

ОНТУСТІК ҚАЗАҚСТАН МЕДИЦИНА АКАДЕМИЯСЫ «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»	
«Клиникалық пәндер» кафедрасы	Әдістемелік нұсқаулық	044-67/11

«Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ
жаңындағы медицина колледжі

Әдістемелік нұсқаулық

АП 15 СД 15 «Хирургиялық аурулар (оториноларингология, офтальмология курсы бар)»

Мамандығы: 0301000 «Емдеу ісі»

Бліктілігі: 0301013 «Фельдшер»

Курс: 3/4

Семестр: 5/7

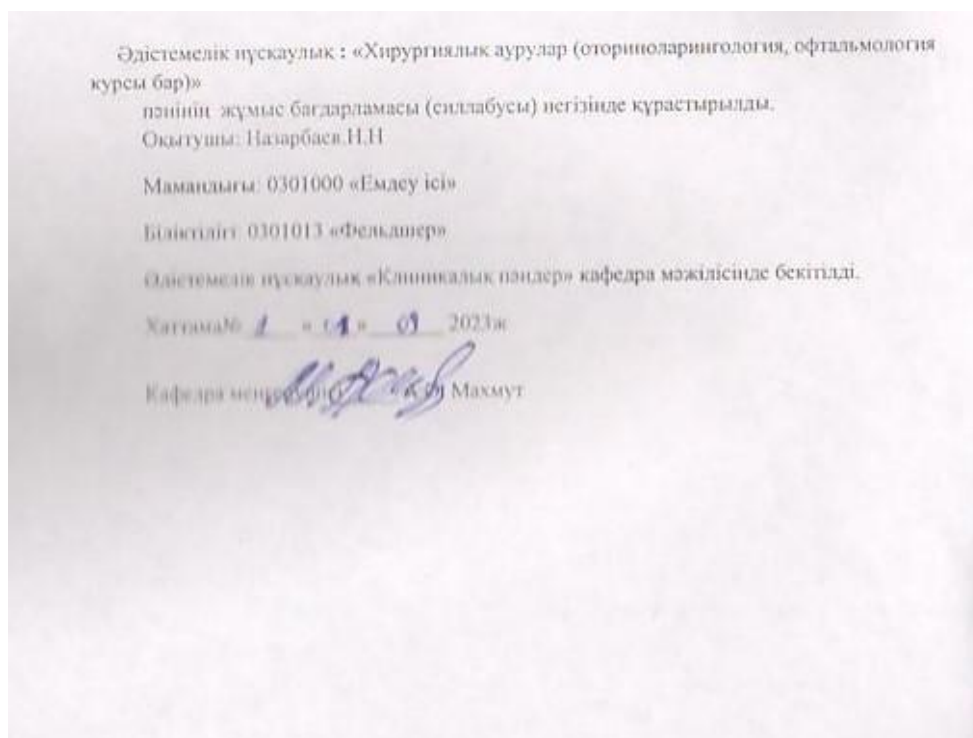
Жалпы еңбек сыйымдылығы барлық сағат/кредиттер КЗ: 4/96

Аудитория: 12

Симуляция: 84

Шымкент 2023 ж.

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Клиникалық пәндер» кафедрасы		044-67/11
Әдістемелік нұсқаулық		54беттің 1 беті



ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Клиникалық пәндер» кафедрасы		044-67/11
Әдістемелік нұсқаулық		54беттің 1 беті

1- сабақ

5.1. Сабақтың тақырыбы. Хирургияға кіріспе. ҚР хирургиялық көмекті ұйымдастыру.

5.2. Сабақтың мақсаты: оқушыларға хирургияда дәрігерге дейінгі көмек көрсетудің теориялық және тәжірибелік дағдыларын үйрету.

5.3. Пәннің міндеттері:

- оқушыларға хирургиялық көмек көрсететін жағдайлармен таныстыру;
- емдік мекемелерінде және үйде науқасқа хирургияның теориялық және тәжірибелік негіздерін үйрету;
- кәсіптік этика және деонтология процесстерін үйрету;
- хирургиялық шаралармен таныстыру және үйрету;
- хирургиялық жағдайда науқасқа дәрігерге дейінгі көрсетілетін көмек дағдыларын үйрету.

5.4. Тақырыптың негізгі сұрақтары.

1. Хирургиялық науқастарды тексеру әдістері
2. Клиникалық зерттеу әдістері туралы (жоспар бойынша ауру тарихы)
3. Жалпы клиникалық тексеру. Визуалды тексеру.
4. Дене мүшелерін немесе бөліктерін өлшеу (пальпация, перкуссия, аускультация)
5. Зертханалық зерттеулер, гистологич., цитологич., ОАК, қанның биохимиялық талдауы, зәрдің жалпы талдауы, иммунолог., микробиолог.

Хирургия тарихы

Қазақ жеріне Ресейден бірінші болып 1832 жылы Александр Андреевич Сергачев дейтін дәрігер келіпті. Оның орнына келген Василий Евланов деген дәрігер 15 кісіге шақталған орны бар кішігірім аурухана ашыпты. Қылшаға қарсы күрес жүргізе алатын мамандардың бірі болып Абдул-Халық Юсупов молданың есімі аталса, Хайрулла Бараев деген қазақ жігіті үш жыл ішінде 109 балаға екпе жасапты. 1867-1868 жылдары қазақ жеріндегі әрбір уездің уездік дәрігерлерін, фельдшерлері мен акушерлерді патша өкіметі тағайындап отырған. 1880 жылы Омбы қаласындағы фельдшерлік мектепті 5 қазақ жігіті бітіріп, фельдшер деген атақ алып шыққан еді. Әміре Айтбакин деген қазақ жігіті 1894 жылы Томск қаласындағы медициналық оқу орнын бітіріп, тұңғыш қазақ дәрігері деген атақпен еліне оралады. Ұлы Қазан төңкерісіне дейін Қазақстан жерінде дәрігерлік жоғары білімі бар 23 қазақ болды. Осылардың көбі кейін советтік медицинаның алға басуына белсене қатысты. Мысалы , дәрігер С.Д Асфендияров партия кеңес қызметіне жан аямай еңбек етіп, Алматыда Қазақстанның тұңғыш медицина институтының қабырғасын Қусепқалиев, Х.Х. Досмухамедов, А.Ю.Ниязов, Т.Қасаболатов, М.М. Шомбалов сияқты

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ  SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»	
«Клиникалық пәндер» кафедрасы	044-67/11
Әдістемелік нұсқаулық	546беттің 1 беті

азаматтар еңбек етіп қоймай, төңкеріс ісіне де белсене қатынасқаны белгілі. Төңкерістен кейінгі жылдары бүкіл Қазақстан жерінде медициналық көмек көрсету ісі төмендегі цифрлардан көрінеді. 1903 жылы Қазақстан бойынша 528 орынды 48 аурухана болса, 1914 жылы 1800 орынды 96 ауруханаға жетті. Бұлардың көбі ірі қалаларда орналасқан. Жалпы дәрігерлердің саны -196 болса, орта дәрежелі медициналық қызметкерлер саны -300-ге жеткен. 1917 жылы Қазақстан жерін мекендеген халықтың саны 5 миллион 600 мың адам болса, оларды емдеуге 244 дәрігер, 393 фельдшер мен акушерлер, 98 аурухана қызмет еткен. 1919 жылғы шілде айының 10-шы жұлдызында В.И. Ленин Қырғыз (Қазақ) өлкесін басқару үшін Революциялық комитет құру туралы тарихи декретке қол қойды. Осы ревкомның қаулысы бойынша Қырғызстанның (Қазақстанның) денсаулық сақтау бөлімі құрылып, оның бастығы ретінде Ольга Николаевна Шишкина деген дәрігер тағайындалды. Қырғыз (Қазақ) Автономиялық Кеңес Социалистік Республикасы құрылысын деген тарихи декретке 1920 жылғы тамыз айының 26-шы жұлдызында В.И. Ленин мен М.И. Калинин қол қойды. Осы декрет бойынша Денсаулық сақтау ісінің халық Сергеевич Шамов тағайындалды. 1921 жылғы мамырдың 15-ші жұлдызы күні денсаулық сақтау қызметкерлерінің Бүкіл қазақстандық тұңғыш съезі ашылды. Денсаулық сақтау ісінің жаңаша дамуымен байланысты республикамызда өлгендердің саны азайып, өмірге келушілердің мөлшері арта бастады. Әрбір 1000 адамға шаққанда қосылып отырған адам мөлшері 1938 жылы -16,5% болса, 1940 жылы бұл көрсеткіш - 19,5%-ке жетті. Қазақстан жерінің түкпір-түкпірінде тұратын халықтың денсаулығын жақсарту үшін дәрігерлер, ауруханалар көптеп керек болды. Сол себептен 1931 жылы Алматы қаласында медицина институты ашылды, 1940 жылы оны 535 дәрігер бітіріп шықты, оның 118-і қазақ. Осы институттың қабырғасында 1935-1940 жылдары 10 адам медицина ғылымының докторы, 19 адам медицина ғылымының кандидаты деген ғылыми атаққа ие болу үшін диссертациялар қорғады. Көптеген майданнан оралған хирургтер, атап айтқанда, Михаил Иванович Брякин, Татьяна Павловна Денягина, Әкрам Сәлімұлы Ыдырысов, Алмағамбет Бекішұлы Дайыров, Г.Е. Вознесенский, доцент К.И. Ыбраев, Х.д. Гайсин, Н.С. Сулейменов, М.Т. Мәткәрімов, тағы басқалары кейінірек республика және одақ бойынша атағы шыққан профессорлар болды. Соғыс жылдары көптеген госпитальдар көшірілгені мәлім. Сондай мекемелерде терең білімімен, дәрігерлік шеберлігімен, адамгершілігімен көзге түскендер: А.Н.Сызғанов, В.И. Зюзин, Х.А. Барлыбаев, Б.А. Алалыкин, М.К. Тілеуғабылов, С.И.Телятников, Р.А. Сәтпаева, Х.Е. Мырзалиева, Г.Н. Удинцев, И.С. Баккал, А.П. Полосухин, В.В. Зикеев және басқалары. Соғыс жылдары республикамызда медицина саласында ғылыми-зерттеу жұмыстары тоқтаған жоқ. Зерттеу жұмыстары жаралы жауынгерлердің, соғыс мүгедектерінің денсаулығын қалпына келтіру қамына қарай бағытталып отырды: 1944-1945 жылдары Қазақ ССР Ғылыми академиясының жанынан өлкелік патология Ғылыми-зерттеу институты, физиология институты, эксперименттік хирургия ғылыми-зерттеу институты ашылды. соғыс үйленіп аяқталып, тың көшуден кейінгі жылдары Қазақстанда ірі каналдарында: Семейде (1950), Қарағандыда (1964), Ақмолада (1967), Ақтөбеде (1953) медицина институты ашылды,

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ  SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»	
«Клиникалық пәндер» кафедрасы	044-67/11
Әдістемелік нұсқаулық	546беттің 1 беті

хирургтарды саны - 1950 жылмен салғанда 1966 жылы 44-тен 1578-ге дейін, акушергинеколог гинекологтар 391-ден 1317-ге, травматолог пен ортопедтер саны 11-ден 158-ге, урологтар саны 7-ден 131-ге, онкологтар саны 15 - тен 22-ге, кулак, Мурын, комей ауруларын емдейтінгерлер саны 76-дан 406-ға, ешкі дарирлерін саны 117-ден 465-ге ке дейін ОСІН еді. 1963 жылы алматы қаласында дарирлерді мамандықтарын жетілдіру институттары ашылды, 1934 жылы Алматы медицина институтында Жалпы хирургия кафедралары курылды, кафедралар куруга және сонадан эрі эзірлеу кушин салган александр николаевич Сызғанов еді. 1961 жылға дейін кафедра менгерушісі болып келген александр николаевич хирургия саласындағы ашқанжандары үшін келе-келе академик атын алды, сонан сон кафедраны 1981 жылға дейін А. н.сызғановтын шәкіргі профессор Қожахмет шуақұлы Шуақов басқарып келді. бұл кіші зейнеткерлікке шық Каннан сон орнына келген В.Л. головачев алты жылдай снбек етті. алматы медицина институтының Жалпы хирургия кафедрасын менгерушісі болып табылады, онда медицина ғылымдарының докторы, профессор Қалыбек дурманұлы дурманов белсене қызмет аткарып жур.

5.5. Оқыту және оқыту әдістері (шағын топтар, пікірталастар, ситуациялық есептер, жұппен жұмыс, презентациялар, кейс-стади және т.б.).

5.6. Әдебиет. Соңғы бетте

5.7. Бақылау (сұрақтар, тесттер, тапсырмалар және т. б.)

Ситуациялық есеп:

1.35 жастағы ер адам іштің ауырсынуына шағымданған аурухананың қабылдау бөліміне жеткізілді. Шамамен 8с бұрын ұрып-соғып, белгісіз. Орташа ауырлық жағдайы. Тамыр соғуыминутына 104 соққы, артериялық қысымы-120/80мм. рт.өнер. тіл құрғақ, құрғақ. Іштің алдыңғы қабырғасы тыныс алу актісіне қатыспайды, шиеленіседі. Іші ауырады, төменгі бөлімдерде көбірек. Бауыр түтігі сақталады. Щеткин-Блумберг симптомы оң. Бір әлсіз перистальтикалық шу естіледі. Қан анализі: лейкоциттер-16.4x10⁹ л, таяқша ядролық нейтрофилдер-8%. Ерекшеліктері жоқ зәр анализі. Науқастың отырған жағдайындағы іштің шолу рентгенограммасында диафрагма күмбезінің астындағы бос газ анықталмайды. Ма деген сөздер алып тасталсын зардап шегуші алшақтық талшығын органының? Емдеу тактикасы қандай болуы керек?

2- сабақ

5.1. Сабақтың тақырыбы. Хирургиялық инфекцияның алдын- алу. Асептика.Антисептика және залалсыздандыру әдістері.

5.2. Сабақтың мақсаты: оқушыларға хирургияда дәрігерге дейінгі көмек көрсетудің теориялық және тәжірибелік дағдыларын үйрету.

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Клиникалық пәндер» кафедрасы		044-67/11
Әдістемелік нұсқаулық		546беттің 1 беті

5.3. Пәннің міндеттері:

- оқушыларға хирургиялық көмек көрсететін жағдайлармен таныстыру;
- емдік мекемелерінде және үйде науқасқа хирургияның теориялық және тәжірибелік негіздерін үйрету;
- кәсіптік этика және деонтология процесстерін үйрету;
- хирургиялық шаралармен таныстыру және үйрету;
- хирургиялық жағдайда науқасқа дәрігерге дейінгі көрсетілетін көмек дағдыларын үйрету.

5.4. Тақырыптың негізгі сұрақтары.

- Емдеу - алдын алу мекемелерінің жұмысының принциптері;
- Қабылдау және хирургия бөлімінің құрылымы, жұмысы;
- Операция бөлімінің және емханадағы хирург бөлмесінің жабдықталуы;
- Операция және хирургия бөлімінің санитарлы-эпидемиологиялық тәртібі;
- Инфекцияның ену жолдары және алдын алу шаралары;
- Зарарсыздандыру тәсілдері;
- Асептика даму тарихы;
- Жараны эндогенді инфекциялануын ескерту.

Асептика-инфекциялардың жарақатқа түсуінің алдын алу шаралары. Инфекцияның таралуының екі жолы ажыратылады: эндогенді және экзогенді.

1 .Инфекцияның экзоген тарқалу жолы:

А) ауа арқылы (ауа инфекциясы)

Б) сұйықтық тамшы жарақатқа микроскопик бөлекшелер күйінде (сөйлегенде, жетелгенде, шүкіргенде)

В) контакты инфекция жарақатқа-тігу материалдарымен, дренаждармен,жарақатта естен шығып қалдырылған бөгде заттармен, аспаптармен.

II Эндоген жолмен ілгеріден организмде бар инфекцияның ота жасалғаннан кейін қан немесе лимфа жүйесімен тарқалуы

Фюрбрингер әдісі-ілгері әдістен ерекшелігі 96 -спирт орнына 70° спиртпен 3 минут өңдейді. Фюрбрингер алғаш сулеманың 5:1000 ерітіндісімен өңдеуді кіргізген. Кейінгі кездерде қолданылып жатқан дәрілерге: а) С-4 ерітіндісі немесе Первомур. Қолды 1-2минут өңдейді. б) Гибинат-хлоргексидин биглюконат ерітпесі (20% хлоргексидин биглюконаты 70 спиртпен 1:40 қатынасында араластырады). Қолды тазартып жуғаннан кейін осы антисептикпен 2-3минут өңдейді. в) Йод препараттары - йодиол,йодонат, йодопирон; г) Роккал д) дегмин, деоцид, дегмацид-құрамында сынап бар препараттар(улы заттар). Қолды жуудың ерекшеліктері бар. Қолды щеткамен жуғанда ағын су қолданылады: Ілгері білекті, алақанды ылғалдайды, кейін стерилденген щеткаға сабын жағып көпіртіп алақан, қолдың сырты,бармақтардың ұшы, тырнақтар бармақ аралығы кейін жоғарғы үштігіне дейін жуылады. Жуу аяқталғаннан кейін білек жарым бүгілген

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ  SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»	
«Клиникалық пәндер» кафедрасы	044-67/11
Әдістемелік нұсқаулық	546беттің 1 беті

жағдайда, бармақтарды жоғары ұстау қажет. Операцион майданын даярлау. Операцион майданы Филончиков әдісімен өңделеді, 10% -йод тұнбасымен 5-10 минут ішінде 2 рет өңделеді, кейін теріні тірілтуден ілгері, жараға тігіс қоядан ілгері және тігіс қойылғаннан соң жас балаларда 1-бриллиант жасылы қолданылады. Баккал әдісі бойынша. Тігу материалдарын стерилизациялау. Жібектен даярланған сабақты Кохер әдісімен стерилизациялайды-ол 5 - кезеңнен тұрады: 1-кезең механикалық тазалау. Жіп түйіндерін сабындап ыстық суда жуып, су таза болғанша жуған. Стерил сүлгімен құрғатады да, шиши катушкаларға орайды. 2 кезең - 24 сағат Эфирге салып майсыздандырады. 3 кезең-катайтыру және стерилизация. Бұл үшін маска, стерил қолқап киіп, пинцетпен катушкаларды қайнап тұрған сулама ерітіндісінде 2 минут қайнатылады. Кейін аузы бекітілетін банкаларда 96° спиртте сақтайды. 2 күннен кейін бактерияға тексереді, егерде жауабы сол болса жіпті қолдану мүмкін. Қайта сынап тексеру әр 10 күнде қайталанады. Банкаға жіптің номері, тексерілген күні жауабы жазылады. Персин әдісі. Антисептик есебінде қояды. Диоцидтің 1:1000 ерітіндісінде 24 сағатқа қояды. Кейін 1:5000 ерітіндісінде сақтайды. Ат қылын стерилизациялау. Ат қылы негізінен мойында, бетте пластика ота жасағанда қолданылады. Ат қылын тазалауға стерилизациялауға коп коніл бөлінеді, себебі ат қылы беткейінде ірін шакырушы микроорганизмдермен бірге анаэроб инфекцияда болады. Ат қылын даярлау әдісі 5 - кезеңнен тұрады: 1-кезең механикалық өңдеу-жуатын заттармен жаксылап кайтара жуылған судағы көбіктін рені таза болғанша жуу. 2-кезең майсыздандыру - қылдарды бөліп, өріп бензинде сақтау 7-таулік 3 - кезең стерилизациялау дистилляцияланған суда 40 минут қайнату, бояу жоғалғанша суды өзгертіп тұру 4-кезең қылды стерил сүлгімен курғатады да 7 - таулікке 96 спиртте сақтайды 5-кезең кейін 96 спиртті баска банкаға салып сақтайды Стерилдігіне әр 10 күнде тексеріліп спирт ауыстырылады.

Кетгутты стерилизациялау.

Кетгут - сорылатын жіп, қойдың ішегінің сероз булшық ет кабаттарынан даярланады. Кетгут Ситковский әдісі бойынша йод буында стерилизацияланады. 4 - кезеңнен тұрады: **1-кезең** - майсыздандыру кетгутты эфирде 24 сағат сақтайды **2 - кезең** - кейінгі кезеңдерді операционныйда стерил жағдайда өткізіледі. Белшектеген сабактарды боялмаған сулеманың 1:10000 ерітіндісімен сүртеді. **3-кезең** йод буы жеңіл сінуі үшін 2% калий йод ерітіндісін сіндіреді. Кетгут жібінің қалыңдығына сәйкес көрсетілген ерітіндіге 30С - 1,2,4 минут сақтайды. **4 кезең** йод буымен стерилизациялайды. Кетгут жібін денгелетіп орап жуан сабактарға байлай ауызды тығындалатын банкіге 60-70 мм тубіне йод кристалы салынады 3 литрлікке 30 г есебінде алынады. Банкі тығындалып стерил салфеткамен оралады. Кетгутті бактериал сынақ сол нәтиже бергенде қолдануға рұқсат беріледі. Губарев әдісі - кен таралған стерилизация. Люгольдің спиртті ерітіндісінде өткізіледі. 3-кезеңнен тұрады: 1 кезең - майсыздандыру, оралған кетгутті 12-24 сағат эфирде сақтайды. 2 кезең - эфирді төгіп Люгольдің спиртті ерітіндісі қуылады. Кетгут сабағының қалыңдығына сәйкес 8-10 таулік сақтайды. Сұйықтың кетгут жіптерінен >-3 см жоғары болуы қажет. 3 кезең

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Клиникалық пәндер» кафедрасы		044-67/11
Әдістемелік нұсқаулық		54беттің 1 беті

істетілген Люголь ерітіндісін төгіп жанартады. 8-10 сақтап, бактериологик сынақ сол нәтиже берсе істету мүмкін. Таяр кетгут Люголь ерітіндісінде сақталады, әр 8-10 таулікте өзгеріп тұрады.

5.5. Оқыту және оқыту әдістері (шағын топтар, пікірталастар, ситуациялық есептер, жұппен жұмыс, презентациялар, кейс-стади және т.б.).

5.6. Әдебиет. Соңғы бетте

5.7. Бақылау (сұрақтар, тесттер, тапсырмалар және т. б.)

Тест сұрақтары:

1. Хирург қолын С-4 ерітіндісімен залалсыздандыру уақыты:

- A. 1 мин.
- B. 2 мин.
- C. 3 мин.
- D. 5 мин.
- E. 10 мин.

2. Ауа инфекциясының алдын-алу шарасына жатпайды:

- A. операция жасайтын алаңын өңдеу
- B. бактерицидті лампа
- C. желдету
- D. бетперде тағу
- E. бахила, қалпақ кию

3. Операция жасайтын аймақты ... әдісімен залалсыздандырады.

- A. Гроссих-Филончик
- B. Лукашевич-Оберст
- C. Спасокукоцкий - Кочергин
- D. Альфельд
- E. Флюорбрингер

4. Химиялық және антибактериальді дәрі дәрмектерді жарадағы іріңмен күресу ... үшін қолданады.

- A. емдік-алдын алу
- B. имуноды нығайту
- C. дезинтоксикацилау
- D. имуноды қалыптастру
- E. детоксикацилау

5. Операция бөлімшесінде ... қолданылмайды.

- A. арнайы жинау
- B. таңертеңгілік жинау
- C. ағымды жинау
- D. күнделікті жұмыс соңында жинау

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Клиникалық пәндер» кафедрасы		044-67/11
Әдістемелік нұсқаулық		546беттің 1 беті

- Е. отаудан кейінгі жинау
6. Антисептика түріне жатпайды:
- А. термиялық
 - В. механикалық
 - С. физикалық
 - Д. химиялық
 - Е. биологиялық
7. Антисептиканың негізін қалаушы ғалым:
- А. Д. Листер
 - В. М.Я. Преображенский
 - С. А.А. Чаруковский
 - Д. Бергманн
 - Е. Субботин
8. Антибиотиктерді қабылдаған кездегі болатын асқыну:
- А. дисбактериоз
 - В. пневмония
 - С. паротит
 - Д. плеври
 - Е. перитонит
9. Протеолиттік фермент:
- А. Трипсин
 - В. Декарис
 - С. Тимолин
 - Д. Ритмилен
 - Е. Кевзол
10. Физикалық антисептика әдісі:
- А. жараны жуу, түтікшелеу
 - В. жараны біріншілік хирургиялық өңдеу
 - С. қан құю
 - Д. өлген тіндерді алып тастау
 - Е. антибиотиктерді енгізу

Ситуациялық есеп: №1. Медбике іріңді операциядан кейін барлық құрал-саймандарды, скальпель, пышақ, тігіс және инъекция ижелерін алдымен ағынды суда, кейін бір сағат сода ерітіндісінде қайнатты. Медбикенің іс-әрекеті дұрыс па?

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Клиникалық пәндер» кафедрасы		044-67/11
Әдістемелік нұсқаулық		546беттің 1 беті

3- сабақ

5.1. Сабақтың тақырыбы. Хирургиялық операциялар.

5.2. Сабақтың мақсаты: оқушыларға хирургияда дәрігерге дейінгі көмек көрсетудің теориялық және тәжірибелік дағдыларын үйрету.

5.3. Пәннің міндеттері:

- оқушыларға хирургиялық көмек көрсететін жағдайлармен таныстыру;
- емдік мекемелерінде және үйде науқасқа хирургияның теориялық және тәжірибелік негіздерін үйрету;
- кәсіптік этика және деонтология процесстерін үйрету;
- хирургиялық шаралармен таныстыру және үйрету;

5.4. Тақырыптың негізгі сұрақтары.

- Операция түсінігі;
- Операция түрлері және этаптары;
- Операция көрсеткішін және қарсы көрсеткішін;
- Науқасты операцияға дайындау;
- Операциялық қалып;
- Оперативті көздеу, іс - әрекет.

Операция алдындағы кезең – науқас аурухананың хирургиялық бөлімшесіне түскен сәттен бастап операция басталғанға дейінгі кезең, оның барысында емдеуге бағытталған шаралар кешені жүргізіледі науқасты операцияға дайындау. Операция алдындағы кезең шартты түрде 2 кезеңге бөлінеді: диагностикалық және операция алдындағы дереу дайындық кезеңі. Операция алдындағы дайындықтың барлық шаралары негізінен хирургиялық араласу қаупін азайтуға және операциядан кейінгі ықтимал асқынулардың алдын алуға немесе оның ауырлығын азайтуға бағытталған. Сондай-ақ хирург, анестезиолог және басқа операцияға қатысушыларды оқытуды қарастырады, астында! операциялық блокты және хирургиялық аспаптарды жасау. Бүкіл операция алдындағы дайындықтың күрделілігіне, патологиялық процестің ерекшеліктеріне, операцияның жеделдігіне, п.п. ұзақтығына байланысты басқаша болады. Қазіргі хирургия тәжірибесінде төмендеу үрдісі байқалады Р.р.. ауруханаішілік инфекция қаупіне байланысты, әдетте онымен кеңінен қолданылатын антибиотиктер және онымен инфекция қаупі операция алдындағы науқастар. Кейбір жағдайларда операцияға жалпы дайындық, эндокринологияның мамандандырылған бөлімшелерінде жүргізіледі , кардиологиялық, емдік негіздемелер операция, дәрігер қысқаша эпикреция жасайды операцияның қажеттілігі оның сипаты мен анестезия түрін анықтайды. Және операция алдындағы қажетті кездесулерді жасайды.

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Клиникалық пәндер» кафедрасы	044-67/11	
Әдістемелік нұсқаулық	546беттің 1 беті	

Науқас операцияға келісімі туралы қолхат, операцияға келісімі туралы қолхат алады. Науқасты операцияға дайындаудың жалпы шаралары. Жүйке жүйесін дайындау. Операция алдында дерлік әрбір науқас жүйке кернеуі жағдайында болады. Әсіресе егде жастағы адамдарда аурудың сипатына байланысты ауырсынудан қорқу жүйке жүйесінің шамадан тыс кернеуіне әкелуі мүмкін, осыған байланысты оларда суық тер пайда болады. ауыздың құрғауы, гипердреналинемия және т.б. бір мезгілде профилактикалық хирургиялық шок және хирургиялық араласу кезінде мүмкін болатын бірқатар басқа да асқынулардың қызметін атқаратын осы құбылыстардың алдын алуды мұқият жүргізіңіз.

Хирургиялық бөлімшедегі жұмысты ойластырылған ұйымдастыру маңызды рөл атқарады, бұл операцияны күтіп тұрған пациенттердің оны жаңадан өткен үлкен адамдармен байланысын болдырмайды, оларды көру ыңқылдау, құсу, қанға малынған таңғыштар тудыруы мүмкін. қиын әсер. Анестезиолог тағайындаған анестезияға дейінгі дәрі-дәрмектің жүйке жүйесі үшін қорғаныстық мәні бар. Нәтижесінде жүйке кернеуі операция алдында бірден төмендейді, науқас түнде ұйықтайды, тыныштық күйі. Жүрек-тамыр жүйесін дайындау және қан құрамын қалыпқа келтіру. Жүрек-тамыр жүйесінің қалыпты белсенділігімен шағын және орташа операциялар науқастың арнайы дайындығынсыз орындалады. Жүрек-тамыр жүйесі функциясының органикалық өзгерістерсіз аздап әлсіреуі кезінде әдетте кордиаминді немесе жүрек гликозидтерінің бірін бірнеше күн бойы ішке және көктамыр ішіне тағайындау жеткілікті, бірақ 20-40 мл 40% глюкоза ерітіндісі бар. аскорбин қышқылының 3 мл 5% ерітіндісін қосу, үлкен операцияларға дайындық аталған әрекеттерді ұзағырақ орындауда көрінеді. Жүректің және қан тамырларының органикалық зақымдалуымен тиісті арнайы агенттер қосылады - гипотензивті, вазодилициялық, спазмолитикалық. Үлкен операциялар әдетте айтарлықтай қан жоғалтумен байланысты екенін ескере отырып, олардың алдында 200- 250 мл бір реттік немесе қайталанатын қан құйылады. Жоспарланған операциялар етеккір кезінде тағайындалмайды, өйткені оларда; қан кетудің жоғарылауы және организмнің биологиялық реактивтілігінің төмендеуі байқалады. Тромбоздың және эмболияның алдын алу үшін, әсіресе варикозды тамырлар, флебит немесе тромбофлебит және тазалаумен ауыратын науқастарда, сондай-ақ әдетте бейім адамдарда. Операция алдындағы кезеңдегі қарқынды терапияның негізгі міндеті болып табылады өмірлік маңызының бұзылуын барынша толық өтеуге қол жеткізу ағзаның функциялары мен жүйелері. Операция алдындағы дайындық мыналарды қамтиды: психологиялық дайындық; өмірлік маңызды органдарды дайындау (CVS, DS, MVS және т.б.), гомеостаз жүйелерінің бұзылуын түзету; операцияға арнайы дайындық (ішек тазалау және т.б.); тікелей дайындық: - хирургиялық алаңды алдын ала дайындау; - бос асқазан - қуық бос - премедикация. Науқасты тыныштандыруға, операцияның қолайлы нәтижесіне сенімін оятуға бағытталған психологиялық дайындық қажет. Науқас операцияның бұлтартпастығын және оны орындау қажеттілігін түсіндіруі керек (жоспарланған операциялар үшін седативтер бір күн бұрын тағайындалады). Операциядан 30 минут бұрын науқасқа есірткі заттары кіретін

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Клиникалық пәндер» кафедрасы	044-67/11	
Әдістемелік нұсқаулық	54беттің 1 беті	

премедикация беріледі. Өмірлік маңызды органдар мен жүйелерді дайындау маңызды. Өмірлік бұзылыстарды өтеуге қол жеткізу қажет ағзаның функциялары мен жүйелері. Бұзушылықтарды ғана емес өтеу керек негізгі хирургиялық аурумен байланысты органдар мен жүйелердің функционалдық жағдайы, сонымен қатар әртүрлі қатар жүретін аурулар (тыныс алу, қан айналымы, бауыр, бүйрек). Функцияның мүмкін болатын толық өтеміне қол жеткізу мәселесі әлі де бар тіпті шұғыл (шұғыл) хирургиялық араласуға байланысты уақыт қысымы жағдайында. Бұл ретте барлық бұзушылықтар бір мезгілде түзетілуі керек. Операция алдындағы дайындық адекватты, қарқынды және болуы керек мүмкіндігінше қысқа. Гиповолемиямен ауыратын науқастарда, оның белгілері жүрек тондарының керендігі, тамырлардың құлауы, төмен қан қысымы және CVP және т.б., суэлектролит балансының бұзылуы, қышқыл негіз биохимиялық қан анализі арқылы анықталған жағдайлар дереу жоғары және төмен молекулалық декстраттарды, суэлектролит ерітінділерін, ерітінділерді құюды қоса, инфузиялық терапияны бастау глюкозаны инсулинмен, сілтілі ерітінділермен. Өмірге қауіп төнген кезде қан жоғалту, эритроциттердің суспензиясы, плазма, толық қан енгізіледі. Инфузиялық терапиямен бір мезгілде жүрек-тамыр агенттері қолданылады. Тыныс алу жеткіліксіздігімен күресу - оттегі терапиясы, қан айналымын қалыпқа келтіру, бронходилататорларды қолдану, төтенше жағдайларда, өкпенің жасанды желдетуін жүзеге асырады. Операция алдындағы дайындық кезінде бірқатар процедуралар да орындалады: науқастың мүшелерін дайындауға бағытталған. Наркозды эвакуациялау алдында асқазанның мазмұны қажет - асқазанды шаю зондпен жүзеге асырылады. Сондай-ақ қуықты босату қажет. Науқас болмаса өз бетінше зәр шығаруы мүмкін - қуықтың катетеризациясы резеңке немесе металл катетер арқылы жүзеге асырылады. Хирургиялық өріс аймағындағы шаш сызығы қырылған. Элективті хирургияда мұқият тексеруге болады науқас және науқасты операцияға арнайы дайындауға уақыт бар. Олар тыныс алу, қан айналымы, асқазан-ішек жолдары, бауыр және бүйрек функцияларының бұзылуын түзетеді. О.С.К., ақуыз және суэлектролит балансын қалыпқа келтіру үшін инфузиялық терапияны жүргізу, қышқылнегіз балансы. Қажет болса, парентеральды тамақтануды жүргізіңіз. Операция қарсаңында науқасқа тазарту клизмасы беріледі. Науқас гигиеналық ванна немесе душ қабылдайды, содан кейін іш киімін және төсек-орын жабдығын ауыстырады. Науқас кешкі ас ішпейді, операция алдында таңертең тамақ ішпейді. Науқаста асқазаннан эвакуация бұзылса (ойық жаралы стенозда, өту немесе ісік) кешке және таңертең асқазан арқылы жуылады зонд. Таңертең науқастың шашы хирургиялық аймақта қырылады. Науқасты жоспарлы операцияға дайындау процесінде эндогендік инфекцияның алдын алады - созылмалы инфекция ошақтары анықталып, санитарлық тазартылады. инфекциялар (созылмалы тонзиллит, кариес, фарингит, терінің және жұмсақ тіндердің пустулярлық аурулары және басқа созылмалы қабыну аурулары). Менструация кезінде жоспарланған операцияларды тағайындауға болмайды, өйткені бұл күндері қан кетудің жоғарылауы және дененің реактивтілігінің төмендеуі байқалады. Бір күн бұрын седативтер тағайындалады. Операциядан 30 минут бұрын премедикация жүргізіледі, оның

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Клиникалық пәндер» кафедрасы		044-67/11
Әдістемелік нұсқаулық		546беттің 1 беті

құрамына промедол (есірткі анальгетиктер); атропин (М-холинолитин) сілекей бөлуді азайту үшін, ол анестезияға кедергі келтіреді; антигистаминдер (димедрол, пипольфен). Осыдан кейін науқасты гурнеде операция бөлмесіне апарады және операцияны орындау үшін қажетті позицияға сәйкес келеді.



5.5. Оқыту және оқыту әдістері (шағын топтар, пікірталастар, ситуациялық есептер, жұппен жұмыс, презентациялар, кейс-стади және т.б.).

5.6. Әдебиет. Соңғы бетте

5.7. Бақылау (сұрақтар, тесттер, тапсырмалар және т. б.)

Тест сұрақтары:

- Шұғыл отау көрсеткіші тән емес:
 - кұрғақ гангрена
 - би спецификалы гангрена
 - ылғалды гангрена
 - спецификалы гангрена
 - диабетті гангрена
- Аппендэктомияға отау алды дайындыққа тән емес:
 - тазалау клизмасы
 - психологиялық дайындау
 - примедикация
 - отау жасайтын жерді тазалау
 - түктерді қыру
- Операциядан кейінгі болатын тромбоэмболикалық асқынуына себеп бола алмайды:
 - жараның аурсынуы
 - кан кету
 - гематома
 - инфильтрат
 - эвентерация
- Лапаротмиядан кейінгі жараны ашылуына себеп бола алмайды:

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Клиникалық пәндер» кафедрасы		044-67/11
Әдістемелік нұсқаулық		54беттің 1 беті

- A. массивті инфузиялық терапия
 - B. іш қуысының жоғарғы қысымы
 - C. гематома
 - D. жараның іріндеуі
 - E. апоневроздың әлсін тігілуі
5. Отаудан кейінгі метеоризм кезінде ... болмайды.
- A. спазмолитиктерді қолдануға
 - B. перистальтиканы қоздыру ерітінділерін тағайындауға
 - C. асқазанды жууға
 - D. ішекті гипертониялық ерітіндімен тазалауға
 - E. газ шығаратын түтікше қоюға
6. Операциядан кейінгі ерте өкпе асқынуына тән емес:
- A. бронхоэктатикалық ауру
 - B. асфиксия
 - C. бронхит
 - D. ателектаз
 - E. пневмония
7. Операциядан кейінгі зәрдің жіті кідіруі кезінде жасалынбайтын шара:
- A. зәр айдайтын дәрі-дәрмектер беру
 - B. спазмолитиктер беру
 - C. паранефральды новокаинды тежеу
 - D. эпицистостоманы қою
 - E. қуықты катетерлеу
8. Отау кезеңдеріне (этап) тән емес:
- A. наркоздан шығуы
 - B. операцияның бітуі
 - C. операциялық іс-әрекет
 - D. операция алаңды тазалап, жансыздандыру
 - E. операция қалпы
9. Операциядан кейінгі кезеңде зәрдің тежелуінде дәрігердің іс-әрекеті:
- A. катетермен зәрді шығару
 - B. қуыққа пункция жасау
 - C. паранефральді новокаинді тежеу, бүйірек диатермиясы
 - D. қуық үстін жылыту
 - E. тік ішекті клизма арқылы тазарту
10. Перитонитке күмән туғанда диагнозды тұжырымдау үшін міндетті түрде ... қажет.
- A. жедел лапароскопия жасалу
 - B. қанмен зәрдің жалпы клиникалық анализі алыну
 - C. 1 сағаттан соң қайта тексеру
 - D. іш құрсағын жалпы рентгеноскопия жасалу

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Клиникалық пәндер» кафедрасы		044-67/11
Әдістемелік нұсқаулық		54беттің 1 беті

Е. УДЗ жасалу

Жағдайлық есеп: 75 жастағы М., атты науқас соқыр ішек операциясынан кейін наркозда жатқан. 15 минуттан кейін науқас кенеттен көгерген. Тынысы сиреген, үзіліспен. Науқаста операциядан кейін қандай асқыну болды? Сіздің іс-әрекетіңіз?

4- сабақ

5.1. Сабақтың тақырыбы. Хирургиялық операциялар.

5.2. Сабақтың мақсаты: оқушыларға хирургияда дәрігерге дейінгі көмек көрсетудің теориялық және тәжірибелік дағдыларын үйрету.

5.3. Пәннің міндеттері:

- оқушыларға хирургиялық көмек көрсететін жағдайлармен таныстыру;
- емдік мекемелерінде және үйде науқасқа хирургияның теориялық және тәжірибелік негіздерін үйрету;
- кәсіптік этика және деонтология процесстерін үйрету;
- хирургиялық шаралармен таныстыру және үйрету;

5.4. Тақырыптың негізгі сұрақтары.

- Операция түсінігі;
- Операция түрлері және этаптары;
- Операция көрсеткішін және қарсы көрсеткішін;
- Науқасты операцияға дайындау;
- Операциялық қалып;
- Оперативті көздеу, іс - әрекет.

Операция алдындағы кезең – науқас аурухананың хирургиялық бөлімшесіне түскен сәттен бастап операция басталғанға дейінгі кезең, оның барысында емдеуге бағытталған шаралар кешені жүргізіледі науқасты операцияға дайындау. Операция алдындағы кезең шартты түрде 2 кезеңге бөлінеді: диагностикалық және операция алдындағы дереу дайындық кезеңі. Операция алдындағы дайындықтың барлық шаралары негізінен хирургиялық араласу қаупін азайтуға және операциядан кейінгі ықтимал асқынулардың алдын алуға немесе оның ауырлығын азайтуға бағытталған. Сондай-ақ хирург, анестезиолог және басқа операцияға қатысушыларды оқытуды қарастырады, астында! операциялық блокты және хирургиялық аспаптарды жасау. Бүкіл операция алдындағы дайындықтың күрделілігіне, патологиялық процестің ерекшеліктеріне, операцияның жеделдігіне, п.п. ұзақтығына байланысты басқаша болады. Қазіргі хирургия тәжірибесінде төмендеу үрдісі байқалады Р.р.. ауруханаішілік инфекция қаупіне байланысты, әдетте онымен кеңінен қолданылатын антибиотиктер және онымен инфекция қаупі операция алдындағы науқастар. Кейбір жағдайларда операцияға жалпы

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Клиникалық пәндер» кафедрасы	044-67/11	
Әдістемелік нұсқаулық	54беттің 1 беті	

дайындық, эндокринологияның мамандандырылған бөлімшелерінде жүргізіледі, кардиологиялық, емдік негіздемелер операция, дәрігер қысқаша эпикреция жасайды операцияның қажеттілігі оның сипаты мен анестезия түрін анықтайды. Және операция алдындағы қажетті кездесулерді жасайды.

Науқас операцияға келісімі туралы қолхат, операцияға келісімі туралы қолхат алады Науқасты операцияға дайындаудың жалпы шаралары. Жүйке жүйесін дайындау. Операция алдында дерлік әрбір науқас жүйке кернеуі жағдайында болады. Әсіресе егде жастағы адамдарда аурудың сипатына байланысты ауырсынудан қорқу жүйке жүйесінің шамадан тыс кернеуіне әкелуі мүмкін, осыған байланысты оларда суық тер пайда болады. ауыздың құрғауы, гипердреналинемия және т.б. бір мезгілде профилактикалық хирургиялық шок және хирургиялық араласу кезінде мүмкін болатын бірқатар басқа да асқынулардың қызметін атқаратын осы құбылыстардың алдын алуды мұқият жүргізіңіз.

Хирургиялық бөлімшедегі жұмысты ойластырылған ұйымдастыру маңызды рөл атқарады, бұл операцияны күтіп тұрған пациенттердің оны жаңадан өткен үлкен адамдармен байланысын болдырмайды, оларды көру ыңқылдау, құсу, қанға малынған таңғыштар тудыруы мүмкін. қиын әсер. Анестезиолог тағайындаған анестезияға дейінгі дәрі-дәрмектің жүйке жүйесі үшін қорғаныстық мәні бар. Нәтижесінде жүйке кернеуі операция алдында бірден төмендейді, науқас түнде ұйықтайды, тыныштық күйі. Жүрек тамыр жүйесін дайындау және қан құрамын қалыпқа келтіру. Жүрек-тамыр жүйесінің қалыпты белсенділігімен шағын және орташа операциялар науқастың арнайы дайындығынсыз орындалады. Жүрек-тамыр жүйесі функциясының органикалық өзгерістерсіз аздап әлсіреуі кезінде әдетте кордиаминді немесе жүрек гликозидтерінің бірін бірнеше күн бойы ішке және көктамыр ішіне тағайындау жеткілікті, бірақ 20-40 мл 40% глюкоза ерітіндісі бар. аскорбин қышқылының 3 мл 5% ерітіндісін қосу, үлкен операцияларға дайындық аталған әрекеттерді ұзағырақ орындауда көрінеді. Жүректің және қан тамырларының органикалық зақымдалуымен тиісті арнайы агенттер қосылады - гипотензивті, вазодилициялық, спазмолитикалық. Үлкен операциялар әдетте айтарлықтай қан жоғалтумен байланысты екенін ескере отырып, олардың алдында 200-250 мл бір реттік немесе қайталанатын қан құйылады. Жоспарланған операциялар етеккір кезінде тағайындалмайды, өйткені оларда; қан кетудің жоғарылауы және организмнің биологиялық реактивтілігінің төмендеуі байқалады. Тромбоздың және эмболияның алдын алу үшін, әсіресе варикозды тамырлар, флебит немесе тромбофлебит және тазалаумен ауыратын науқастарда, сондай-ақ әдетте бейім адамдарда. Операция алдындағы кезеңдегі қарқынды терапияның негізгі міндеті болып табылады өмірлік маңызының бұзылуын барынша толық өтеуге қол жеткізу ағзаның функциялары мен жүйелері. Операция алдындағы дайындық мыналарды қамтиды: психологиялық дайындық; өмірлік маңызды органдарды дайындау (CVS, DS, MVS және т.б.), гомеостаз жүйелерінің бұзылуын түзету; операцияға арнайы дайындық (ішек тазалау және т.б.); тікелей дайындық: - хирургиялық алаңды алдын ала дайындау; - бос асқазан - қуық бос -

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Клиникалық пәндер» кафедрасы	044-67/11	
Әдістемелік нұсқаулық	54беттің 1 беті	

премедикация. Науқасты тыныштандыруға, операцияның қолайлы нәтижесіне сенімін оятуға бағытталған психологиялық дайындық қажет. Науқас операцияның бұлтартпастығын және оны орындау қажеттілігін түсіндіруі керек (жоспарланған операциялар үшін седативтер бір күн бұрын тағайындалады). Операциядан 30 минут бұрын науқасқа есірткі заттары кіретін премедикация беріледі. Өмірлік маңызды органдар мен жүйелерді дайындау маңызды. Өмірлік бұзылыстарды өтеуге қол жеткізу қажет ағзаның функциялары мен жүйелері. Бұзушылықтарды ғана емес өтеу керек негізгі хирургиялық аурумен байланысты органдар мен жүйелердің функционалдық жағдайы, сонымен қатар әртүрлі қатар жүретін аурулар (тыныс алу, қан айналымы, бауыр, бүйрек). Функцияның мүмкін болатын толық өтеміне қол жеткізу мәселесі әлі де бар тіпті шұғыл (шұғыл) хирургиялық араласуға байланысты уақыт қысымы жағдайында. Бұл ретте барлық бұзушылықтар бір мезгілде түзетілуі керек. Операция алдындағы дайындық адекватты, қарқынды және болуы керек мүмкіндігінше қысқа. Гиповолемиямен ауыратын науқастарда, оның белгілері жүрек тондарының керендігі, тамырлардың құлауы, төмен қан қысымы және CVP және т.б., суэлектролит балансының бұзылуы, қышқыл негіз биохимиялық қан анализі арқылы анықталған жағдайлар дереу жоғары және төмен молекулалық декстраттарды, суэлектролит ерітінділерін, ерітінділерді құюды қоса, инфузиялық терапияны бастау глюкозаны инсулинмен, сілтілі ерітінділермен. Өмірге қауіп төнген кезде қан жоғалту, эритроциттердің суспензиясы, плазма, толық қан енгізіледі. Инфузиялық терапиямен бір мезгілде жүрек-тамыр агенттері қолданылады. Тыныс алу жеткіліксіздігімен күресу - оттегі терапиясы, қан айналымын қалыпқа келтіру, бронходилататорларды қолдану, төтенше жағдайларда, өкпенің жасанды желдетуін жүзеге асырады. Операция алдындағы дайындық кезінде бірқатар процедуралар да орындалады: науқастың мүшелерін дайындауға бағытталған. Наркозды эвакуациялау алдында асқазанның мазмұны қажет - асқазанды шаю зондпен жүзеге асырылады. Сондай-ақ қуықты босату қажет. Науқас болмаса өз бетінше зәр шығаруы мүмкін - қуықтың катетеризациясы резеңке немесе металл катетер арқылы жүзеге асырылады. Хирургиялық өріс аймағындағы шаш сызығы қырылған. Элективті хирургияда мұқият тексеруге болады науқас және науқасты операцияға арнайы дайындауға уақыт бар. Олар тыныс алу, қан айналымы, асқазан-ішек жолдары, бауыр және бүйрек функцияларының бұзылуын түзетеді. О.С.К., ақуыз және суэлектролит балансын қалыпқа келтіру үшін инфузиялық терапияны жүргізу, қышқылнегіз балансы. Қажет болса, парентеральды тамақтануды жүргізіңіз. Операция қарсаңында науқасқа тазарту клизмасы беріледі. Науқас гигиеналық ванна немесе душ қабылдайды, содан кейін іш киімін және төсек-орын жабдығын ауыстырады. Науқас кешкі ас ішпейді, операция алдында таңертең тамақ ішпейді. Науқаста асқазаннан эвакуация бұзылса (ойық жаралы стенозда, өту немесе ісік) кешке және таңертең асқазан арқылы жуылады зонд. Таңертең науқастың шашы хирургиялық аймақта қырылады. Науқасты жоспарлы операцияға дайындау процесінде эндогендік инфекцияның алдын алады - созылмалы инфекция ошақтары анықталып, санитарлық тазартылады. инфекциялар (созылмалы

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Клиникалық пәндер» кафедрасы		044-67/11
Әдістемелік нұсқаулық		54беттің 1 беті

тонзиллит, кариес, фарингит, терінің және жұмсақ тіндердің пустулярлық аурулары және басқа созылмалы қабыну аурулары). Менструация кезінде жоспарланған операцияларды тағайындауға болмайды, өйткені бұл күндері қан кетудің жоғарылауы және дененің реактивтілігінің төмендеуі байқалады. Бір күн бұрын седативтер тағайындалады. Операциядан 30 минут бұрын премедикация жүргізіледі, оның құрамына промедол (есірткі анальгетиктер); атропин (М-холинолитин) сілекей бөлуді азайту үшін, ол анестезияға кедергі келтіреді; антигистаминдер (димедрол, пипольфен). Осыдан кейін науқасты гурнеде операция бөлмесіне апарды және операцияны орындау үшін қажетті позицияға сәйкес келеді.



5.5. Оқыту және оқыту әдістері (шағын топтар, пікірталастар, ситуациялық есептер, жппен жұмыс, презентациялар, кейс-стади және т.б.).

5.6. Әдебиет. Соңғы бетте

5.7. Бақылау (сұрақтар, тесттер, тапсырмалар және т. б.)

Тест сұрақтары:

1. Шұғыл отау көрсеткіші тән емес:

- Ғ. құрғақ гангрена
- Г. би спецификалы гангрена
- Н. ылғалды гангрена
- І. спецификалы гангрена
- Ж. диабетті гангрена

2. Аппендэктомияға отау алды дайындыққа тән емес:

- Ғ. тазалау клизмасы
- Г. психологиялық дайындау
- Н. премедикация

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Клиникалық пәндер» кафедрасы		044-67/11
Әдістемелік нұсқаулық		546беттің 1 беті

- I. отау жасайтын жерді тазалау
- J. түктерді қыру
- 3. Операциядан кейінгі болатын тромбоэмболикалық асқынуына себеб бола алмайды:
 - F. жараның аурсынуы
 - G. кан кету
 - H. гематома
 - I. инфильтрат
 - J. эвентерация
- 4. Лапаротмиядан кейінгі жараны ашылуына себеп бола алмайды:
 - F. массивті инфузиялық терапия
 - G. іш қуысының жоғарғы қысымы
 - H. гематома
 - I. жараның іріндеуі
 - J. апоневроздың әлсін тігілуі
- 5. Отаудан кейінгі метеоризм кезінде ... болмайды.
 - F. спазмолитиктерді қолдануға
 - G. перистальтиканы қоздыру ерітінділерін тағайындауға
 - H. асқазанды жууға
 - I. ішекті гипертониялық ерітіндімен тазалауға
 - J. газ шығаратын түтікше қоюға
- 6. Операциядан кейінгі ерте өкпе асқынуына тән емес:
 - F. бронхоэктатикалық ауру
 - G. асфиксия
 - H. бронхит
 - I. ателектаз
 - J. пневмония
- 7. Операциядан кейінгі зәрдің жіті кідіруі кезінде жасалынбайтын шара:
 - F. зәр айдайтын дәрі-дәрмектер беру
 - G. спазмолитиктер беру
 - H. паранефральды новокаинды тежеу
 - I. эпицистостоманы қою
 - J. қуықты катетерлеу
- 8. Отау кезеңдеріне (этап) тән емес:
 - F. наркоздан шығуы
 - G. операцияның бітуі
 - H. операциялық іс-әрекет
 - I. операция алаңды тазалап, жансыздандыру
 - J. операция қалпы
- 9. Операциядан кейінгі кезеңде зәрдің тежелуінде дәрігердің іс-әрекеті:
 - F. катетермен зәрді шығару

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Клиникалық пәндер» кафедрасы		044-67/11
Әдістемелік нұсқаулық		546беттің 1 беті

- Г. қуыққа пункция жасау
 Н. паранефральді новокаинді тежеу, бүйірек диатермиясы
 І. қуық үстін жылыту
 Ж. тік ішекті клизма арқылы тазарту
10. Перитонитке күмән туғанда диагнозды тұжырымдау үшін міндетті түрде ... қажет.
- Е. жедел лапароскопия жасалу
 Г. қанмен зәрдің жалпы клиникалық анализі алыну
 Н. 1 сағаттан соң қайта тексеру
 І. іш құрсағын жалпы рентгеноскопия жасалу
 Ж. УДЗ жасалу
- Жағдайлық есеп:** 75 жастағы М., атты науқас соқыр ішек операциясынан кейін наркозда жатқан. 15 минуттан кейін науқас кенеттен көгерген. Тынысы сиреген, үзіліспен. Науқаста операциядан кейін қандай асқыну болды? Сіздің іс-әрекетіңіз?

5- сабақ

5.1. Сабақтың тақырыбы. Қан кету. Қан кетуді тоқтату әдістері. Қан кетудің асқынулары.

5.2. Сабақтың мақсаты: оқушыларға хирургияда дәрігерге дейінгі көмек көрсетудің теориялық және тәжірибелік дағдыларын үйрету.

5.3. Пәннің міндеттері:

- оқушыларға хирургиялық көмек көрсететін жағдайлармен таныстыру;
- емдік мекемелерінде және үйде науқасқа хирургияның теориялық және тәжірибелік негіздерін үйрету;
- кәсіптік этика және деонтология процесстерін үйрету;
- хирургиялық шаралармен таныстыру және үйрету;

5.4. Тақырыптың негізгі сұрақтары.

- Қан кетудің себептері
- Қан кетудің жіктелуі;
- Қан кетудің клиникасы;
- Қан кетудің қауіптілігі
- Қан кетудің түрлері;
- Қан кетуді уақытша тоқтату;
- Қан кетуді түпкілікті тоқтату;
- Қан кетудің зардаптары.

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ  SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»	
«Клиникалық пәндер» кафедрасы	044-67/11
Әдістемелік нұсқаулық	54беттің 1 беті

Қан кету - қанның қан айналымынан сыртқы ортаға немесе ішкі ағзаларға төгілуі.

Қалыпты жағдайда адамда шамамен 4 - 5 литр қан болады, оның 60% тамырлар арқылы айналады, ал 40% қан қоймасында (бауыр, көкбауыр және т.б.) болады. Қанның 1/3 бөлігінің жоғалуы өмірге қауіп төндіреді, бірақ ол тез бітетін болса, пациенттер аз қан жоғалтумен өлуі мүмкін. Ерлер қан жоғалтуға нашар төзеді, ал әйелдер қан жоғалтуға көбірек бейімделеді. Ішкі және сыртқы қан кетуді ажыратыңыз. Зақымдалған қан тамырларының түріне байланысты қан кетуі мүмкін артериялық,

- веноздық,
- капиллярлық,
- паренхималық
- аралас
- Артериялық қан кету жарадан қанның пульсирленген ағынмен ағуымен сипатталады.

Веноздық қан кету кезінде қан күңгірттенеді және өздігінен тоқтау үрдісінсіз үздіксіз ағынмен жарадан көп мөлшерде шығарылады. Жарада кесілген тамыр көрінеді.

Бұлшықет-тері жараларында капиллярлық қан кетулер байқалады. Қан үлкен вена зақымданғанға қарағанда аз қарқынды түрде бөлінеді, ол өздігінен тоқтауға бейім, сыртқа ағып жатқан қан мөлшері жараның мөлшеріне байланысты.

1. Посттравматикалық – жарақат немесе жаралар, соның ішінде операциялық жарақаттар нәтижесінде;

2. Аррозиялық – патологиялық процеспен тамыр қабырғасының тоттануынан: асқазан жарасы, ыдырайтын ісік, ұлпалар мен тамыр қабырғаларының іріңді бірігуі;

3. Диapedиялық - қан тамырлары қабырғаларының тұтастығын бұзбай қан кету - қан ауруларымен (гемофилия), авитаминозмен (цинга) және т.б.

Артериялық қан кету

Сыртқы артериялық қан кетуді тоқтатудың негізгі принциптері қандай?

Көбінесе жәбірленушінің өмірін сақтайтын негізгі шұғыл шара сыртқы қан кетуді уақытша тоқтату болып табылады. Травматикалық ампутациялар кезінде жоғарғы және төменгі аяққолдың тамырларынан, сондай-ақ аяқ-қолдың діңгегінен қан кету екі кезеңде тоқтатылады: біріншіден, қан ағымын тоқтату үшін артерияны жарақаттанған жердің үстінен сүйектің шығыңқы жеріне дейін басады. жарақат орнына, содан кейін стандартты немесе импровизацияланған турникет қолданылады. Жгуттың астына жгут салынған уақытты көрсететін белгі қойылады. Турникетті қолдану уақыты ілеспе парақта көрсетілуі керек. Сыртқы қан кетуді тоқтату алғашқы медициналық көмек көрсетудің басты мақсаты болып табылады. Артериялық қан кету ерекше қауіпті. Артериялар - қанды жүректен мүшелерге апаратын қан тамырлары.Ең қауіпті жарақаттар - үлкен артериялар - феморальды, иық, ұйқы; бұл жағдайларда өлім бірнеше минут ішінде болуы мүмкін. Мысалы, феморальды артериядан қан кету 1-2 минут ішінде жәбірленушінің өліміне әкелуі мүмкін. Сондықтан артериялардың сандық қысымының әдістерін және артериялық жгут салу техникасын білу және қолдана білу қажет.

Веноздық қан кету

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ  SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»	
«Клиникалық пәндер» кафедрасы	044-67/11
Әдістемелік нұсқаулық	54беттің 1 беті

Веноздық қан кетудің белгілері

Егер қан қою қызыл түсті болса және жарадан тыныс алу кезінде баяу немесе аздап пульсирленген ағынмен шықса, науқаста веноздық қан кету бар. Ірі веналардан қан кету (феморальды, субклавиандық, мойындық) қанның тез жоғалуына да, ауа эмболиясының ықтималдығына байланысты науқастың өміріне қауіп төндіреді. Веналардың травматикалық зақымдануынан басқа, веноздық қан кету мұрынның шырышты қабығындағы қан тамырларының жарылуы немесе төменгі аяғындағы варикозды веналар болуы мүмкін. Аспирин қабылдаудан туындаған мұрыннан қан кету, қан қысымының жоғарылауы ұзақ уақыт бойы тоқтамауы мүмкін және науқасты ауруханаға жатқызуды талап етеді. Кез келген веноздық қан кету үшін алғашқы көмек қысымды таңғышты, суықты және жоғары позицияны қолдануды қамтиды. Веноздық қан кетуге көмектесіңіз Қысым таңғышын салу және суыққа ұшырау. Перифериялық тамырлардан жүрекке веноздық қан көтерілген кезде жараның астына қысым таңғышын қолданылады. Мұндай қысым таңғышы бірнеше зарарсыздандырылған дәке жастықшаларынан немесе жараланбаған бинттен тұрады, оған турникет немесе серпімді таңғыш қолданылады. Веноздық жгутты қолданудың дұрыстығы қанның тоқтауымен, бірақ басылған жерден төмен пульсацияның сақталуымен дәлелденеді. Қан кету көзіне проекциядағы таңғыштың үстіне мұзды немесе суық сумен толтырылған жылытқышты қолданған дұрыс. 30-40 минуттан кейін осы аймақтағы жалпы қан ағымын қалпына келтіру үшін суықты 10 минутқа алып тастау керек екенін ұмытпаңыз.

5.5. Оқыту және оқыту әдістері (шағын топтар, пікірталастар, ситуациялық есептер, жұппен жұмыс, презентациялар, кейс-стади және т.б.).

5.6. Әдебиет. Соңғы бетте

5.7. Бақылау (сұрақтар, тесттер, тапсырмалар және т. б.)

Тест сұрақтары:

- Қан кету дегеніміз, қанның ... кетуі.
 - тінге, қуысты және сыртқа
 - сыртқа
 - қуысқа ағзаға
 - тінге
 - сыртқа және қуысқа
- Қан кетудің себебі бола алмайды:
 - тамыр жарақаты, нейротрофикалық процесс
 - қабыну
 - жарақат салдарынан қан тамырының зақымдалуы
 - қан тамыр өткізгіштігінің бұзылуы
 - сепсис
- Анатомиялық құрылысына бойынша қансырау... болып жіктеледі.

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Клиникалық пәндер» кафедрасы	044-67/11	
Әдістемелік нұсқаулық	546беттің 1 беті	

- A. артериалды, көктамырлы, капиллярлы, паренхиматозды
 - B. біріншілік, екіншілік
 - C. сыртқы, ішкі, жасырын
 - D. ерте, кеш
 - E. септикалық, эрозивті
4. Қансырау клиникалық түріне қарай ... болып жіктелді.
- A. ішкі, сыртқы, жасырын
 - B. біріншілік, екіншілік ерте, екіншілік кеш
 - C. артериальды, көк тамырлы, капиллярлы, паренхиматозды
 - D. механикалық, нейротрофикалық
 - E. сыртқы және ішкі
5. Уақытына байланысты қансырау ... болып бөлінеді.
- A. біріншілік, екіншілік ерте, екіншілік кеш
 - B. жіті, созылмалы, қайталамалы
 - C. жалғасушы, тоқтаған
 - D. ұзақ және қысқа
 - E. интенсивті, баяу
6. АҚ ... мм.сынап бағанасына төмендеуі науқастың өміріне қауіпті.
- A. 100/60
 - B. 90/60
 - C. 70/50
 - D. 80/50
 - E. 50/0
7. Уақытша қан тоқтату тәсілі:
- A. қан тамыр қабырғасына тігіс салу
 - B. жарадағы қан тамырын байлау
 - C. қан кеткен жерден алшақ тігіс салу
 - D. қан тамырын саусақпен басу
 - E. қан тамырлы тігіс салу
8. Түбкілікті механикалық қан тоқтату әдісі:
- A. қан тамырын саусақпен басу
 - B. жгута салу
 - C. айналдырып қысуды салу
 - D. барынша буынды бүгу
 - E. қан тамырлы тігіс салу
9. Эсмарх байламының ұзындығы:
- A. 1,5 метр
 - B. 60 см
 - C. 1 метр
 - D. 3 метр

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Клиникалық пәндер» кафедрасы		044-67/11
Әдістемелік нұсқаулық		54беттің 1 беті

Е. 50 см

10. Артериядан қан кеткенде Эсмарх жгуты ... салынады.

- А. 24 сағатқа
- В. 30 минутқа
- С. 2 сағатқа
- Д. 1 сағатқа
- Е. 45 минутқа

Жағдайлық есеп:

Қабылдау бөліміне 48 жастағы ер кісі жеткізілді. Ол әлсіздікке, басының айналуына, сол жақ қабырға астының ауырсынуына шағымданады. Анамнезіне қарағанда, 12 сағат бұрын баспалдақтан құлап, сол жақ қабырға доғасына соққы алған. Қабылдау бөліміне түскенде естен танды. Науқас жағдайы ауыр. Дене қызуының өзгеруіне байланысты іші қатты ауырсынады. Терісі бозарған. Тамыр соғысы -120/ минутына. Артериялық қан қысымы – 90/50 мм с.бағ. Жоғарғы тыныс жолдарын сипап көргенде іш қуысының бұлшық ет қабырғасы әлсіз қатқылданған, қолмен қағып көргенде сол жақ қабырға астында және іш қуысының терең жағында тұйықтау дыбыс естіледі. Гемоглобин – 98 г/л.

Сіздің ой-тұжырымыңыз? Болжамыңыз?

6- сабақ

5.1. Сабақтың тақырыбы. Жансыздандыру. Жалпы жансыздандырудың түрлері.

5.2. Сабақтың мақсаты: оқушыларға хирургияда дәрігерге дейінгі көмек көрсетудің теориялық және тәжірибелік дағдыларын үйрету.

5.3. Пәннің міндеттері:

- оқушыларға хирургиялық көмек көрсететін жағдайлармен таныстыру;
- емдік мекемелерінде және үйде науқасқа хирургияның теориялық және тәжірибелік негіздерін үйрету;
- кәсіптік этика және деонтология процесстерін үйрету;
- хирургиялық шаралармен таныстыру және үйрету;

5.4. Тақырыптың негізгі сұрақтары.

- Анестезиология тарихы;
- Наркоз теориялары;
- Наркоз туралы түсініктем және түрлері;
- Ингаляциялы наркоздың түрлері және қолдану әдісі;
- Ингаляцилы дәрі дәрмектер;
- Наркоздың клиникалық кезеңдері;

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Клиникалық пәндер» кафедрасы		044-67/11
Әдістемелік нұсқаулық		546беттің 1 беті

- Анестезияның түрлеріне байланысты көрсеткіштері және қарсы көрсеткіштері;
- Нейролептаналгезия;
- Тамыр ішілік наркоз;
- Наркоздық аппарат;
- **Наркоздың теориялары :**
- Наркоз жағдайында бас миының тежелуі байқалады . Ол төменгі бөлімдерге және жұлынға тарайды (И.М. Сеченов) .
- Н.Е. Введенский (1903) өте күшті тітіркендіргіш ұзақ уақыт әсер ету салдарынан , тежелу дамидығын көрсеткен . Олар жасушаның функциональді қозғалуын (лабильділігін) тежейді . Наркотикалық заттар нейрондардың лабильділігін өте қатты төмендетіп , наркотикалық тежелуге алып келеді .
- В.С. Галкин (1953) - наркотикалық заттардың ОНЖ - не әсер ету теориясын ашқан . Ол алғашқы кезде ми қыртысының тежелуімен , содан кейін қыртыс асты құрылымдарының тежелуімен сипатталады .
- П.К. Анохин наркоздың әсер теу механизмін бас ми бағанасының ретикулярлы формациясымен байланыстырды . Оның ұсынған гипотезасы ми қыртысының бөліктерінің наркотикалық затқа сезімталдығының әртүрлі екендігіне негізделген . Ең сезімталы , ретикулярлы формация болып табылады , ал ол көптеген ми қыртысының орталықтарымен және қыртысасты құрылымдарымен байланысқан . Наркотикалық заттың әсерінен , онын ми қыртысына және қыртыс асты құрылымдарына беретін белсендіруші әсері төмендейді , сөйтіп наркотикалық ұйқы дамиды
- **Наркоздың түрлері**
- Наркотикалық заттарды енгізу жолына қарай , наркоздың мынадай түрлерін енгізеді ингаляциялық емес наркоз - наркотикалық затты тыныс жолдары арқылы енгізеді;ингаляциялық емес науқас - наркотикалық затты басқа жолдармен енгізеді: веналық , ректалды , бұлшықеттік және т.б.
- **Қолданылатын заттардың саны бойынша**
- мононаркоз - бір зат қолданылады ; аралас наркоз - бір мезгілде екі немесе одан да көп зат қолданылады : қосарланған (комбинирленген) - операциялардың әр кезеңінде әртүрлі наркотикалық заттарды қолдану немесе оларды басқа заттармен қосып енгізу (миорелоксанта , анальгетиктер , ганглиоблокаторлар) .
- **Наркоздың мынадай түрлерін ажыратады :** енгізу наркозы - аз уақыт әсер етеді , әсері тез басталады , қозу сатысы болмайды ; демеуші (негізгі) наркоз - операция жасау барысында қолданылады ; базисті наркоз немесе базис - наркоз - беткейлі наркоз , негізгі наркозбен бірге немесе оның алдында анестетикалық зат енгізіледі , ол негізгі наркотикалық заттың мөлшерін төмендету үшін жасалады.
- **Ингаляциялық наркозды жүргізу әдістері**

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Клиникалық пәндер» кафедрасы		044-67/11
Әдістемелік нұсқаулық		546беттің 1 беті

- **1. Ашық әдіс** . Науқас анестетикті атмосфералық ауамен қосып тыныс алады және оны қоршаған ортаға тынысымен шығарады (маскалық наркоз) . Бұл әдісте наркотикалық зат көп мөлшерде жұмсалады және операция бөлмесінің ауасын ластайды . Ол операцияға қатысатын медицина қызметкерлеріне зиянды әсер көрсетеді .
- **2. Жартылай ашық әдіс** . Науқас оттегімен қосып , аспап тыныс алады және оны қоршаған ортаға тынысымен шығарады . Бұл әдіс науқасқа арқылы наркотикалық затты қолайлы болып табылады .
- **3.Жартылай жабық әдіс** . Науқас аспап арқылы наркотикалық қоспаны тыныс алады және оны жартылай аспапқа , жартылай қоршаған ортаға тынысымен шығарады.Аспапқа қайтадан түскен қоспа адсорбер арқылы өтіп , ондағы көмірқышқыл газынан босап , наркотикалық қоспамен араласып , аспаптың тыныс алу жүйесіне түседі де , қайтадан науқастың тыныс жолдарына енеді . Бұл әдісте анестетиктің мөлшері едәуір аз жұмсалады
- **4. Жабық әдіс**. Тынысалу және тыныс шығару аспапқа жүзеге асырылады. Бұл әдіске наркотикалық қоспа толығымен қоршаған ортадан шектелген.
- **Наркоздың клиникалық ағымы 4 сатыдан өтеді :**
- **I сатысы** - анальгезия . Наркоздың басталуынан 3-5 минут өткеннен кейін басталады . Есі жоғалады , бірақ терісінің түсі өзгермеген , гемодинамика мен тыныс алуы өзгеріссіз болады . Рефлекстері жоғарылаған . Ауыру сезімі үдемелі түрде тежеліп , толық анальгезия дамиды . Бұл рауш - наркоз (есеңгіреу) деп аталады . Оны қысқа уақыт жасалатын операция кезінде қолданады **II сатысы** - **козу** . Есі толық жоғалғаннан кейін пайда болады . Бұл кезде науқас қозушаң болады , тынысы жиілеген , тахикардия . АҚ жоғарылауы , терісінің қызаруы байқалады , кездің қарашықтары кеңейген , жарыққа жауап бермейді . Науқас құсуы мүмкін .
- **III сатысы** - хирургиялық ұйқы -жансыздандырудың міндеті болып табылады . Бұл сатыда хирургиялық операция жасалады . Хирургиялық ұйқы сатысы 4 деңгейге бөлінеді . Олар бір - бірінен тыныс алу жағдайына , жүрек - қан - тамыр жүйесінің рефлексстердің жойылуына қарап ажыратылады . Хирургиялық ұйқы сатысының деңгейін көздің рефлексстері арқылы анықтау ыңғайлы, өйткені олар сопақша мидың көзді қозғаушы орталығымен тығыз байланыста болады және тыныс алу мен қан айналым орталықтарына жақын орналасады . Сондықтан , қарашықтардың реакциясына қарап , тыныс алу мен жүрек қызметінің жағдайын анықтауға болады .
-

5.5. Оқыту және оқыту әдістері (шағын топтар, пікірталастар, ситуациялық есептер, жұппен жұмыс, презентациялар, кейс-стади және т.б.).

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Клиникалық пәндер» кафедрасы		044-67/11
Әдістемелік нұсқаулық		546беттің 1 беті

5.6. Әдебиет. Соңғы бетте

5.7. Бақылау (сұрақтар, тесттер, тапсырмалар және т. б.)

Тест сұрақтары:

1.Электрлі пышақты ... наркозда қолдануға болмайды.

- A. хлорэтилді
- B. оттекті азот тотығы
- C. азот тотығы
- D. фторатанді
- E. циклопропанды

2. Ең алғаш рет эфирлік жансыздандыруды қолданған ғалым:

- A. Мортон
- B. Ларрей
- C. Уэлс
- D. Амбруаз Паре
- E. Авиценна

3. Суықты жансыздандыруды алғаш рет ... қолданды.

- A. Иноземцев
- B. Караваев
- C. Авиценна
- D. Уэлс
- E. Пирогов Н.И.

4. Қозу кезеңсіз өтетін наркоз түрі:

- A. базис-наркоз
- B. тері асты наркоз
- C. ингаляциялы наркоз
- D. нейтролептанальгезия
- E. кіріспе наркоз

5. Интубация маңызды жағдай:

- A. гипервентиляция
- B. бұлшық еттердің толық релаксациясы
- C. есінің тануы
- D. асқазан сүнгісінің болуы
- E. құсықпен тығындануы

6. Дәстүрлі премедикацияда қолданылатын препарат:

- A. промедол, фентанил
- B. гексанал, тиопентал-натрий
- C. метацин, кардиамин
- D. строфантин, кориликон
- E. кальция глюконат, кальция хлорид

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Клиникалық пәндер» кафедрасы		044-67/11
Әдістемелік нұсқаулық		546беттің 1 беті

7. Гемотрансфузиялық шок жағдайында ... тежеу қолданады

- A. паранефральді
- B. вагосимпатикалық
- C. Л.Г.Школьниковты
- D. футлярлы
- E. құрсақ ішілік нертік

8. Суықты жансыздандыруды алғаш рет ... қолданды.

- A. Иноземцев
- B. Караваев
- C. Авиценна
- D. Уэлс
- E. Пирогов Н.И.

9. Өткізгішті жансыздыруда ... ерітіндісі қолданылады.

- A. 1 - 2 % новокаин
- B. 0,25 % новокаин
- C. 0,5 % новокаин
- D. анальгин
- E. совкаин

10. Жергілікті жансыздандыруда жиі қолданатын анестетик:

- A. новокаин
- B. тримекаин
- C. лидокаин
- D. совкаин
- E. кокаин

Жағдайлық есеп:

Хирургиялық бөлімнің қабылдауына сол жақ жамбастағы кең көлемді жарамен және ауыр дәрежедегі қансыраумен науқас жеткізілді. Тез арада науқастағы қансырауды тоқтату керек. Хирург қандай тәсілмен жансыздандыру керек? 2. 68 жасар ер кісі оң аяғындағы жіліншіктің 3/1 бөлігінде жыртылған жарасымен (өлшемі 1,5х8,0 см.) қабылдауға келді. Жара шеті некроздалған, қансырап, айналасы ауырсынады. Жара спирттік ерітіндімен залалсыздандырылып, кептірілді, сосын 0,5% новокаин ерітіндісімен жараның іш жағынан жансыздандырды. Жансыздандыру кезінде қандай қателіктер жіберді?

7- сабақ

5.1. Сабақтың тақырыбы. Жалпы наркоз бен жергілікті жансыздандырудың түрлері.

5.2. Сабақтың мақсаты: оқушыларға хирургияда дәрігерге дейінгі көмек көрсетудің теориялық және тәжірибелік дағдыларын үйрету.

5.3. Пәннің міндеттері:

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Клиникалық пәндер» кафедрасы		044-67/11
Әдістемелік нұсқаулық		546беттің 1 беті

- оқушыларға хирургиялық көмек көрсететін жағдайлармен таныстыру;
- емдік мекемелерінде және үйде науқасқа хирургияның теориялық және тәжірибелік негіздерін үйрету;
- кәсіптік этика және деонтология процесстерін үйрету;
- хирургиялық шаралармен таныстыру және үйрету;

5.4. Тақырыптың негізгі сұрақтары.

- Наркоздың клиникалық кезеңдері;
- Анестезияның түрлеріне байланысты көрсеткіштері және қарсы көрсеткіштері;
- Нейролептаналгезия;
- Тамыр ішілік наркоз;
- Наркоздық аппарат;
- **Наркоздың теориялары :**
- Наркоз жағдайында бас миының тежелуі байқалады . Ол төменгі бөлімдерге және жұлынға тарайды (И.М. Сеченов) .
- Н.Е. Введенский (1903) өте күшті тітіркендіргіш ұзақ уақыт әсер ету салдарынан , тежелу дамидығын көрсеткен . Олар жасушаның функциональді қозғалуын (лабильділігін) тежейді . Наркотикалық заттар нейрондардың лабильділігін өте қатты төмендетіп , наркотикалық тежелуге алып келеді .
- В.С. Галкин (1953) - наркотикалық заттардың ОНЖ - не әсер ету теориясын ашқан . Ол алғашқы кезде ми қыртысының тежелуімен , содан кейін қыртыс асты құрылымдарының тежелуімен сипатталады .
- П.К. Анохин наркоздың әсер теу механизмін бас ми бағанасының ретикулярлы формациясымен байланыстырды . Оның ұсынған гипотезасы ми қыртысының бөліктерінің наркотикалық затқа сезімталдығының әртүрлі екендігіне негізделген . Ең сезімталы , ретикулярлы формация болып табылады , ал ол көптеген ми қыртысының орталықтарымен және қыртысасты құрылымдарымен байланысқан . Наркотикалық заттың әсерінен , оның ми қыртысына және қыртыс асты құрылымдарына беретін белсендіруші әсері төмендейді , сөйтіп наркотикалық ұйқы дамиды
- **Наркоздың түрлері**
- Наркотикалық заттарды енгізу жолына қарай , наркоздың мынадай түрлерін енгізеді ингаляциялық емес наркоз - наркотикалық затты тыныс жолдары арқылы енгізеді;ингаляциялық емес науқас - наркотикалық затты басқа жолдармен енгізеді: веналық , ректалды , бұлшықеттік және т.б.
- **Қолданылатын заттардың саны бойынша**
- мононаркоз - бір зат қолданылады ; аралас наркоз - бір мезгілде екі немесе одан да көп зат қолданылады : қосарланған (комбинирленген) - операциялардың әр

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Клиникалық пәндер» кафедрасы		044-67/11
Әдістемелік нұсқаулық		546беттің 1 беті

кезеңінде әртүрлі наркотикалық заттарды қолдану немесе оларды басқа заттармен қосып енгізу (миорелоксантилар . анальгетиктер , ганглиоблокаторлар).

- **Наркоздың мынадай түрлерін ажыратады :** енгізу наркозы - аз уақыт әсер етеді , әсері тез басталады , қозу сатысы болмайды ; демеуші (негізгі) наркоз - операция жасау барысында қолданылады ; базисті наркоз немесе базис - наркоз - беткейлі наркоз , негізгі наркозбен бірге немесе оның алдында анестетикалық зат енгізіледі , ол негізгі наркотикалық заттың мөлшерін төмендету үшін жасалады .
- **Ингаляциялық наркозды жүргізу әдістері**
- **1. Ашық әдіс .** Науқас анестетикті атмосфералық ауамен қосып тыныс алады және оны қоршаған ортаға тынысымен шығарады (масканы наркоз) . Бұл әдісте наркотикалық зат көп мөлшерде жұмсалады және операция бөлмесінің ауасын ластайды . Ол операцияға қатысатын медицина қызметкерлеріне зиянды әсер көрсетеді .
- **2. Жартылай ашық әдіс .** Науқас оттегімен қосып , аспап тыныс алады және оны қоршаған ортаға тынысымен шығарады . Бұл әдіс науқасқа арқылы наркотикалық затты қолайлы болып табылады .
- **3. Жартылай жабық әдіс .** Науқас аспап арқылы наркотикалық қоспаны тыныс алады және оны жартылай аспапқа , жартылай қоршаған ортаға тынысымен шығарады. Аспапқа қайтадан түскен қоспа адсорбер арқылы өтіп , ондағы көмірқышқыл газынан босап , наркотикалық қоспамен араласып , аспаптың тыныс алу жүйесіне түседі де , қайтадан науқастың тыныс жолдарына енеді . Бұл әдісте анестетиктің мөлшері едәуір аз жұмсалады
- **4. Жабық әдіс.** Тынысалу және тыныс шығару аспапқа жүзеге асырылады. Бұл әдіске наркотикалық қоспа толығымен қоршаған ортадан шектелген.
- **Наркоздың клиникалық ағымы 4 сатыдан өтеді :**
- **I сатысы** - анальгезия . Наркоздың басталуынан 3-5 минут өткеннен кейін басталады . Есі жоғалады , бірақ терісінің түсі өзгермеген , гемодинамика мен тыныс алуы өзгеріссіз болады . Рефлекстері жоғарылаған . Ауыру сезімі үдемелі түрде тежеліп , толық анальгезия дамиды . Бұл рауш - наркоз (есентіреу) деп аталады . Оны қысқа уақыт жасалатын операция кезінде қолданады **II сатысы - козу** . Есі толық жоғалғаннан кейін пайда болады . Бұл кезде науқас қозушаң болады , тынысы жиілеген , тахикардия . АҚ жоғарылауы , терісінің қызаруы байқалады , кездің қарашықтары кеңейген , жарыққа жауап бермейді . Науқас күсуі мүмкін .
- **III сатысы** - хирургиялық ұйқы -жансыздандырудың міндеті болып табылады . Бұл сатыда хирургиялық операция жасалады . Хирургиялық ұйқы сатысы 4 деңгейге бөлінеді . Олар бір - бірінен тыныс алу жағдайына , жүрек - қан - тамыр жүйесінің рефлекстердің жойылуына қарап ажыратылады . Хирургиялық ұйқы сатысының деңгейін көздің рефлекстері арқылы анықтау ыңғайлы, өйткені олар сопақша мидың көзді қозғаушы орталығымен тығыз байланыста болады және

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Клиникалық пәндер» кафедрасы		044-67/11
Әдістемелік нұсқаулық		54беттің 1 беті

тыныс алу мен қан айналым орталықтарына жақын орналасады . Сондықтан , қарашықтардың реакциясына қарап , тыныс алу мен жүрек қызметінің жағдайын анықтауға болады .

5.5. Оқыту және оқыту әдістері (шағын топтар, пікірталастар, ситуациялық есептер, жұппен жұмыс, презентациялар, кейс-стади және т.б.).

5.6. Әдебиет. Соңғы бетте

5.7. Бақылау (сұрақтар, тесттер, тапсырмалар және т. б.)

Тест сұрақтары:

- 1.Электрлі пышақты ... наркозда қолдануға болмайды.
 - А. хлорэтилді
 - В. оттекті азот тотығы
 - С. азот тотығы
 - Д. фторатанді
 - Е. циклопропанды
2. Ең алғаш рет эфирлік жансыздандыруды қолданған ғалым:
 - А. Мортон
 - В. Ларрей
 - С. Уэлс
 - Д. Амбруаз Паре
 - Е. Авиценна
3. Суықты жансыздандыруды алғаш рет ... қолданды.
 - А. Иноземцев
 - В. Караваев
 - С. Авиценна
 - Д. Уэлс
 - Е. Пирогов Н.И.
4. Қозу кезеңсіз өтетін наркоз түрі:
 - А. базис-наркоз
 - В. тері асты наркоз
 - С. ингаляциялы наркоз
 - Д. нейтролептанальгезия
 - Е. кіріспе наркоз
5. Интубация маңызды жағдай:
 - А. гипервентиляция
 - В. бұлшық еттердің толық релаксациясы
 - С. есінің тануы
 - Д. асқазан сүнгісінің болуы

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Клиникалық пәндер» кафедрасы		044-67/11
Әдістемелік нұсқаулық		546беттің 1 беті

- Е. құсықпен тығындануы
6. Дәстүрлі премедикацияда қолданылатын препарат:
- промедол, фентанил
 - гексанал, тиопентал-натрий
 - метацин, кардиамин
 - строфантин, кориликон
 - кальция глюконат, кальция хлорид
7. Гемотрансфузиялық шок жағдайында ... тежеу қолданады
- паранефральді
 - вагосимпатикалық
 - Л.Г.Школьниковты
 - футлярлы
 - құрсақ ішілік нертік
8. Суықты жансыздандыруды алғаш рет ... қолданды.
- Иноземцев
 - Караваев
 - Авиценна
 - Уэлс
 - Пирогов Н.И.
9. Өткізгішті жансыздыруда ... ерітіндісі қолданылады.
- 1 - 2 % новокаин
 - 0,25 % новокаин
 - 0,5 % новокаин
 - анальгин
 - совкаин
10. Жергілікті жансыздандыруда жиі қолданатын анестетик:
- новокаин
 - тримекаин
 - лидокаин
 - совкаин
 - кокаин

Жағдайлық есеп:

Хирургиялық бөлімнің қабылдауына сол жақ жамбастағы кең көлемді жарамен және ауыр дәрежедегі қансыраумен науқас жеткізілді. Тез арада науқастағы қансырауды тоқтату керек. Хирург қандай тәсілмен жансыздандыру керек? 2. 68 жасар ер кісі оң аяғындағы жіліншіктің 3/1 бөлігінде жыртылған жарасымен (өлшемі 1,5х8,0 см.) қабылдауға келді. Жара шеті некроздалған, қансырап, айналасы ауырсынады. Жара спирттік ерітіндімен

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Клиникалық пәндер» кафедрасы		044-67/11
Әдістемелік нұсқаулық		546беттің 1 беті

залалсыздандырылып, кептірілді, сосын 0,5% новокаин ерітіндісімен жараның іш жағынан жансыздандырды. Жансыздандыру кезінде қандай қателіктер жіберді?

8- сабақ

5.1. Сабақтың тақырыбы Десмургия. Таңғыштың түрлері. Жұмсақ таңғыштар. Қатты таңғыштың түрлері.

5.2. Сабақтың мақсаты: оқушыларға хирургияда дәрігерге дейінгі көмек көрсетудің теориялық және тәжірибелік дағдыларын үйрету.

5.3. Пәннің міндеттері:

- оқушыларға хирургиялық көмек көрсететін жағдайлармен таныстыру;
- емдік мекемелерінде және үйде науқасқа хирургияның теориялық және тәжірибелік негіздерін үйрету;
- кәсіптік этика және деонтология процесстерін үйрету;
- хирургиялық шаралармен таныстыру және үйрету;

5.4. Тақырыптың негізгі сұрақтары:

- Сынық түсінігі;
- Сынықтың жіктелуі;
- Сынықтың ауыртпалығын анықтау;
- Клиникалық ағымын;
- Сынықпен буын шығуының диагностикасы;
- Алғашқы көмек көрсету;
- Жергілікті және хирургиялық емі.
- Дененің анатомия - физиологиялық ерекшеліктері;
- Десмургия түсінігі;
- Жұмсақ және қатты таңғыш түрлері;
- Таңғыштарды салу техникасы

Десмургия дегеніміз — таңғыш байлау және қолдану турады ілім. Таңғыш-адамденесінеемдікмақсаттатаңылған материал.

Таңғыштар адамның жарасын, сынықты т.б. ауруларды емдеуге қолданылады. Әрбір медицина қызметкері танудың түрлерін білуі керек, кез келген уақытта, кез келген жерде, жағдайда дереу көмек көрсетіп, қан тоқтатып, жараны байлау үшін таңғышты қолдана білуі тиіс. Таңғыш жасалған материалына қарай жұмсақ және қатты болып бөлінеді. Қолдану мақсатына қарай: Қорғайтын таңғыш болады- ол жараны инфекция түсуден қорғайды. Қысатын таңғыш – қан тоқтату үшін дененің бір жеріне қысым жасайды. Қозғалтпайтын таңғыш- иммобилизациялайтын- сынықты не шыққан буынды қозғалтпай науқасты тасымалдау, емдеу кезінде пайдаланады. Ауа жібермейтін – окклюзиялық таңғыш- плевра қуысы жарақаттанған кезде салынады. Коррекциялайтын-түзейтін таңғыш- дененің дұрыс емес біткен жерлерін түзейді, мыс, гипс

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Клиникалық пәндер» кафедрасы	044-67/11	
Әдістемелік нұсқаулық	546беттің 1 беті	

жаға мойны қисық болып туған балаға салынады. Тартатын, созатынтаңғыш-сынықты емдеуде қолданылады.

1. Таңғыш материалдары және таңғыш түрлері

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

Қолдану мақсатына қарай:

Қорғайтын таңғыш болады- ол жараны инфекция түсуден қорғайды.

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

Қозғалтпайтын таңғыш- иммобилизациялайтын- сынықты не шыққан буынды қозғалтпай науқасты тасымалдау, емдеу кезінде пайдаланады. Ауа жібермейтін – окклюзиялық таңғыш- плевра қуысы жарақаттанған кезде салынады.

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

Тартатын, созатын таңғыш- сынықты емдеуде қолданылады.

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

Жұмсақ таңғыштар: бинт, үшбұрыш орамал, клей, 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, айкастырып байлау т.б. түрлері бар.

Үшбұрыш (косынка) орамал- бас, аяқ, қол жарақаттанған кезде таңылады. Праща-бастың шығыңқы тұстарына: мұрын, иек, маңдай, желке тұсқа салынады.

Жеке таңу пакеті (ИПП)- дайын стерильді пакетке салынған бинт, 2 жұмсақ уыс мақтасы бар, пакет іш жағынан резинамен тысталған. Бинт, бір уыс мақта аралас сырылған 2 бөлігі жараны жабуға, сыртқы тысы кеуде жарасын бітеуге қолданылады.

Клейлі (желімді) таңғыш – жараны инфекциядан қорғау үшін таңылады.

Салфетканы жараға клейлі таңғышпен желімдеп бекітуге болады. Кейбір науқастарды сүйегі сынып, буыны шыққан кезде тасымалдау кезінде жарақат алған жерін қозғалтпайтын ету керек. Ол үшін иммобилизациялық тасымалдау шиналарын пайдаланады. Мұндай адамды фельдшер жалғыз не екі адам болып, үш адам болып

қолмен тасымалдауға болады. Немесе коляскамен, каталкамен, зембілмен тасымалдауға болады.

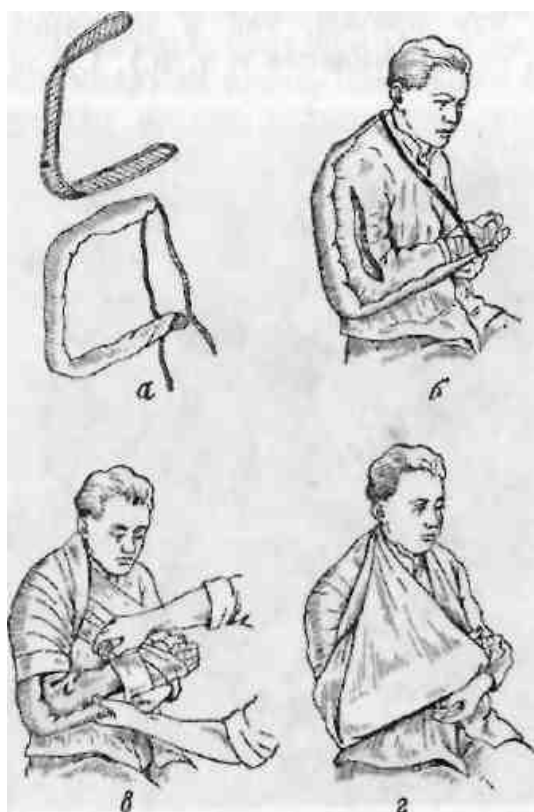
Қандай әдіспен тасымалдаса да мына ережелер сақталуы керек: Шина оқиға болған жерде санылады. Әуелі жарасы таңылып, содан кейін шина салынуы керек. Шина зақымдалған тұстағы көрші 3 буынды, кем дегенде 2 буынды бекітуі тиіс. Тоқпан жілік сынғанда және ортан жілік сынғанда міндетті түрде көрші 3 буын бекітіледі.

Науқасты өте ақырынтасымалдау керек

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Клиникалық пәндер» кафедрасы		
Әдістемелік нұсқаулық		044-67/11 546беттің 1 беті



Крамер шинасын салу кезіндегі көрініс.



1. Таңу ережелері

Таңылатын бөлік қол жететіндей және физиологиялық жағдайда болуы керек. Таңғанда науқастың бет-әлпетіне қарап, ауырсынбай ма соны бақылап отырады. Бинтті солдан оңға, шеттен ортаға қарай орайды. Бір қолмен бинтті жазып, бір қолмен оны түзеп жатқызады. Гипс таңғыш— тез қататын, емдеуге қолданылатын таңғыш. Гипс ұнтағы мен бинттен жасалынады. Гипс- сұр түсті сульфат кальций ұнтағы, сумен араластырған кезде тез қатады. Оны гипс таңу кабинетінде дайындап таңады.

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Клиникалық пәндер» кафедрасы		044-67/11
Әдістемелік нұсқаулық		546беттің 1 беті

Гипс таңғыш түрлері:

1. бітеу
2. алмалы-салмалы (лонгета).
3. «етік».
- 4 «жаға».
2. «корсет».
- 6 «коксит».
7. «кровать».
8. «тутор» және т.б.

Гипс таңғышы салынатын бөлік физиологиялық ұтымды жағдайға келтіріліп, 2 көрші буын бекітіліп, шошайған сүйек тұстарына бір уыс мақта салынады.

5.5. Оқыту және оқыту әдістері (шағын топтар, пікірталастар, ситуациялық есептер, жұппен жұмыс, презентациялар, кейс-стади және т.б.).

5.6. Әдебиет. Соңғы бетте

5.7. Бақылау (сұрақтар, тесттер, тапсырмалар және т. б.)

Тест сұрақтары:

1. Жиі кездесетін буынның шығуы:

- A. иық
- B. төменгі жақ
- C. бұғана
- D. жамбас
- E. тізе тобық буыны

2. Шығудың этиологиялық белгілеріне жатпайды:

- A. толық шығу
- B. жарақаттық
- C. біріншілік
- D. туа пайда болған
- E. патологиялық

3. Туа пайда болған буынның шығу ... жиі кездеседі.

- A. жамбас сан буынында
- B. иықта
- C. шынтакта
- D. шыбық білезік буыны
- E. 1-ші саусақтың негізгі фалангасы

4. Ұманы ұстап тұратын таңғыш түрі:

- A. суспензиялы
- B. масақ тәрізді
- C. сақпанша тәріздес
- D. сырғымалы

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Клиникалық пәндер» кафедрасы		044-67/11
Әдістемелік нұсқаулық		546беттің 1 беті

Е. шеңберлі

5. Айналмалы таңғыш:

- A. салынған орамдар бір-біріне тимей тұруы
- B. келесі орамы алдыңғы орамның 1/2 жабады
- C. келесі орамы алдыңғы орамның 3/4 жабады
- D. келесі орам алдыңғы орамнан бинттің еніндей қалыңқы орналасады
- E. келесі орамы алдыңғы орамды толық жабады

6. Тығын таңғышы ... қолданады.

- A. ашық пневмоторакста
- B. сан жілігі сынығында
- C. капиллярлы қан кетуде
- D. венозды қан кетуде
- E. артериальді қан кетуде

7. Сан сүйегі сынығының операциясынан кейін ... гипісті таңғыш салынады.

- A. терезелі
- B. лангетті
- C. айналмалы
- D. лангетті-айналмалы
- E. корсетті

8. Сынық кезіндегі сүйектің ығысуының себебі:

- A. бұлшықеттердің жиырылуы
- B. сүйек буын қапшағының жарақаттануы
- C. остеомиелиттің салдарынан
- D. бұлшықет жарақатынан
- E. сіңірдің жарақатынан

9. Сүйектің репозиция түрі:

- A. бірмезетті
- B. кейінге қалдырылған
- C. кештік
- D. ертелік
- E. уақытшалық

10. Сүйек жарқыншағынын дұрыс қалпында болғанда, иммобилизациялау әдісі:

- A. гипісті байлам
- B. қаңқалы тарту
- C. ортопедиялық аяқ-киім
- D. дәкелік таңу
- E. тасымалдау құрсауы

9- сабақ

5.1. Сабақтың тақырыбы Қан құю. Қан құюдың асқынулары. Қан алмастырғыштар.

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Клиникалық пәндер» кафедрасы		044-67/11
Әдістемелік нұсқаулық		546беттің 1 беті

5.2. Сабақтың мақсаты: оқушыларға хирургияда дәрігерге дейінгі көмек көрсетудің теориялық және тәжірибелік дағдыларын үйрету.

5.3. Пәннің міндеттері:

оқушыларға хирургиялық көмек көрсететін жағдайлармен таныстыру;
 емдік мекемелерінде және үйде науқасқа хирургияның теориялық және тәжірибелік негіздерін үйрету;
 кәсіптік этика және деонтология процесстерін үйрету;
 хирургиялық шаралармен таныстыру және үйрету;

5.4. Тақырыптың негізгі сұрақтары:

- Қан құюдың тарихы;
- Трансфузиология түсінігі;
- Қан құюдың көрсеткіштерімен керікөрсеткіштері;
- Құйған қанның әсер ету механизімі;
- АВ0 жүйесі бойынша қан топтары;
- Негізгі гемотрансфузиялық ерітінділер;
- Қан құюдан кейінгі болатын асқынулар.

Қан құю-ол күрделі,алуан түрлі қызметі бар тірі тінді трансплантациялау болып табылады.Гемотрансфузия айналымдағы қан көлемін толтырады,зат алмасуын,қанның оттегіні,қоректік заттарды,метаболизм өнімдерін тасмалдауын жақсартады. Құйылған қанмен бірге дененін көптеген қызметіне катысатын гормондар мен ферменттер енгізіледі. Құйылған қан ұзақ уақытқа дейін қан түйіршіктері, ферменттер, гормондар және т.б. арқасында қызметін атқарады. Дәрігер трансфузиологтын міндеттері:

- Өз ісін адал және шебер атқара білу қажет
- Қан дайындағанда донорлықты ұйымдастыру
- Емдік-профилактикалық мекемелерде трансфузиологиялық көмекті ұйымдастыру және оны қадағалауларға катысу
- Түрлі топтағы донорларды медициналық тексерулерден өткізу.
- Қан жасушаларын, плазманы, донорлық қанды түрлі әдістермен дайындау.
- Донорлардан алған қанды бактериологиялық тексеруден өткізу
- Трансфузиологиялық заттарды сақтауды ұйымдастыруға катысу.
- Трансфузиялық терапия алдында науқастарды тексеріп және әр түрлі аурулар мен травмада индивидуальды трансфузиологиялық ақпаратты (программа) құрастыру
- Емдеу орталықтарында аутогемотрансфузияны және реинфузияны ұйымдастыру
- Қан құйып болған сон асқынуларды анықтау, асқынулар бола қалған жағдайда алғашқы көмек көрсету және емдеу.
- Қан орталығында санитарлық жағдайды сақтау және жұмыс барысында аппараттармен жұмыс істегенде қауіпсіздік ережесін сақтауды қадағалау.

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Клиникалық пәндер» кафедрасы		044-67/11
Әдістемелік нұсқаулық		546беттің 1 беті

- Травма және өлім қаупі бар жағдайда шуғыл медициналық көмек көрсету.
- Орта және кіші буынды медицина қызметкерлерінің дұрыс жұмыс істеуін бақылау.
- ҚР денсаулық сақтау министрлігінің талабына сай медициналық құжаттарды толтыру.
- Барлық кезде өзінің теориялық және тәжірибелік білімін жетілдіру
- Соңғы трансфузиология іліміндегі жетістіктер мен іс-тәжірибелерді өз жұмысында қолдану Құйылған қанның әсер ету механизмі
- **Гемостатикалық(қан тоқтатушы) қызметі**-бұл қанның ұю жүйесінде ауытқулар болған кезде,мысалы:гемофилия,холемиа,геморрагиялық диатез,қаңсырау кезінде өте маңызды Құйылған қанның гемостатикалық әсері қанның ұюшы факторларының енуімен түсіндіріледі. Жаңа алынған немесе сақталу мерзімі аз қанның гемостатикалық әсері күшті болады.

•**Дезинтоксикациялық әсері**- құйылған қан реципиент қанында жүрген токсиндерді абсорбция жасайды. Оттегі тасмалдау мен улы заттардың ағзаға тасмалдануының ұлғаюы маңызды роль атқарады. Бұл ағзаларда улы заттар байланыстырылып,шығарылып отырады.

•**Иммунокоррекциялық әсері**-денеге фагоцитозды іске асыратын нейтрофилдардың,жасушалық иммунитетке жауап беретін лимфоциттердің еңгізілумен түсіндіріледі.Гумморальді иммунитет те иммуноглобулиндер, интерферон және т.б. аққасында үдейді. •Қан құйылғаннан соң, организмде стресске ұқсас өзгерістер дамиды. Реципиенттің негізгі зат алмасуы, газ алмасуы жақсарады. Қан құю табиғи иммунитет факторларына белсендіруші әсер көрсетеді. Гипоталамо- гипофизарлы-адреналды жүйенің белсенділігі жоғарылайды Тромбоцитті масса-донор қанынан тромбоцитті бөлу арқылы алынады.Оны 4 градус температурада 6-8 сағат, 22 градус температурада 72 сағат сақтайды.

Қан құю әдістері.

1. Стандартты трансфузия (жанама құю)-консервіленген қанды немесе оның бөлшектерін контейнер немесе флаконнан құю.

2. Қанды тікелей құю-донордан реципиентке қанды тікелей құю өте сирек қолданылады.

Қанды тікелей құюдың көрсеткіштері мынадай:

- а) гемофилиямен ауыратын науқастарда ұзақ уақыт қанының ағуы кезінде гемостатикалық емнің қонбауы.
- б) массивті гемотрансфузиядан кейін және қан ауруларында қанның ұю жүйесінің бұзылуы.
- в) ЦҚК 25-50 пайыз қаны жоғалған III дәрежелі жарақаттық шок және консервіленген қанды құюдан әсер болмаса

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Клиникалық пәндер» кафедрасы		044-67/11
Әдістемелік нұсқаулық		546беттің 1 беті

5.5. Оқыту және оқыту әдістері (шағын топтар, пікірталастар, ситуациялық есептер, жұппен жұмыс, презентациялар, кейс-стади және т.б.).

5.6. Әдебиет. Соңғы бетте

5.7. Бақылау (сұрақтар, тесттер, тапсырмалар және т. б.)

Тест сұрақтары:

- Қан құюға қарсы көрсеткіш:
 - бауыр, бүйрек қызметтерінің ауыр бұзылыстары
 - іріңді анемия
 - жедел анемия
 - ағзаның қарсы күресу күшінің төмендеуі
 - қан кетуде
- Артерия тамырына ... мм.сынап бағанасындағы қысымда құйылады.
 - 200
 - 100
 - 50
 - 300
 - 80
- Стандартты сары судың титр көлеміне қатынасы:
 - 1:32
 - 1:30
 - 1:20
 - 1:25
 - 1:64
- Лимонды-қышқылды натрий ерітіндісімен өңделген құйылатын қанның сақталу мерзімі:
 - 21 күн
 - 5 күн
 - 10 күн
 - 14 күн
 - 1 күн 5
- ... ауырған науқас донор бола алмайды.
 - вирусты гепатитпен
 - туа пайда болған буынның шығуымен
 - қыликөз
 - қисық аяқпен
 - гипертониялық аурудың I - II сатысымен
- Қан құюдың абсолютті кері көрсеткіші:
 - туберкулездің активті кезеңі

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Клиникалық пәндер» кафедрасы		044-67/11
Әдістемелік нұсқаулық		546беттің 1 беті

- В. темір жетіспеушілік анемия
 - С. гемофилии
 - Д. цистит
 - Е. тымау
7. Жарақаттан ... өткеннен кейін реинфузия жүргізуге болмайды.
- А. 4 сағат
 - В. 2- сағат
 - С. 6- сағат
 - Д. 3-тәуләк
 - Е. 12- сағат
8. Цитратты шоктың алдын алу үшін ... енгізіледі.
- А. 10 % - кальций хлориді
 - В. 4 % калия хлориді
 - С. 10 % желатин ерітіндісі
 - Д. 0,5 % новокаин
 - Е. 5 % Вит С
9. Қан тобын анықтау үшін ... қолданылады.
- А. I,II,III топтың стандартты сары суы
 - В. әмбебап моноклональді А антигені
 - С. әмбебап антирезус сары суы
 - Д. I және II топ эритроциті
 - Е. I-III топты науқас сары суы
10. қанды құюға жарамсыз.
- А. гемолизиді
 - В. консервіленген
 - С. жаңа дайындалған
 - Д. 7 тәулік сақталған

Жағдайлық есеп:

Науқас хирургиялық бөлімшеге 12 елі ішектегі ойық жараның асқынған түрдегі қан кетуімен түсті. Жедел қан айналуының жетіспеушілігі – 35 пайызды құрайды. Жоғалған қан орнын толтыру үшін жедел түрде қан құю керек екені анықталды. Гемотрансфузиясыз лабораториялық зерттеулер жүргізу керек пе? жаңа мұздатылған

10- сабақ

5.1. Сабақтың тақырыбы Жарақаттар. Жарақат түрлері. Асқынулары. Асқынулардың алдын алу шаралары.

5.2. Сабақтың мақсаты: оқушыларға хирургияда дәрігерге дейінгі көмек көрсетудің теориялық және тәжірибелік дағдыларын үйрету.

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Клиникалық пәндер» кафедрасы		044-67/11
Әдістемелік нұсқаулық		546беттің 1 беті

5.3. Пәннің міндеттері:

- оқушыларға хирургиялық көмек көрсететін жағдайлармен таныстыру;
- емдік мекемелерінде және үйде науқасқа хирургияның теориялық және тәжірибелік негіздерін үйрету;
- кәсіптік этика және деонтология процесстерін үйрету;
- хирургиялық шаралармен таныстыру және үйрету;

5.4. Тақырыптың негізгі сұрақтары:

- Сынық түсінігі;
- Сынықтың жіктелуі;
- Сынықтың ауыртпалығын анықтау;
- Клиникалық ағымын;
- Сынықпен буын шығуының диагностикасы;
- Алғашқы көмек көрсету;
- Жергілікті және хирургиялық емі.
- Дененің анатомия - физиологиялық ерекшеліктері;
- Десмургия түсінігі;
- Жұмсақ және қатты таңғыш түрлері;
- Таңғыштарды салу техникасы

Жарақат травмалар.

Жарақат немесе травма деп ағзаға сыртқы агент әсерінен органның анатомиялық және физиологиялық бүтіндігінің бұзылуын жалпы және жергілікті реакция бақылауын айтамыз. Травманың жіктелуі. Өндірістік емес жарақат а) транспорттық (теміржол, автомобиль, трамвайлық т.б; б) жаяу жүріп келе жатқанда; в) тұрмыстық; г) спорттық т.б. Өндірістік жарақат (өнеркәсіптік және ауылшаруашылық). Әскери жарақат. Тудырушы әрекетке байланысты жарақат мынадай түрге бөлінеді: механикалық, термиялық, химиялық, электрлік, психикалық, операциялық, туғаннан кейінгі. Жарақат зақымдалуына байланысты ашық және жабық болып бөлінеді. Ашық жарақатты терінің және кілегей қабаттың бүтіндігі бұзылады. Бұл кезде зақымдалған тканьге инфекция түсуі мүмкін. Жабық жарақат кезінде тері және кілегей қабатын тұтастығы бұзылмайды. Жарақат қуысқа енген және қуысқа енбеген болып бөлінеді (қарын, көкірек, бас буын қуысы). Қуысқа инфекция түсуі жарақаттың ағымын қиындатады. Жарақат тағы да жекеленген және қосарланған жәй және қыстырылған болып бөлінеді. Егер зақымдалу тек бір жерге күш түсірсе ол тікелей жарақат, ал басқа аймақта дамиды болса тікелей емес жарақат деп аталады. Жарақаттануды аяқ - асты болған және созылмалы жарақаттану деп белгіленеді. Аяқ астынан болған жарақат бір ұзақ әсер етуден болғанда пайда болады. Созылмалы травмаға ұзақ уақыт тар етік киюдің әсерінен пайда болған мүйізгекті жатқызуға болады. Созылмалы мамандық жарақатта тізерлей жұмыс істегендерде тақым алды бурсит пайда болады. Жарақаттанудағы қауіптер мен асқынулар. Жарақаттан кейінгі

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Клиникалық пәндер» кафедрасы		044-67/11
Әдістемелік нұсқаулық		54беттің 1 беті

қауіпті жайлар келесі топтарға бөлінеді.Тікелей қауіпті жағдай. Бұл жарақаттанудан кейінгі алғашқы сағаттарда пайда болады. Оған коллапс, қансырау, өмірге маңызды органдардың зақымдануы. Жарақаттану салдарынан адам өміріне қауіп бірнеше сағаттан соң туады. Оның нәтижесінде хирургиялық инфекция пайда болады. Онда жергілікті ірінді инфекция (жараның іріндеуі, перитонит, плеврит т.б.) және жалпы ірінді инфекция (сепсис, сис, газды гангрена, сіреспе т.б.). Ұлпалардың ұзақ уақыт қысылуынан травмалық токсикоз пайда болуы мүмкін. Асқынулар мен қауіпті жайлар жарақаттанкейін байқалады. Оған созылмалы ірінді инфекцияны жатқызуға болады. Созылмалы остеомиелит, жыланкөз(свиш), ткандердің трофикасының бұзылуының трофикалық жара, ткандарда тыртықтың пайда болуы, контрактура травматикалық (токсикоз) эилепция, әртүрлі анатомиялық және функционалдық дефектілер.Зақымданудың күші және оны кейінгі әсері көптеген шарттарға байланысты мынадай топтарға бөлінеді.

- 1.Трамва механизмі және зақымдануға әкелетін ішкі фактор.
2. Ұлпа және органдардың анатомо -физиологиялық қасиеті.
3. Зақымдалған органдарда өзгерістің болу немесе болмауы.
4. Зақымдалу болған ортаның ерекшелігі.

Бас және мидың жабық зақымдалуы.

Бастың жұмсақ ткандерінің жарақатында және емдеуінде, басқа құбылыстарының зақымынан ерекшеленбейді. Ми зақымында ғана ерекшелік болады. Ми жарақаттары, ми зақымы, мидың отыруы, көпірсінуі және бас негізі сынуы болып табылады. Мидың зақымдалуы. Мидың зақымдалуы басқа мағыналы күштің құрылуынан т.б. болады. Бұл кезде мидың жұмсақ ткані және клеткалары өзгеріске ұшырайды. Ми зақымын патологиялық өзгерісі мидың анемиясы, нүктелік қан ұюға, яғни ақ және сұр заттың манындағы қан ұюға, мидың ісінуіне әкеледі. Екінші бір маңызды симптомы болып ретроградты амнезия саналады. Мұнда адам есін жиғаннан соң травмаға дейін не болғанын ұмытады. Мидың зақымдалуына клиникасының пайда болуында үш сатыны бөліп қараймыз.

Құрсақ қуысының органдарының жабық зақымдалуы.

Құрсақ қуысы органдарының зақымдалуы да жиірек кездестірудегі қуысты және паренхиматозды органдар зақымы. Мұндағы жарақат ішке соққы тигенде немесе қатты зақым тигенде болады. Зақымдалған жердің саттылары зақымдалушы агентке байланысты болады. Мысалы: аттың тепкеніне алған зақым, машина теміріне соғылу, тас тию т.б.болады. Егер қуысты органдар соққы тигенде тола болса қарын, ішек ілмектері сирек жыртылады. Паренхиматозды органдардың жыртылуы түрлі патологиялық әсерден де жиі кездеседі. Мысалы: көкбауыр маляриясы, бауыр гепатиттен т.б.Қуысты органдар зақымы

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Клиникалық пәндер» кафедрасы		044-67/11
Әдістемелік нұсқаулық		54беттің 1 беті

кезінде оның ішіндегі құрамы салдарынан түрлі инфекциялы және ірінді процестер туындауы мүмкін. Ал паренхиматозды органдарда қансырау, жедел анемия туындайды.

5.5. Оқыту және оқыту әдістері (шағын топтар, пікірталастар, ситуациялық есептер, жұппен жұмыс, презентациялар, кейс-стади және т.б.).

5.6. Әдебиет. Соңғы бетте

5.7. Бақылау (сұрақтар, тесттер, тапсырмалар және т. б.)

Тест сұрақтары:

1. Жиі кездесетін буынның шығуы:

- A. иық
- B. төменгі жақ
- C. бұғана
- D. жамбас
- E. тізе тобық буыны

2. Шығудың этиологиялық белгілеріне жатпайды:

- A. толық шығу
- B. жарақаттық
- C. біріншілік
- D. туа пайда болған
- E. патологиялық

3. Туа пайда болған буынның шығу ... жиі кездеседі.

- A. жамбас сан буынында
- B. иықта
- C. шынтақта
- D. шыбық білезік буыны
- E. 1-ші саусақтың негізгі фалангасы

4. Ұманы ұстап тұратын таңғыш түрі:

- A. суспензиялы
- B. масақ тәрізді
- C. сақпанша тәріздес
- D. сырғымалы
- E. шеңберлі

5. Айналмалы таңғыш:

- A. салынған орамдар бір-біріне тимей тұруы
- B. келесі орамы алдыңғы орамның 1/2 жабады
- C. келесі орамы алдыңғы орамның 3/4 жабады
- D. келесі орам алдыңғы орамнан бинттің еніндей калыңқы орналасады
- E. келесі орамы алдыңғы орамды толық жабады

6. Тығын таңғышы ... қолданады.

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Клиникалық пәндер» кафедрасы		044-67/11
Әдістемелік нұсқаулық		546беттің 1 беті

- A. ашық пневмоторакста
 - B. сан жілігі сынығында
 - C. капиллярлы қан кетуде
 - D. венозды қан кетуде
 - E. артериальді қан кетуде
7. Сан сүйегі сынығының операциясынан кейін ... гипісті таңғыш салынады.
- A. терезелі
 - B. лангетті
 - C. айналмалы
 - D. лангетті-айналмалы
 - E. корсетті
8. Сынық кезіндегі сүйектің ығысуының себебі:
- A. бұлшықеттердің жиырылуы
 - B. сүйек буын қапшағының жарақаттануы
 - C. остеомиелиттің салдарынан
 - D. бұлшықет жарақатынан
 - E. сіңірдің жарақатынан
9. Сүйектің репозиция түрі:
- A. бізмезетті
 - B. кейінге қалдырылған
 - C. кештік
 - D. ертелік
 - E. уақытшалық
10. Сүйек жарқыншағынын дұрыс қалпында болғанда, иммобилизациялау әдісі:
- A. гипісті байлам
 - B. қаңқалы тарту
 - C. ортопедиялық аяқ-киім
 - D. дәкелік таңу
 - E. тасымалдау құрсауы

11- сабақ

5.1. Сабақтың тақырыбы Жаралар. Жаралардың түрлері. Хирургиялық көмек.

5.2. Сабақтың мақсаты: оқушыларға хирургияда дәрігерге дейінгі көмек көрсетудің теориялық және тәжірибелік дағдыларын үйрету.

5.3. Пәннің міндеттері:

оқушыларға хирургиялық көмек көрсететін жағдайлармен таныстыру;

емдік мекемелерінде және үйде науқасқа хирургияның теориялық және тәжірибелік негіздерін үйрету;

кәсіптік этика және деонтология процесстерін үйрету;

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Клиникалық пәндер» кафедрасы		044-67/11
Әдістемелік нұсқаулық		546беттің 1 беті

хирургиялық шаралармен таныстыру және үйрету;

5.4. Тақырыптың негізгі сұрақтары:

- Ашық механикалық зақымданулардың түрлері.
- Кесілген жараның ерекшелік клиникалық белгілері.
- Шаншылған жараның ерекшелік клиникалық белгілері.
- Шабылған жараның ерекшелік клиникалық белгілері.
- Тістелген жараның ерекшелік клиникалық белгілері.
- Атылған жараның ерекшелік клиникалық белгілері.
- Жыртылған жараның ерекшелік клиникалық белгілері.
- Мыжылған жараның ерекшелік клиникалық белгілері.
- Уланған жараның ерекшелік клиникалық белгілері.

Жаралар – тіндердің немесе органдардың механикалық зақымдануы, олардың тұтастығы немесе шырышты қабығының тұтастығын бұзылуы. Осы жаралардың басқа зақымдалулардан айырмашылығы тіннің бүтіндігінің бұзылуы.

Жараның шығу тегі бойынша түрлері:

- Қасақана (операциялық)
- Кездейсоқ

Операциялық жаралар қасақана болып табылады және олар емдік, диагностикалық мақсатта пайдаланылады.

Жарақаттардан туындаған барлық жаралар кездейсоқ болып саналады. Олардың сипаттамасында міндетті түрде инфекция болады.

Жарақаттың сипаты бойынша, жарақаттың түріне байланысты жаралар бөлінеді:

- Кесілген
- Жарылған
- Ұсақталған
- Оқ тиген
- Уландырылған
- Аралас

Кесілген – субъектісінің тері бетіне өткір нәрсе (шыны, металл, пышақ, ұстара т.б.) әсерінен пайда болады. Ол жаралар арнасы мен айналасындағы тіндердің бойында тіндердің минималды бұзылуымен ерекшеленеді. Жараның шеттері тегіс және тіндердің эластикалық қабілетіне қарай, жараның кесілу бағытына қарай иіледі. Ауру синдромы

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Клиникалық пәндер» кафедрасы		044-67/11
Әдістемелік нұсқаулық		546беттің 1 беті

калыпты, қан кету айтарлықтай дәрежеде. Бұл жарақат түрінде үлкен қан тамырлары, нервтері, бұлшықеттер, сіңірлер зақымдалуы мүмкін.

Кесілген жара симптомдары:

- Жараның тереңдігі, жара жиектерінің болуы
- Айқын қансырау
- Гематомалар
- Тіндердің қатаюы
- Көгеру
- Ауыру сезімі
- Бас айналу
- Ес жоғалту
- Тахикардия
- Аяқ-қолдың салдануы
- Бозару

Кесілген жаралар үшін типтік патоморфологиялық және физикалық белгілер:

- Зақым келтірілген заттың үшкір қырлары бар және ол жұқа, ұзын
- Жараның тереңдігі соққы күшіне байланысты
- Әдеттігідей қан кетеді және жара шеттері тегіс соның арқасында біріншілік тігіспен тез жазылуы мүмкін
- Жараға инфекция түскеннен іріңді асқынулар болуы
- Үлкен тереңдіктегі жараларда айқын қан кетулер мен ауыру сезімі

Кесілген жара кезіндегі алғашқы көмек:

Жараны ағын сумен жуады. Кесілген жердің айналасындағы теріні дәке жастықша арқылы тазаланады, және антисептикалық өңделеді бинтпен жабылады. Веналық немесе капиллярлық қан кету болған жағдайда таңғыш байлау пайдаланылады. Ал артериялық қан кету де иыққа немесе жамбасқа жгут байланады. Кесілген жердің үлкен-кішілігіне, қан кету дәрежесіне қарамастан медициналық мекемеге жедел жеткізіледі.

Кесілген жараларды емдеу:

Қабыну белгілері болмаған кезде 24 сағаттан аз уақытқа созылған жараларды кесу бастапқы хирургиялық емдеуге жатады. Зақымдалудың дәрежесімен орналасуына қарай, бастапқы хирургиялық емдеу жергілікті немесе жалпы анестезиямен жүргізіледі.

Кеуде аймағы зақымдалған кезде дәрігер сол аймақтағы ағзаларға перкуссия, өкпе мен жүрекке аускультация және пальпация жүргізеді.

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ  SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»	
«Клиникалық пәндер» кафедрасы	044-67/11
Әдістемелік нұсқаулық	546беттің 1 беті

Жараны перекисводорода және фурацилин ерітіндісімен жуылады, ары қарай бұлшықет, сіңір, нерв, тамырлардың зақымдалуын тексереді. Сіңір зақымдалған болса біріншілік тігіс салынады, ұсақ тамырларды байлайды. Жара тағы бірнеше рет ертінділермен жуылады, дренаж қойылады. Қажет болған жағдайда зақымдануды пластикалық немесе гипстік линтпен иммобилизациялайды. Операциядан кейін ауыру сезімін басатын дәрілер және антибиотиктер тағайындалады. Дренажды 2-3 күннен кейін алып тастайды.

Жақсы көрсеткіштер кезінде жара 7-10 күн ішінде жазылады және тігістер жойылады. Ары қарай емдеу тактикасымен оңалту бұлшықеттердің, сіңірдің, тамырлардың зақымдалу дәрежесіне байланысты.

Ішкі органдардың зақымдалу кезінде тиісінше хирургиялық шаралар жүргізіледі: Өкпе зақымдалуында – торактомия, Іш қуысы зақымдалуында – лапаротомия және т.б. Операция көлемі сол ағзаның зақымдалу дәрежесіне байланысты. Операциядан кейін антибиотиктер, анальгетиктер тағайындалады және таңу жүргізіледі. Кесілген жара кезіндегі болжам жараның локализациясына, жарақаттың пайда болған уақытына, қан жоғалту көлеміне, ішкі ағзалардың зақымдалуына және науқастың ағзасына байланысты. Көптеген жағдайда жара біріншілік тігістен кейін жазылады. Бірақ айырықша ауыру бар (мысалы қант диабет) науқастарда жараның жазылуына ауыру теріс әсер етеді, тіпті кішігірім кесіктер үлкен көлемдегі асқынуларға іріңдерге әкелуі мүмкін.

Барлық қажетті медициналық манипуляциялар жүргізілгеннен кейін, жарақаттанған тіндерді қалпына келтіру мақсатында жақпа қолданылады.

- Пантестин, Д-пантенол
- Календула жақпасы
- Этония

5.5. Оқыту және оқыту әдістері (шағын топтар, пікірталастар, ситуациялық есептер, жұппен жұмыс, презентациялар, кейс-стади және т.б.).

5.6. Әдебиет. Соңғы бетте

5.7. Бақылау (сұрақтар, тесттер, тапсырмалар және т. б.)

Тест сұрақтары:

1. Жаңа жарақатқа тән емес:
 - А. бұлшықеттердің тартылуы
 - В. ауырсынуы
 - С. қансырауы
 - Д. жараның ашылуы
 - Е. жараның ашылуы, қансырауы
2. Жарадағы ауырсыну интенсивтілігі ... байланысты.
 - А. жарақаттаушы снаряд көлеміне және жылдамдығына
 - В. зақымдалу аймағындағы нервтің санына

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Клиникалық пәндер» кафедрасы	044-67/11	
Әдістемелік нұсқаулық	54беттің 1 беті	

- С. жәбірленушінің нервтік- психикалық жағдайына
 - D. жарақаттаудың жылдамдығына
 - Е. жарақаттаушы снарядтың өткірлігіне
3. Тесіп өткен атылған жарада, оқтың шыққан жерінен кірген жерінің үлкен болуы ... салдарынан дамиды.
- A. жақын жерден ату
 - B. алыс жерден ату
 - C. қылышпен зақымдау
 - D. жарықшақ (осколка) тию
 - Е. садақ жебесінен зақымдау
4. Жараның ластануына байланысты ... болып бөлінеді.
- A. асептикалық, жаңа инфекцияланған, ірінді
 - B. асептикалық, тістелген, ірінді
 - C. уланған, жаңа инфекцияланған, ірінді
 - D. асептикалық, жаңа инфекцияланған, жұқтырылған
 - Е. қансыраған, жаңа инфекцияланған, ірінді
5. Құрсақ қуысына енген жара деп ... жарақаттануын айтады.
- A. париетальды қабаттың
 - B. терінің
 - C. апаневроздың
 - D. бұлшық еттің
 - Е. май қабатының
6. Жараның ашылу дәрежесі ... байланысты.
- A. эластикалық тері талшықтары, бұлшықеттермен сіңірлердің зақымдалуына
 - B. зақымдалудың тереңдігіне
 - C. нерв талшықтарының зақымдалуына
 - D. фасцияның зақымдалуына
 - Е. бұлшықеттер мен сіңірлердің зақымдалуына
7. Біріншілік бітуте бейім, ... жара.
- A. кесілген
 - B. мыжылған
 - C. соғылған
 - D. тістелген
 - Е. шабылған
8. Жарада инфекция дамуына ... әсер етпейді.
- A. шок
 - B. гематома
 - C. қан кету
 - D. бөгде заттар
 - Е. жүдеу, авитаминоз
9. Жараның түйіршіктеніп бітуі алты қабаттан тұрады, соның төртінші қабаты:
- A. жетілуші (созревающий)
 - B. лейкоцитті-некротикалық
 - C. көлденең қан тамырлы
 - D. қан тамырлы шоғырлану
 - Е. қиғаш фибробласты

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Клиникалық пәндер» кафедрасы		044-67/11
Әдістемелік нұсқаулық		54беттің 1 беті

10. Атылған жарада ... аймағынан басқа барлық аймақтардың зақымдалуы анықталады.

- A. қабыну
- B. жарақаттану каналы
- C. молекулярлық шайқалу
- D. біріншілік некроз
- E. қанталау

Жағдайлық есеп:

Ағаштан құлап және қатты заттан соққы алудың нәтижесінде зардап шегушінің сол жақ сирағының сыртқы беткейінде өлшемі 5х8 см, дұрыс емес формадағы, тегіс емес шекарасы бар жара пайда болды. Жараның түбінде баяу қансыраумен бұлшықеттің бөлшектенуі бар. Мұндай жара жараның қай түріне жатады және жара процесінің барысында қандай асқынулар болуы мүмкін?

12- сабақ

5.1. Сабақтың тақырыбы Хирургиялық инфекция. Жіктелуі. Хирургиялық инфекцияның көріністері. Емдеу қағидалары

5.3. Пәннің міндеттері:

оқушыларға хирургиялық көмек көрсететін жағдайлармен таныстыру;
 емдік мекемелерінде және үйде науқасқа хирургияның теориялық және тәжірибелік негіздерін үйрету;
 кәсіптік этика және деонтология процесстерін үйрету;
 хирургиялық шаралармен таныстыру және үйрету;

5.4. Тақырыптың негізгі сұрақтары:

Іріңді инфекция этиологиясы, патогенезі;

- Іріңд инфекция жіктелуі, патолого-анатомиялық суреттемесі;
- Клиникалық ағымы;
- Диагностика, дифференциальді диагностика;•

Консервативті, оперативті емдерінің негізгі принциптері

- Антибиотиктерді қолдану;•

Хирургиялық инфекция

Хирургиялық инфекция - бұл пиогендік флорадан туындаған әртүрлі локализация мен сипаттағы қабыну ауруы. Өмірдің бірінші күнінің соңында бала қазірдің өзінде бактериялардың 12 түрін мекендейді. Үшінші - жетінші күні олар оның ішектеріне енеді.

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Клиникалық пәндер» кафедрасы		044-67/11
Әдістемелік нұсқаулық		546беттің 1 беті

Бала өскен сайын оның микробтық популяциясы тез өседі. Ересек адамның денесінде ол жүздегенмен ұсынылған, олардың саны астрономиялық сандарға жетеді. Адам ағзасында өмір сүретін бактериялардың жалпы салмағы екі келіге жуықтайды. Адамда микроорганизмдердің 200-ге жуық түрі өмір сүрсе, оның 80-і ауыз қуысында болады. Әдетте адамның ішегінде жалпы салмағы 1 кг-ға дейінгі бактериялардың 300-ден 1000-ға дейін түрі өмір сүреді және олардың жасушаларының саны адам ағзасындағы жасушалардың санынан көп мөлшерде болады. Олар көмірсулардың қорытуында маңызды рөл атқарады, витаминдерді синтездейді, патогенді бактерияларды жою. Бірақ олар үнемі өзгеріп отырады, патогенді болады. Олардың қаншасы бізге тамақпен, тыныспен, лас қолмен, мейірбикелік және медициналық манипуляциялар кезінде келеді. Хирургиялық инфекция микробтардың олар үшін әдеттен тыс мекендеу орындарына (жаралар, ішкі органдар мен қуыстар, талшықтар) ену және даму процесі ретінде анықталады. Іріңді-қабыну аурулары бар науқастар барлық хирургиялық науқастардың үштен бірін құрайды.

Жіктелуі

1. Клиникалық ағымы бойынша

1.1. Жедел хирургиялық инфекция: іріңді; шірік (спора түзбейтін анаэробтар); анаэробты; спецификалық (сіреспе, сібір жарасы және т.б.).

1.2. Созылмалы хирургиялық инфекция: бейспецификалық (пиогенді); спецификалық (туберкулез, мерез, актиномикоз және т.б.).

2. Көрсетілген нысандардың әрқайсысының мынадай нысандары болуы мүмкін:

2.1. Жергілікті хирургиялық инфекция (жергілікті көріністердің басым болуымен);

2.2. Жалпы хирургиялық инфекция (септикалық ағымы бар жалпы құбылыстардың басым болуымен).

Этиологиясы

Іріңді-қабыну аурулары инфекциялық сипатқа ие (моноинфекция немесе аралас, организмге экзогендік немесе эндогендік жолмен енетін). Ең көп таралған қоздырғышы стафилококк болып табылады, бұл олардың а/б және антисептиктерге жоғары төзімділігімен, сонымен қатар экзотоксиндерді шығару қабілетімен түсіндіріледі. Стрептококктар (ауыр интоксикация береді), пневмококктар, протей, коли бактериялары, *Pseudomonas aeruginosa*, клостридиялар сирек кездеседі. Экзогенді – ауа – ауа – шаң – контакт – имплантация) Инфекцияның ену жолдары: Патогенезі Қабыну процесінің одан әрі дамуы енген микробтардың саны мен вируленттілігінің ағзаның иммунологиялық күштерімен қатынасымен анықталады. Тіндердің жағдайы және жергілікті иммундық

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Клиникалық пәндер» кафедрасы		044-67/11
Әдістемелік нұсқаулық		54беттің 1 беті

факторлар да маңызды. ! Жараға түскен микробтар 5-6 сағаттан кейін белсенді бола бастайды! Клиникалық көріністері

Жергілікті симптомдар – қабынудың классикалық белгілері:

- Гиперемия
- Ісіну
- Ауырсыну
- Жергілікті температураның жоғарылауы
- Органның дисфункциясы

Қабыну процесінің екі фазасы бар:

алғашқыда қабыну ошағы тығыз, ауырсыну тұрақты (инфильтративті фаза).);

инфильтраттың жұмсаруы, жиырылған ауырсынулар, флюктуация абсцесс фазасының дамуын көрсетеді.

Жалпы симптомдар:

- дене температурасының жоғарылауы, қалтырау
- Аймақтық лимфа түйіндерінің ұлғаюы
- Науқастың қозуы немесе летаргиясы
- Бас ауруы, әлсіздік сезімі, тахикардия
- Қан құрамының өзгеруі (лейкоцитоз, ЭТЖ жоғарылауы, гемоглобин мен эритроциттердің төмендеуі)

5.5. Оқыту және оқыту әдістері (шағын топтар, пікірталастар, ситуациялық есептер, жұппен жұмыс, презентациялар, кейс-стади және т.б.).

5.6. Әдебиет. Соңғы бетте

5.7. Бақылау (сұрақтар, тесттер, тапсырмалар және т. б.)

1. Флегмона белгісіне тән емес:

- капшықпен қапталған іріңді қуыс
- дене қызуының жоғарлауы
- шектелген ауырсыну
- шектелген тері гиперемиясы
- ортасы жұмсарған ауырсынулы инфильтрат

2. Беткей іріңді тромбофлебитке тән емес:

- кезектескен ақсаңдау
- аяқ ісігі

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Клиникалық пәндер» кафедрасы	044-67/11	
Әдістемелік нұсқаулық	546беттің 1 беті	

- С. тамыр бойында тромбтың пайда болуы
D. ден температурасы 37-37,5 С
Е. тері цианозы
3. Абсцесстің радикальді емі:
- А. абсцессті ашу және түтікшелеу
В. абсцесс қуысын пункциялау
С. инфузиялық және дезинтоксикациялық терапия
D. абсцесс аймағын антибиотиктермен шаншу
Е. физиотерапиялық шаралар
4. Ірінді плеврит диагностикасы дәлелденеді:
- А. плевральды пункция арқылы іріндікті алу
В. қабынған бөліктің аускультацияда тыныстың әлсіз естілуі
С. перкуссияда дыбыстың тұйықталуы
D. рентгеноскопияда өкпе тіндерінің айқындалуы
Е. пальпацияда дауыс дірілінің болмауы
5. Ылғалды гангренаны құрғақ гангренаға айналдыру үшін ... қажет.
- А. жергілікті жансыздандыру арқылы "лампасты" тілік жасап, жақпа майын жағып, УКС емі
В. инфекциямен күресу, алдын алу
С. қан айналымын жақсарту
D. жараны УКС емдеу
Е. спиртті таңу
6. Хирургиялық сепсисің пайда болуына себеп бола алмайды:
- А. жабық сынықтар
В. терең күйік
С. перитонит
D. бетте орналасқан сом
Е. мыжылған жара
7. Сепсисің клиникалық жіктелуіне тән емес:
- А. жарақатты
В. жіті
С. кенеттен
D. қайталанбалы
Е. криптогенді
8. Сепсисің еміне тән емес:
- А. гипертоникалық ерітіндіні, сұйықтықты шектеу
В. іріндікті ашу
С. антибиотиктерді енгізу
D. қан құю
Е. витаминді терапия

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Клиникалық пәндер» кафедрасы	044-67/11	
Әдістемелік нұсқаулық	546беттің 1 беті	

9. Сепсистің маңызды емі:

- A. біріншілік ошақты жою
- B. қатаң тосекті режим
- C. анамнезін нақты жинау
- D. қосалқы ауруларын емдеу
- E. тұқым қуалаушы факторларын анықтау

10. Сепсиске тән емес:

- a. анурия
- b. тахикардия
- c. лейкоцитоз
- d. дене температурсының көтерілуі
- e. ірінді ошақ

Жағдайлық есеп:

Қабылдау бөліміне оң аяғының ауырғанына шағымданып 9 жасар бала түсті. Екі аптадан бері ауырады, үйде емделген. Жағдайы нашарлап, стационарға емделуге келді. Кешкісін дене қызуы 40,0 С-қа дейін көтеріледі. Өкпесін тындағанда, біркелкі ылғалды және құрғақ дыбыс естіеді. Бауыры, көк бауыры ұлғаймаған. Оң жақ санының төменгі үшінші бөлігі терісі ісінген, қызарған, бірден ауырады. Тізе буыны көлемді ұлғайған, аяғы жартылай бүгілген. 3 апта бұрын партаға оң жақ санын ұрып алған. Сіздің диагнозыңыз? Қабылдау бөлімінде қандай тексерулер жүргізу керек? Сіздің емдеу ісәрекетіңіз?

Негізгі әдебиеттер:

Қазақ тілінде: Нұрмақов Аман Жәменұлы «Хирургиялық аурулар» (клиникалық дәрістер). – Алматы: Асем-Систем: 2008 - 176 бет.

Орыстілінде: 1. Общая хирургия: учебник + CD. С.В.Петров. – 3-е изд., перераб. и доп. – М., 2009. – 768 с.

2. Сестринское делов хирургии: учебное пособие. – М., ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 400 с.

3. Общая хирургия: учебник В.К. Гостищев. – 2013. - 728 с.

3.10.1. Қосымша әдебиеттер:

1. Хирургия для фельдшеров: практикум. Барыкина Н.В., Заянская В.Г. - 2003.

2. Хирургия. Морозова А.Д., Конова Т.А. - 2005.

3. Хирургия. Рубан Э.Д. - 2006.

4. Сестринское дело в хирургии практикум. Барыкина Н.В., Чернова О.В. 2005.

5. Хирургия в практике сельского фельдшера. Н.Н. Тимофеев. – Л., М., 1990.