощь. Часть II. Анализ ПМСП Казахстана /А.А. Аканов, Т.С. Мейманалиев. – Алматы: идательство «Эверо», 2020 – 108 с.https://www.elib.kz/ru/search/read_book/138/
12. Каныбеков А.Сестринские технологии / Авторский коллектив А. Каныбеков,В.М. Ячменев, Е.Г. Жахметов, Ж. Каныбекова – Алматы:Эверо, 2020 - 304 с.https://www.elib.kz/ru/search/read_book/842/

Электрондық ресурстар:

- Электронная библиотека ЮКМА - <https://e-lib.skma.edu.kz/genres>
- Республиканская межвузовская электронная библиотека (РМЭБ) – <http://rmebrk.kz/>
- Цифровая библиотека «Аknurpress» -<https://www.aknurpress.kz/>
- Электронная библиотека «Эпиграф» - <http://www.elib.kz/>
- Эпиграф - портал мультимедийных учебников<https://mbook.kz/ru/index/>
- ЭБС IPR SMART<https://www.iprbookshop.ru/auth>
- информационно-правовая система «Заң» - <https://zan.kz/ru>
- Cochrane Library - <https://www.cochranelibrary.com/>

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SKMA -1979-	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Шұғыл медицина және мейіргер ісі кафедрасы Дәріс кешені	044-57/ () 21 беттің 21беті	

6. Бақылау сұрақтары (кері байланысы):

- Естен тану және коллапс объективті және субъективті көрсеткіштерді;
- Естен тану және коллапстың негізгі симптомдары:
- есті жоғалтудың клиникалық белгілері;
- естің бұзылуына алып келетін аурулармен зақымданулардың негізгі сипаттамалары;
- естен тану, коллапс жағдайларының дифдиагностикасы, клиникасы, дәрігергі дейінгі шұғыл көмектің ауқымы;
- ес-түссіз жағдайдағы науқасты тасымалдаудың ерекшеліктері.