

Дәріс кешені

Пәні: Жедел медициналық көмек-1

Пән коды: ZhMK 5302-1

ББ шифрі мен атауы: 6B10102– «Педиатрия»

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

Оқу курсы мен семестрі: 5 курс, 9 семестр

Дәріс көлемі: 15сағат

«Шұғыл медицина және мейіргер ісі» кафедрасы

57/11()

«Жедел медициналық көмек – 1» пәнінен дәріс кешені

31 беттің 26еті

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

Хаттама № « 11 » « 26 » « 06 » 2025ж.

Кафедра менгерушісі м.ғ.к., доцент



Сейдахметова А.А.

ONTÜSTIK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Шұғыл медицина және мейіргер ісі» кафедрасы		57/11()
«Жедел медициналық көмек – 1» пәнінен дәріс кешені		31 беттің 3беті

Дәріс № 1

1.Тақырыбы: ҚР жедел медициналық көмек қызметін ұйымдастыру.

Төтенше жағдайлар кезінде госпитальға дейінгі кезеңде медициналық көмекті ұйымдастыру.

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

3. Дәріс тезистері:

1. Қазақстан Республикасында жедел медициналық жәрдем көрсету тәртібі.
2. Жедел жәрдем қызметінің міндеттері.
3. Жеделділік санаттары
4. Көпсалалы ауруханалардың қабылдау бөлімдері
5. Тriage жүйесі
6. Төтенше жағдайлар кезінде жедел медициналық жәрдемді ұйымдастыру

Қазақстан Республикасында жедел медициналық жәрдем көрсету тәртібі.

2025 жылғы 4 сәуірінен бастап Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің № 32 бұйрығы «Медициналық авиацияны тарту арқылы жедел медициналық көмек көрсету қағидаларын бекіту туралы» бойынша жұмыс атқарады.

Жедел медициналық көмек көрсету принциптері:

- 1) оқиға орнын қарау;
- 2) бірінші рет қарау, көмек көрсету;
- 3) жедел жәрдем шақыру;
- 4) екінші рет қарау.

Оқиға орнын қарау * Сіз үшін қауіпті емес пе? * Не болды? * Зардап шеккендер қанша? * Айналаңыздағылардың сізге көмек көрсететін жағдайы бар ма? Қарау кезінде әрбір нәрсеге назар аударыңыз. Бұл оқиғаның немесе жарақаттың бастапқы себептерін көрсетеді. Егер зардап шеккен адам ес-түссіз болса, ал куәгерлер болмаса, түбегейлі қарау өте маңызды.

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

- 1) есін тексеру (ми жүйесі);
- 2) тынысын тексеру;
- 3) пульсін тексеру (жүректің жұмысын);
- 4) жедел жәрдем шақыру .

ЗАРДАП ШЕГУШІНІ ҚАРАУ.

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

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

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

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Шұғыл медицина және мейіргер ісі» кафедрасы		
«Жедел медициналық көмек – 1» пәнінен дәріс кешені		57/110) 31 беттің 4беті

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

Кеуденің алдыңғы бөлігін қарағанда бұғананың бүтіндігін олардың ортаңғы бөлігін басу арқылы тексереді, содан кейін зардап шегушінің терең дем алуын сұрайды; егер де қабырға және кеуде клеткалары зақымдалмаса, онда тыныс алу түзу, ауырмайтын, бір қалыпты болады.

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

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

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

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

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

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

4. Иллюстрациялық материал: Презентация

5.Әдебиет:

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

6. Бақылау сұрақтары:

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

Дәріс № 2

Тақырыбы: Терминалды жағдайлар. Балалардағы негізгі жүрек-өкпе реанимациясы.

ONTÜSTIK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Шұғыл медицина және мейіргер ісі» кафедрасы		57/11()
«Жедел медициналық көмек – 1» пәнінен дәріс кешені		31 беттің 5беті

1. Мақсаты: Студенттерді терминалдық жағдайлардағы науқастың жағдайын бағалауға, шұғыл көмек көрсету дағдыларына және балаларға базалық жүрек-өкпе реанимациясын (ЖӨР) жүргізу алгоритмін меңгеруге үйрету.

3. Дәріс тезистері:

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

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

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

3- саты - Агония- жанталасу. Агония кезінде естің болмауы мүмкін, бірақ емделуші естуі мүмкін. Тері жамылғылары бозарады, акроцианоз, бастың мәрмәр түсті болуы немесе цианозы байқалады. Пульс тек ірі (ұйқы) артерияларда ғана анықталады, брадикардия.

Тынысы сирек, ырғақсыз, «тынысты жұтады» (агоналды тыныс); Көз қарашықтары кеңейген, жарыққа реакциясы әлсіз; тырысулар, еріксіз зәр, нәжіс бөлінуі мүмкін.

Бұл кезең бірнеше минуттан бір неше сағаттарға дейін созылады.

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

Белгілері:

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

Жаңа туған нәрестелерге арналған ЖӨР

№	Қадамдар	Іс-әрекет алгоритмі
1	Жағдайды бағалау	Реаниматолог пен пациентке қауіп-қатердің бар-жоғын тексеру.
2	Тактильді ынталандыруды жүргізу Тыныс алуды тексеру Пульсін тексеру	Тактильді ынталандыру жүргізу (табанын ұрғылау немесе арқасы мен аяқ-қолдарын сипау). Тыныс алуын бағалау (көремін, естимін, сезінемін). Қанайналым жүйесін бағалау (екі жағынан ұйқы артериясындағы пульсация).
3	Нәрестені дайындау	Баланы арқаға жатқызу, тыныс алу жолдарын санациялау, иық астына биіктігі 2 см болатын валик қою, басын жеңіл артқа шалқайту. Жылу жоғалтуларды азайту, жылыту. Суды сүрту.
4	Өкпені жасанды желдетуді жүргізу	Сәбидің аузын және мұрнын ернімен тығыз жауып, ұрттық 5 жасанды дем беру.

ONTÜSTIK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Шұғыл медицина және мейіргер ісі» кафедрасы		57/11()
«Жедел медициналық көмек – 1» пәнінен дәріс кешені		31 беттің 6беті

5	Кеуде қуысының компрессиясына дайындық	Жұмыс қолының екі саусағын кеудеге, емізікше деңгейінен сәл төмен орналастыру (бір реаниматор болса) немесе екі қолдың бас бармақтарын қолдану (екі реаниматор болса). Кеуде қуысының алдыңғы–артқы өлшемінің 1/3 тереңдігінде 3 компрессия жасау.
6	Толтау анализі	Тыныс алу мен пульсті әр 30 секунд сайын тексеру.
7	Келесі тактика	1–2 минуттық реанимациядан кейін көмек шақыру, ЖӨР-сын жалғастыру. Көмек келген соң кеңейтілген реанимацияға көшу.

3-7 жастағы балаларға жүрек-өкпе реанимациясы

№	Қадамдар	Іс-әрекет алгоритмі
1	Жағдайды бағалау	Реаниматолог пен пациентке қауіп-қатердің бар-жоғын тексеру. Қауіпсіздікті қамтамасыз ету. (Қажет болған жағдайда арнайы қызметтерді шақыру).
2	Сананы бағалау Науқасты дайындау	Санасын бағалау (сөйлеу және иығынан түрту). Көмекке шақыру, жедел жәрдем шақыруды және дефибриллятор әкелуді өтініз. (Егер ешкім болмаса – телефондағы динамикті қосып, жедел жәрдемді өзіңіз шақырыңыз.) Науқасты тегіс бетке жатқызу, кеудені киімнен босату, аяқтың ұшын 30-40 градусқа көтеру. (валик қойылмайды)
3	Тыныс алуды тексеру Пульсін тексеру	Тыныс алуын бағалау (көремін, естимін, сезінемін). Қанайналым жүйесін бағалау (екі жағынан ұйқы артериясындағы пульсация).
4	Кеуде қуысының компрессиясына дайындық	Жұмысшы қолдың алақанын (тенар және гипотенар) кеуденің семсер тәрізді өсіндісінен 2 саусақ жоғары қою керек.
5	Кеуде қуысының компрессиясын жасау	Кеуде қуысының алдыңғы–артқы өлшемінің кемінде 1/3 тереңдігінде бір реаниматор болса – 30 компрессияны, екі реаниматор болса – 15 компрессияны жасау. Екінші қолмен мойын артериясындағы пульсті бақылау. Компрессия жиілігі минутына 100-120 рет. Әрбір компрессиядан кейін кеуде толығымен түзетілуі керек;
6	Өкпені жасанды желдетуге дайындық Өкпені жасанды желдетуді жүргізу	Ауыз қуысын тексеру, қажет болған жағдайда тазалау. 2 жасанды дем беру. Бір қолды қырынан маңдай мен шаштың өсу шекарасына қойып, бас бармақ пен сұқ саусақпен мұрынды қысу. Екінші қолдың сұқ және ортаңғы саусақтарымен басты шалқайту. Бірінші демді науқасқа 1 секунд ішінде жасау. Басты көтеріп, жаңадан дем алып, екінші демді науқасқа жасау.
7	ЖӨР бір кезеңін орындау және толтау	ЖӨР бір кезеңін орындау. Тыныс алуын және пульсін тексеру. Келесі жүргізілетін тактиканы анықтау. Егер

ONTÜSTIK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Шұғыл медицина және мейіргер ісі» кафедрасы		57/11()
«Жедел медициналық көмек – 1» пәнінен дәріс кешені		31 беттің 7беті

анализі	тыныс алуы мен жүрек соғысы қалпына келсе реанимация шараларын тоқтату. Егер тыныс алуы мен жүрек соғысы қалпына келмесе көмекшілер, керекті препараттар мен дефибриллятор болса, дефибрилляторды қосу, веноздық кіруді (венозный доступ) қамтамасыз ету және монитордың көрсеткіштері бойынша шоксыз немесе шокты ырғақ кезінде кеңейтілген ЖӨР шараларын орындау.
---------	--

4. Иллюстрациялық материал: Презентация

5.Әдебиет:

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

6.Бақылау сұрақтары:

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

Дәріс № 3

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

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

3.Дәріс тезистері:

Жүрек тоқтауының нұсқалары:

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

2. Пульссіз пароксизмалды қарынша тахикардиясы- ЭКГ-да

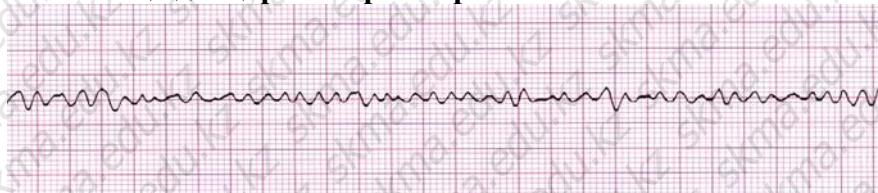
бірдей амплитудалы бірдей жиіліктегі кең тістер пайда болады.

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

«Пульсті» - медикаменттермен емдейді.

«Пульссіз» - дефибрилляциямен емдейді.

Кіші толқыды қарышлар жыбыры.

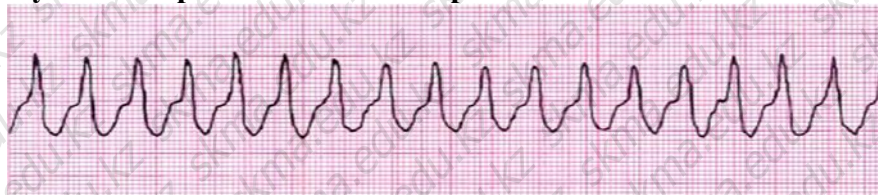


ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Шұғыл медицина және мейіргер ісі» кафедрасы		57/11()
«Жедел медициналық көмек – 1» пәнінен дәріс кешені		31 беттің 8беті

Ірі толқынды қарыншалар жыбыры.



Пульссіз қарыншалық тахикардия.



Ертерек дефибриляция жасау.

Монофазалық дефибриляторда: тек 360 Дж;

Бифазалықта: 120 - 150 - 200 Дж.

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

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

- лидокаин 1,5 мг/кг к/т ағызып.

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

☐ Torsadepointes: сульфат магния 10 мл 25% ерітіндісі к/т.

4. Иллюстрациялық материал: Презентация

5.Әдебиет:

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

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

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

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

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

6.Бақылау сұрақтары:

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

Дәріс № 4

1.Тақырыбы: Балалардағы кеңейтілген жүрек-өкпе реанимациясы.

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Шұғыл медицина және мейіргер ісі» кафедрасы		57/11()
«Жедел медициналық көмек – 1» пәнінен дәріс кешені		31 беттің 9беті

2. Мақсаты: Студенттерге балалардағы жүрек-өкпе реанимациясының (ЖӨР) кеңейтілген кезеңін, оның ерекшеліктерін, алгоритмін және дәрілік заттарды қолдану қағидаларын үйрету.

3. Дәріс тезистері:

Балалардағы жүрек пен тыныс алу тоқтауы — өмірге қауіпті жағдай. Балаларда көбіне **жүрек тоқтауының себебі тыныс алу жеткіліксіздігі мен гипоксия** болып табылады.

Сондықтан алғашқы көмек **тыныс жолдарын қалпына келтіру мен оттегімен қамтамасыз етуге** бағытталуы тиіс.

Кеңейтілген жүрек-өкпе реанимациясы (КЖӨР) — бұл **базалық шаралардан кейін (жасанды тыныс алу және кеуде компрессиясы) дәрілік және аппараттық ем-шараларды** қосу арқылы жүргізілетін көмек кезеңі.

1. КЖӨР кезеңдері

1. Баланың жағдайын бағалау және базалық реанимацияны (ЖӨР) бастау;
2. Қан айналым мен тыныс алу жолдарын аппараттық түрде қамтамасыз ету (интубация, оттегі);
3. Веноздық немесе интраоссалдық (сүйекішілік) жол арқылы дәрі енгізу;
4. Жүрек ырғағын бағалау және дефибрилляция немесе медикаментозды ем жүргізу;
5. Асқинулардың алдын алу және реанимациядан кейінгі күтім.

2. Тыныс алу жолдарын қамтамасыз ету

- Баланы **қатты жерге жатқызып**, тыныс жолдарын ашу:
 - басын аздап шалқайтып, иекті көтеру;
 - қажет болса, ауыз қуысын бөгде заттардан тазалау;
 - тыныс алу жолына ауаөткізгіш немесе түтік (оральды/назофарингеалды) орнату.
- Егер мүмкін болса — **интубация** жасау (эндотрахеальды түтікпен).
- **Жасанды желдету (ИВЛ):**
 - жиілігі — 12–20 рет/мин (жасына қарай);
 - көлемі — шамамен 6–8 мл/кг;
 - таза оттегі ($\text{FiO}_2 = 100\%$) пайдаланылады.

3. Веноздық немесе сүйекішілік жолды ашу

- Балаларда перифериялық веналарға қол жеткізу қиын болса, **интраоссалды (IO) катетеризация** қолданылады.
- IO жолы **дәрілер мен сұйықтықтарды тез енгізуге** мүмкіндік береді.

4. Жүрек ырғағын анықтау

Кардиомонитор немесе дефибрилятор арқылы жүрек ырғағының түрі анықталады:

- **Фибрилляция қарыншалар (ФЖ)** немесе **пульссіз қарыншалық тахикардия (ЖТ)** — шокқа бейім ырғақтар;
- **Асистолия** немесе **пульссіз электрлік белсенділік (ПЭА)** — шокқа бейім емес ырғақтар.

5. Дефибрилляция (егер ырғақ шокқа бейім болса)

- Балаларға дефибрилляция 2–4 Дж/кг энергиясымен жүргізіледі (бірінші шок);
- Егер нәтиже болмаса, келесі шок 4 Дж/кг және ары қарай **10 Дж/кг дейін**;
- Әрбір шоктан кейін 2 минут компрессия мен ИВЛ жалғасады.

6. Дәрілік терапия (алгоритм бойынша)

1) Адреналин (эпинефрин)

- Дозасы: **0,01 мг/кг (0,1 мл/кг 0,1% ерітінді)**,

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Шұғыл медицина және мейіргер ісі» кафедрасы		
«Жедел медициналық көмек – 1» пәнінен дәріс кешені		57/110 31 беттің 10беті

- енгізу: көктамыр ішіне немесе сүйекшілік жолмен,
- әр 3–5 минут сайын қайталау.

2) Амидарон (немесе лидокаин) — қарыншалық фибрилляция немесе пульссіз ЖТ кезінде

- Амидарон дозасы: **5 мг/кг IV/IO болжос**,
- Қайталау: 2–3 рет, максималды доза 15 мг/кг.

3) Атропин (брадикардия кезінде):

- Дозасы: **0,02 мг/кг IV/IO**,
- минималды доза: 0,1 мг,
- максималды доза: 0,5 мг (балаларда), 1 мг (жасөспірімдерде).

4) Натрий бикарбонаты (қышқылдану кезінде):

- 1–2 ммоль/кг IV баяу енгізіледі.

7. Реанимациядан кейінгі кезең

- Науқастың тыныс алу және қан айналым функцияларын тұрақтандыру;
- Орталық дене температурасын бақылау (гипотермияны алдын алу);
- Оттегімен қамтамасыз ету, қышқыл-сілтілік тепе-теңдікті түзету;
- Қан қысымын, диурезді және сана деңгейін бақылау;
- Асқынуларды болдырмау (мидың гипоксиясы, аритмия, өкпе ісінуі).

8. Негізгі ерекшеліктер

Көрсеткіш	Ересектер	Балалар
Жүрек тоқтауының себебі	Кардиогенді	Респираторлық (гипоксия)
Тыныс алу жиілігі	10–12 рет/мин	12–20 рет/мин
Компрессия тереңдігі	5–6 см	½ кеуде қалыңдығы
Компрессия жиілігі	100–120/мин	100–120/мин
Компрессия-вентиляция қатынасы	30:2	15:2 (егер екі құтқарушы болса)
Адреналин дозасы	1 мг IV	0,01 мг/кг IV/IO

4. Иллюстрациялық материал: Презентация

5.Әдебиет:

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

6.Бақылау сұрақтары:

1. Балаларда жүрек тоқтауының ең жиі себебі қандай?
2. КЖӨР кезеңдерін атаңыз.
3. Балаларда дефибрилляция қандай энергиямен жүргізіледі?

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Шұғыл медицина және мейіргер ісі» кафедрасы		57/11()
«Жедел медициналық көмек – 1» пәнінен дәріс кешені		31 беттің 11беті

4. Адреналин мен амиодаронның дозаларын атаңыз.

5. Балалардағы ЖӨР мен ересектердегі ЖӨР арасындағы айырмашылық неде?

Дәріс № 5

1.Тақырыбы: Балалардағы гипертермиялық синдромда жедел медициналық көмек көрсету.

2. Мақсаты: Студенттерді балалардағы гипертермияны диагностикалау және емдеу алгоритмдеріне үйрету.

3.Дәріс тезистері:

Гипертермия — ағзаның жылу тепе-теңдігінің бұзылуы, нәтижесінде дене температурасының көтерілуімен сипатталады.

Балаларда дене температурасының көтерілу себептері:

1. Дені сау адамда шұғыл жоғары температуралық жағдайларда **жылу тепе-теңдігінің бұзылуы (қызып кету)**.
2. **Перифериялық терморегуляция механизмдерінің патологиясы:**
 - эндокриндік бұзылыстар (артық жылу түзілуге әкелетін);
 - бұлшықет патологиясы (гиперкинездер, тырысу, злокачественный гипертермия кезіндегі бұлшықет зақымдануы);
 - тамыр патологиясы (тамыр спазмы кезінде жылу берілуінің төмендеуі);
 - булану арқылы жылу берілуінің бұзылуы (ангидроз);
 - мінез-құлықтық терморегуляция реакцияларының бұзылуы (кататония).
3. **Орталық терморегуляция механизмдерінің бұзылыстары:**
 - наркоз, коматоздық күйлер, интоксикациялар.
4. **«Орнатылған нүктенің» (set-point) ығысуымен терморегуляция бағдарламасының өзгеруі — қызба (лихорадка).**

Температураның жоғарылау механизмдерінің айырмашылығына байланысты клиникалық тәжірибеде 2 түрі ажыратылады:

1. **Гипертермиялық реакциялар.**
2. **Қызбалық жағдайлар (лихорадка).**

Гипертермиялық синдром — бұл қызбаның патологиялық түрі, ол дене температурасының тез және шамадан тыс көтерілуімен, микроциркуляцияның бұзылуымен, метаболизмнің бұзылуымен және өмірлік маңызды ағзалар мен жүйелердің (әсіресе орталық жүйке жүйесінің) үдемелі бұзылыстарымен сипатталады.

Гипертермиялық синдромның патогенезінде негізгі рөлді **гипоталамус аймағының (терморегуляция орталығының)** тітіркенуі атқарады.

Жедел қан айналымы мен алмасу бұзылыстары аясында дамидын қызба **токсикоздың** негізін күшейтеді және патологиялық процесті ауырлатады.

Этиологиясы

Гипертермиялық синдром балаларда көбіне **инфекциялық аурулар** кезінде байқалады: тұмау, пневмония, сепсис, инфекциялық-аллергиялық немесе токсико-аллергиялық процестер, гипervитаминоз D, сусыздану, сондай-ақ туу кезіндегі жарақаттар нәтижесінде дамуы мүмкін.

Клиникалық көрінісі

Гипертермиялық синдром кезінде балада:

- әлсіздік, адинамия (енжарлық);
- тері бозаруы, акроцианоз (қол-аяқ ұштарының көгеруі);
- қалтырау (озноб);

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Шұғыл медицина және мейіргер ісі» кафедрасы		57/11()
«Жедел медициналық көмек – 1» пәнінен дәріс кешені		31 беттің 12беті

- тамақ пен судан бас тарту байқалады.

Уақтылы көмек көрсетілмесе, баланың жағдайы нашарлап:

- қозғалыс және сөйлеу қозуы,
- галлюцинациялар,
- клонико-тоникалық тырысулар дамиды.

Бала есінен танып, тынысы жиілеп, үстірттенеді.

Тырысу кезінде **асфиксия** дамуы мүмкін, ол өлімге әкеледі.

Жиі кездесетін қан айналым бұзылыстары:

- Артериялық қысымның төмендеуі (гипотензия);
- Тахикардия;
- Перифериялық тамырлардың спазмы.

Қатерлі гипертермия

Бұл сирек кездеседі, бірақ өте қауіпті.

Температура **42°C және одан жоғарыға** дейін тез көтеріледі, тахикардия күшейеді, жүрек ырғағы бұзылады, бұлшықет ригидтілігі, артериялық гипертензия дамиды.

Гипо- және гиперкальциемия байқалып, **метаболикалық ацидоз** дамиды.

Клиникалық бағалау

Гипертермиялық синдромды бағалауда тек температураның шамасы ғана емес, **оның ұзақтығы және антипиретикалық терапияның тиімділігі** ескеріледі.

Қолайсыз болжамдық белгі — температураның 40°C-тан жоғары болуы және оның ұзақ сақталуы.

Дене температурасының нормасы

Дене температурасының нақты «норма шекарасын» анықтау мүмкін емес.

Әдетте ректалды температура **36,1–37,8°C**, ал ауыз қуысындағы — **35,8–37,3°C** аралығында.

Температура жасқа, физикалық белсенділікке, қоршаған ортаның температурасына және эмоционалдық күйге байланысты өзгереді.

Қызбаның жіктелуі (температура деңгейі бойынша):

- **Субфебрильді:** 37,2–38,0°C
- **Фебрильді:** 38,1–39,0°C
- **Жоғары фебрильді:** 39,1–41,0°C
- **Гипертермиялық:** >41,0°C

□ Госпитальға дейінгі кезеңде көрсетілетін шұғыл көмек

Дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымының (ДДСҰ) ұсынымдарына сәйкес, гипертермиялық синдром кезінде негізгі дәрілер:

- **Парацетамол** — 10–15 мг/кг;
- **Ибупрофен** — 5–10 мг/кг;
- **Эффералган Упса (ректалды шамдар)** — 15–20 мг;
- **Нурофен** (жасқа байланысты дозада).

Сонымен қатар, **мол және жиі сұйықтық беру, таза ауамен қамтамасыз ету** қажет.

Тері түсіне байланысты ем тактикасы:

1. Егер тері қызарған болса (гиперемия):

- Баланы шешіндіру;
- Маңдайға салқын компресс қою;
- **Бөлме температурасындағы (18–20°C) сумен тазартып клизма жасауға** болады.

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Шұғыл медицина және мейіргер ісі» кафедрасы		57/110
«Жедел медициналық көмек – 1» пәнінен дәріс кешені		31 беттің 13беті

2. Егер тері бозарған болса:

- **Спазмолитиктер** тағайындалады (папаверин, но-шпа, дибазол) — тәулігіне 3–4 рет;
- Баланы жылытып, орап қою қажет.

Температура 40–45 минут ішінде төмендемесе:

Антипиретикалық қоспа (аралас инъекция) енгізіледі:

- **Анальгин 50% ерітіндісі:**
 - 1 жасқа дейін — 0,01 мл/жасқа,
 - 1 жастан жоғары — 0,1 мл/жасқа.
- **Тавегил:**
 - 1 жасқа дейін — 0,01 мл,
 - 1 жастан жоғары — 0,1 мл/жасқа.

△ Димедрол 1 жасқа дейінгі балаларға енгізілмейді!

Микроциркуляцияны жақсарту үшін:

- **Папаверин гидрохлориді 2%:**
 - 1 жасқа дейін — 0,1–0,2 мл,
 - 1 жастан жоғары — әр жасқа 0,2 мл.
- **Но-шпа:**
 - 1 жасқа дейін — 0,1–0,2 мл,
 - 1 жастан жоғары — әр жасқа 0,2 мл.
- **Дибазол 1%:** 1–2 мг/кг дозада.

Глюкокортикоидты гормондар (ауыр жағдайда):

- **Гидрокортизон:** 3–5 мг/кг;
- **Преднизолон:** 1–2 мг/кг.

Бұл дәрілер ауыр инфекциялық аурулар кезінде, бүйрекүсті безінің жеткіліксіздігіне күдік туғанда немесе антипиретикалық терапия тиімсіз болғанда қолданылады.

Антипиретикалық қоспаны 4–5 сағаттан ерте қайталауға болмайды.

Айқын қозу және тырысулар кезінде:

- **Натрий оксибутираттың 20% ерітіндісі:** 100–150 мг/кг көктамыр ішіне;
- **Реланиум (диазепам)** — дәрігер нұсқауымен.

Қосымша:

Қазіргі таңда **парацетамол негізіндегі жаңа препарат — Инфулган** шығарылады.

Ол көктамыр ішіне енгізуге арналған, шыны құтыларда 20, 50 және 100 мл түрінде шығарылады.

4. Иллюстрациялық материал: Презентация

5.Әдебиет:

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

6.Бақылау сұрақтары:

1. Гипертермия дегеніміз не?

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Шұғыл медицина және мейіргер ісі» кафедрасы		
«Жедел медициналық көмек – 1» пәнінен дәріс кешені		57/110 31 беттің 14беті

2. Гипертермияны қалай анықтауға болады?
3. Гипертермияның қауіптілігі неде?
4. Гипертермияның қандай түрлері бар?
5. Гипертермия кезінде ағзада қандай өзгерістер болады?

Дәріс № 6

1. Тақырыбы: Балалардағы қан кету кезіндегі жедел медициналық көмек.

2. Мақсаты: Ішкі қан кету белгілерін анықтауға, қан жоғалту көлемін бағалауға, сыртқы қан кетуді тоқтатудың әртүрлі тәсілдерімен және зардап шегушінің мұрын тампонадасын орындау техникасымен танысу.

3. Дәріс тезистері:

Қан кету — тамырлардың зақымдалуы нәтижесінде қанның ағуы. Көбінесе бұл жағдай **жарақаттың салдарынан** пайда болады, сондықтан **жарақаттық қан кету** деп аталады. Қан кету кейде **тамырды ауру ошақтарының (туберкулездік, ісіктік, ойық жаралық)** бұзуы салдарынан да туындайды — мұндай жағдайда ол **жарақаттық емес (патологиялық)** қан кету болып саналады.

Осылайша, **жарақаттық және жарақаттық емес қан кетулер** ажыратылады.

Жарақаттық қан кету

Жарақаттық қан кету — әрбір жараның негізгі белгілерінің бірі.

Сокқы, кесу, шаншу әсерінен тамыр қабырғалары зақымданып, нәтижесінде қан сыртқа ағады.

Қанның ұюы (Свертывание крови)

Қанның маңызды қорғаныш қасиеттерінің бірі — **үю қабілеті**.

Осы қасиетінің арқасында **ұсақ, негізінен капиллярлық қан кетулер өздігінен тоқтай алады**.

Қан ұйындысы (тромб) жарақаттанған тамырдың саңылауын жауып, қан ағуын тоқтатады.

Кейбір жағдайларда қан кету **тамырдың қысылуы нәтижесінде** де тоқтауы мүмкін.

Қан ұюының бұзылысы және қансырағыштық (Кровоточивость)

Қанның үю қабілеті төмен болғанда немесе баяу жүретін болса, **қансырағыштық** байқалады.

Мұндай адамдарда ұсақ тамырлардан немесе шағын жаралардан қан кетсе де, **қан жоғалту мөлшері айтарлықтай көп болуы мүмкін, тіпті өлімге әкелуі ықтимал**.

Қан кетудің салдары

Қан кетудің ең үлкен қаупі — **қанның көп жоғалуы**, соның салдарынан **тіндердің қанмен және оттегімен жеткіліксіз қамтамасыз етілуі**.

Бұл ең алдымен **ми, жүрек және өкпе қызметінің бұзылуына** алып келеді.

Қан кетудің түрлері

Қан ағудың бағытына қарай:

1. **Сыртқы қан кету (наружное)** — қан жарадан немесе дененің табиғи тесіктерінен сыртқа ағады.
2. **Ішкі қан кету (внутреннее)** — қан ағзалардың қуыстарына жиналады.

Сыртқы қан кетудің негізгі түрлері:

1. Капиллярлық қан кету

- Жараның беткей орналасуында пайда болады.
- Қан тамшылап ағады.
- Әдетте өздігінен немесе жеңіл таңғышпен тоқтайды.

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Шұғыл медицина және мейіргер ісі» кафедрасы		
«Жедел медициналық көмек – 1» пәнінен дәріс кешені		57/110) 31 беттің 15беті

2. Веноздық қан кету

- Терең жаралар кезінде (кесілген, шаншылған) байқалады.
- Қан қою, кара-қызыл түсті, мол мөлшерде баяу ағады.
- Қауіпті, себебі **мойын веналары** зақымдалса, **ауа эмболиясы** дамуы мүмкін.

3. Артериялық қан кету

- Терең жаралар кезінде (шаншылған, шабылған).
- Қан ашық-қызыл түсті, **қатты қысыммен атқылайды**.
- Бұл ең қауіпті түрі, себебі қан тез жоғалады.

4. Аралас қан кету (смешанное)

- Веналар мен артериялар бір мезгілде зақымданғанда кездеседі.

Қан кету кезінде алғашқы көмек көрсету принциптері

Кез келген қан кету кезінде **бірінші мақсат** — **қан ағуын тез тоқтату**.

Қан көп кетсе, ол зардап шегушінің жағдайын ауырлатып, **өміріне қауіп төндіреді**.

Сондықтан әрекет тез әрі нақты болуы қажет.

Қан кетуді уақтылы тоқтату арнайы ем жүргізуді жеңілдетіп, жарақаттың ауыр зардаптарын азайтады.

Капиллярлық қан кетуде алғашқы көмек

- Қан аз мөлшерде кетеді.
- Жараны **таза дәке немесе бинтпен** жабу жеткілікті.
- Үстіне мақта қойып, таңғыш салу керек.
- Егер бинт не дәке болмаса, **таза орамал** қолдануға болады.

△ **Жараның үстіне түкті мата немесе мақтаны тікелей қоюға болмайды**, себебі талшықтарында микробтар бар және жараны инфекциялауы мүмкін.

Веноздық қан кетуде алғашқы көмек

Веноздық қан кету кезінде:

- **Дәке немесе бинтпен қысым таңғыш (давящая повязка)** салынады.
- Бұл зақымдалған тамыр ұштарын қысып, қан ағуын тоқтатады.
- Егер таңғыш болмаса, **қолмен басып тұру** қажет.
- Қол немесе аяқ венасынан қан кетсе — **жоғары көтеру** қан ағуын азайтады.
- Мойын веналары зақымданса, ауа сорылмауы үшін тез басу қажет (ауа эмболия қаупі).

Мұрыннан қан кету

- Себептері: соққы, қатты үрлеу, түшкіру, бас жарақаты, тұмау сияқты аурулар.
- Зардап шегушіні **арқасымен жатқызып**, басын аздап көтеру керек.
- **Мұрын көпіріне, мойын мен жүрек аймағына** суық компресс немесе мұз қою.
- Мұрын қанатын саусақпен басу.

△ Мұрынды үрлеуге немесе сумен шаюға болмайды.

Қан артқа кеткен жағдайда — **қанды жұтпай, түкіру керек**.

Тіс жұлу кезіндегі қан кету

- Тіс алынған орынға **дәке тампонын** қою,
- Бала не ересек оны тістеп ұстап тұруы керек.

Құлақтан қан кету

- Құлақтың сыртқы жолы зақымданғанда немесе бас сүйек сынғанда байқалады.
- **Таза дәке қойып**, үстінен таңғыш байлау керек.
- Зардап шегушіні **сау құлағының жағына жатқызу** ұсынылады.
- Құлақты шаюға болмайды.

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Шұғыл медицина және мейіргер ісі» кафедрасы		57/11()
«Жедел медициналық көмек – 1» пәнінен дәріс кешені		31 беттің 16беті

Өкпеден қан кету (өкпелік қан кету)

- Себептері: кеуде жаракаты, қабырға сынуы, туберкулез, ісік.
- Қан **ашық-қызыл, көпіршікті** болып, жөтелмен шығады.
- Тыныс алу қиындайды.
- Зардап шегушіні **жартылай отырған күйге** орналастырып, арқасына тірек қою керек.
- Кеудеге **суық компресс** қою.
- **Сөйлетуге және қозғалтпауға** тырысу қажет.

Асқазан-ішек жолынан қан кету

- Өңештің жаракаты, варикоздық веналар, асқазан жарасы, ісік кезінде болады.
- Асқазаннан қан кету кезінде **құсу** байқалады — құсық массасында **қара-қызыл немесе ұйыған қан** болады.
- Мұндай жағдайда **асқазанға суық қою, ас ішуге тыйым салу**, тез арада дәрігер шақыру қажет.

4. Иллюстрациялық материал: Презентация

5.Әдебиет:

1. Государственная программа развития здравоохранения Республики Казахстан «Денсаулық» на 2021-2024 годы
2. Приказ МЗ РК от 30 ноября 2020 года № 225 «Об утверждении Правил оказания скорой медицинской помощи в Республике Казахстан».
3. Верткин А., Свешников К. Руководство по скорой медицинской помощи. Москва. - Издательство Э. – 2017. – 560 с.
4. Неотложная помощь в терапевтической клинике. Под ред. А.В. Гордиенко. – СпецЛит. – 2017. – 229 с.
5. Неотложная амбулаторно-поликлиническая кардиология: краткое руководство / В. В. Руксин. - 2-е изд. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2016.- 255 с

6.Бақылау сұрақтары:

1. Қан кету дегеніміз не?
2. Қан кетудің түрлері.
3. Қан кету кезінде көрсетілетін алғашқы көмек.

Дәріс № 7

1.Тақырыбы: Жедел пульмонология. Балалардағы жедел тыныс жетіспеушілігі.

2.Мақсаты: Балалардағы жедел тыныс жеткіліксіздігі кезінде дәлелді медицина қағидаларына сүйене отырып көмек көрсету алгоритмдерін меңгерту.

3.Дәріс тезистері:

Қазіргі кезде **жедел тыныс жеткіліксіздігі** деп — ағзаның барлық компенсаторлық жүйелерінің максимумды белсенділігіне қарай да оның оттегімен қанығуын қамтамасыз етуге және көмірқышқыл газын шығаруға қабілетсіз қалатын синдромды түсінеді. Патогенетикалық тұрғыдан жедел тыныс жеткіліксіздігінің дамуы **альвеолярлық вентиляцияның бұзылуы, альвеолярлық мембраналар арқылы газдардың диффузиясының бұзылуы және тіндердегі оттегіні пайдалану механизмінің бұзылуы** нәтижесінде пайда болатын гипоксиямен түсіндіріледі. Жедел тыныс жеткіліксіздігі екіге бөлінеді: **біріншілік (бастапқы)** және **екіншілік (қосалқы)**.

- **Біріншілік** тыныс жеткіліксіздік — сыртқы ортадан өкпе альвеолаларына оттекті жеткізу механизмдерінің бұзылуымен байланысты. Көбінесе ол ауырланбаған

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Шұғыл медицина және мейіргер ісі» кафедрасы		
«Жедел медициналық көмек – 1» пәнінен дәріс кешені		57/110) 31 беттің 17беті

ауырсыну синдромы, тыныс жолдарының өтуінің бұзылуы, өкпе тіні мен тыныс алу орталығының зақымдалуы, сондай-ақ нерв-бұлшықет импульстарын өткізуі бұзылатын эндо- және экзогендік уланулар салдарынан дамиды.

- **Екіншілік** тыныс жеткіліксіздік — альвеолалардан тіндерге дейінгі оттегі тасымалдаудың бұзылуы себепті дамиды. Оның себептеріне орталық гемодинамиканың бұзылуы, микроциркуляцияның бұзылуы, кардиогенді өкпе ісінуі, өкпе артериясының тромбоэмболиясы және т.б. жатуы мүмкін.

Сонымен қатар жедел тыныс жеткіліксіздігі **вентиляциялық және паренхиматоздық** түрлерге бөлінеді.

- **Вентиляциялық** түрге — тыныс орталығының кез келген этиологиядағы зақымдануы, нерв-бұлшықет аппаратына импульс өткізуінің бұзылуы, кеуде қуысының немесе өкпенің зақымдануы салдарынан дамыған тыныс жеткіліксіздік жатады.
- **Паренхиматоздық** түр — тыныс жолдарының обструкциясы, рестрикциясы немесе констрикциясы, газдардың диффузиясы мен өкедегі қан айналысының бұзылуы нәтижесінде дамиды.

Төменде жедел тыныс жеткіліксіздігінің негізгі нозологиялық нұсқалары берілген:

1. **Орталық (центральный) генезді жедел тыныс жеткіліксіздік.**
Бұл — белгілі улануларда, ми зақымдарында (бас-ми жарақаты, инсульт), ішкі бас қысымының жоғарылауында және т.б. дамиды.
2. **Тыныс жолдарының обструкциясына байланысты жедел тыныс жеткіліксіздік.**
Ларингоспазм, бронхиолоспазм, бронхоспазм әртүрлі этиологияда, тыныс жолына бөтен зат түсу және басқа патологиялар осы түрге жатады.
3. **Нерв-бұлшықет өткізгіштігінің бұзылуына байланысты жедел тыныс жеткіліксіздік.**
Бұл — күйдіргі (столбняк), миастения, миопатиялар, жұлын-мозжегік полиомиелит, кураризацияның қалдық әсері, метаболизмдік бұзылыстар және сол сияқты патологияларда дамуы мүмкін. Клиникалық көрініс көбінесе этиологияға және тыныс бұзылыстарының ауырлығына тәуелді.
4. **Альвеоляр-капиллярлық мембрана арқылы газдардың диффузиясының бұзылуынан туындайтын жедел тыныс жеткіліксіздік.**
Мұндай бұзылулар пневмонияларда, созылмалы өкпе ауруларында (пневмосклероз, өкпе эмфиземасы), өкпе ісінуі және т.б. кезінде байқалады.
5. **Тыныс аппаратының зақымдануы мен ауруларынан туындайтын жедел тыныс жеткіліксіздік.**
Кеуде қуысының травмалары кезінде — плевраішілік қан кету, ауа мен қанның плевра қуысында жиналуы салдарынан өкпенің газ алмасудан ішінара немесе толық ажыратылуы, трахея мен бронхтардың қанмен бітелуі, медиастинадың шөгуді (флотирование) немесе ығысуы болуы мүмкін. Тыныс механикасының бұзылуы (кеуде торының тірек функциясының зақымдануы, ауырсыну синдромының өршуі) да тыныс жеткіліксіздігін тудыруы мүмкін.

Коникотомия туралы (conicotomy / крикотиреотомияға балама терминдер)

Коникотомия (лат. conus — «эластикалық конус», гр. tomē — «жесу») — перстне-куыс-щит тәрізді байланыс ішінде перстне-щит байланыстығы бойынша қалқанша және перстне жұлындарының аралығына орта жолмен гортанды тіке тілу (бөлу). (Синоним: кониотомия.)

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Шұғыл медицина және мейіргер ісі» кафедрасы		
«Жедел медициналық көмек – 1» пәнінен дәріс кешені		57/110) 31 беттің 18беті

Шұғыл жағдайларда коникотомияны дәрігер ешқандай құрал-жабдық болмаса да, кез келген қолда бар құралмен орындауы тиіс — кейде бұл құралдар ас үй пышағы немесе фарфор шайдың құйрығы да болуы мүмкін. Әдіс ересектерде және 8 жастан асқан балаларда қолданылады. 8 жасқа дейінгі балаларда **пункциялық коникотомия** орындалады (яғни инвазивті пункция арқылы жасалатын әдіс, коникотомияның модификациясы).

Коникотомия (коническая байламды кесу) трахеотомияға карағанда қауіпсізрек әдіс болып есептеледі, өйткені:

- осы жерде трахея теріге ең жақын орналасады;
- ірі қан тамырлары мен нервтер жоқ;
- манипуляция салыстырмалы түрде орындауға жеңіл.

4. Иллюстрациялық материал: Презентация

5.Әдебиет:

1. Клинический протокол диагностики и лечения «Астматический статус». Одобрено Объединенной комиссией по качеству медицинских услуг МЗ РК от «23» июня 2016 года. Протокол №5.
2. Клинический протокол диагностики и лечения «Асфиксия». Одобрено Объединенной комиссией по качеству медицинских услуг МЗ РК от «23» июня 2016 года. Протокол №5.
3. Скорая медицинская помощь. Клинические рекомендации. Под ред. С.Ф. Багненко. - ГЭОТАР-Медиа. – 2018. – 896 с.

6.Бақылау сұрақтары:

1. Жедел тыныс жеткіліксіздігі дегеніміз не?
2. Коникотомия дегеніміз не?
3. Жедел тыныс жеткіліксіздігі кезінде алғашқы көмек көрсету алгоритмі.
4. Ларингоспазм дегеніміз не?
5. Ларингоспазмның белгілері.
6. Ларингоспазм кезінде шұғыл көмек көрсетудің негізгі қағидалары.
7. Бронхиалды астманың белгілері.

Дәріс № 8

1. **Тақырыбы:** Жедел жүрек жеткіліксіздігі синдромы: балалардағы диагностика және шұғыл көмек

2. **Мақсаты:** Балалардағы жедел жүрек жеткіліксіздігінің белгілерін анықтауды және алғашқы медициналық көмек көрсетуді үйрету.

3. Дәріс тезистері:

Жүрек жеткіліксіздігі — бұл жүректің қызметі бұзылып, ағзалар мен тіндердің қанмен жеткіліксіз қамтамасыз етілуімен сипатталатын **клиникалық синдром**.

Ол жүректің қанмен толу немесе оны айдау қабілетінің төмендеуі нәтижесінде пайда болады, бұл көбіне **миокардтың зақымдануына** байланысты дамиды.

Дамуының жылдамдығына қарай жүрек жеткіліксіздігі екі түрге бөлінеді:

- **Жедел**
- **Созылмалы**

Жедел жүрек жеткіліксіздігі жарақаттардан, уыттардың әсерінен, жүрек ауруларынан туындауы мүмкін және дер кезінде ем көрсетілмесе, тез арада өлімге әкелуі ықтимал.

Патогенезі мен клиникалық түрлері

Жедел жүрек жеткіліксіздігі (ЖЖЖ) — миокардтың жиырылу қабілетінің бұзылуы мен систолалық және минуттық қан көлемінің төмендеуінің салдарынан дамиды.

Бұл ауыр клиникалық синдромдар түрінде көрініс береді:

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Шұғыл медицина және мейіргер ісі» кафедрасы		57/11()
«Жедел медициналық көмек – 1» пәнінен дәріс кешені		31 беттің 19беті

- кардиогендік шок,
- өкпенің ісінуі,
- жедел бүйрек жеткіліксіздігі.

Көбінесе жедел сол жақ қарыншалық жеткіліксіздік түрінде кездеседі және:

- жүрек демікпесі
- өкпе ісінуі,
- кардиогендік шок түрінде көрінеді.

Жедел жүрек жеткіліксіздігінің негізгі себептері:

- Жүрек ақаулары немесе жүрек аурулары бар адамдарда **күшті эмоционалдық күйзеліс**;
- **Кардиоспазм**;
- **Коронарлық тромбоз**;
- **Физикалық шамадан тыс жүктеме**;
- **Перикардит кезіндегі жүрек тампонадасы**;
- **Артериялық гипертония кезінде сол жақ қарыншаның жүктемесінің артуы**;
- **Оң жақ қарыншаның шамадан тыс жүктемесі (мысалы, өкпенің үлестік пневмониясында).**

Жедел жүрек жеткіліксіздігін емдеу

Жедел жүрек жеткіліксіздігі кезінде **қан айналымды (гемодинамиканы) тұрақтандыруға бағытталған шұғыл шаралар** қажет.

Емдеу бағыты жеткіліксіздіктің себебіне байланысты:

- **Артериялық қысымды көтеру немесе тұрақтандыру**,
- **Жүрек ритмін қалыпқа келтіру**,
- **Ауырсыну синдромын басу** (әсіресе инфаркт кезінде).

Кейінгі кезеңде ем **жүрек жеткіліксіздігін туғызған негізгі ауруды жоюға** бағытталады.

Созылмалы жүрек жеткіліксіздігін (СЖЖ) емдеу

Максаттары:

- Миокардтың жиырылу қабілетін және ырғақтылығын қалпына келтіру;
- Гемодинамикалық көрсеткіштерді (пульс, қысым) тұрақтандыру;
- Ағзадағы артық сұйықтықты шығару (ісінулерді азайту).

Дәрісіз шаралар:

- Тұз бен сұйықтықты шектеу;
- Дұрыс тамақтану және дене салмағын қалыпқа келтіру;
- Жеке бейімделген физикалық жүктеме.

Дәрілік терапия:

- **Жүрек гликозидтері** — миокардтың жиырылу қабілетін жақсартады;
- **β-блокаторлар** — жүрекке түсетін жүктемені азайтады;
- **АПФ тежегіштері (ингибиторы АПФ)** — қан қысымын төмендетіп, кардиологиялық қауіп-қатерді азайтады;
- **Диуретиктер (несеп айдайтындар)** — сұйықтықты шығарып, ісінуді азайтады;
- **Нитраттар** — жүрекке дейінгі жүктемені азайтып, стенокардия ауырсынуын басады.

Қосымша және дәлелсіз ем түрлері

Созылмалы жүрек жеткіліксіздігінің патогенезінде **жасушаішілік энергия алмасудың бұзылуы** және **еркін радикалды реакциялардың күшеюі** маңызды рөл атқарады.

Бұл процестер жүрек жеткіліксіздігінің үдеуімен байланысты, сондықтан кей зерттеулерде **коэнзим Q10** қолданудың оң әсері көрсетілген.

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Шұғыл медицина және мейіргер ісі» кафедрасы		57/110
«Жедел медициналық көмек – 1» пәнінен дәріс кешені		31 беттің 20беті

Алайда жүрек жеткіліксіздігі сирек жағдайда ғана элементтер, аминқышқылдар немесе пептидтер тапшылығынан туындайды.

Көп жағдайда оның себебі — **жүректің ишемиялық ауруы (ЖИА), артериялық гипертензия, кардиомиопатиялар**, соның ішінде **анаболикалық стероидтар, алкоголь немесе есірткі қолдану** нәтижесінде дамитын зақымданулар.

Сондықтан дәлелсіз және эксперименттік ем түрлері әдетте тиімді болмайды.

Жедел жүрек жеткіліксіздігі кезінде алғашқы көмек көрсету алгоритмі

1. **Жедел жәрдем шақыру.**
2. **Науқасты таза ауаға шығару** немесе бөлмеге ауа кіретіндей етіп терезелерді ашу.
3. **Науқасты жартылай отырғызу (Фаулер қалпы).**
Қол мен аяқтарды жылы суға салу — бұл жүрекке келетін қан көлемін азайтады.
4. **Тіл астына нитрат тобының препаратын беру:**
 - **Нитроглицерин** немесе **Нитросорбид** — коронарлық тамырларды кеңейтіп, жүрекке қан ағымын жақсартады.
5. **Егер жағдай жақсармаса, дереу жүрек-өкпе реанимациясын бастау қажет:**
 - **Жүректің сыртқы (жанама) массажи,**
 - **Жасанды тыныс алдыру (ИВЛ)** — қан айналым мен тыныс функциясын қалпына келтіруге бағытталған.

△Реанимация **жүрек тоқтаған сәттен бірден** басталуы тиіс, себебі бірнеше секундтық кідіріс науқастың өміріне қауіп төндіреді.

4. Иллюстрациялық материал: Презентация

5.Әдебиет:

1. Клинический протокол диагностики и лечения «Острая сердечная недостаточность». Утвержден протоколом Экспертной комиссии по вопросам развития здравоохранения МЗ РК от «28» июня 2013 года Протокол № 13.
2. Клинический протокол диагностики и лечения «Кардиогенный шок». Одобрено Объединенной комиссией по качеству медицинских услуг МЗиСР РК от «29» ноября 2016 года. Протокол №16.
3. Гипертонические кризы: патогенез, клиническая картина, диагностика, лечение и профилактика. Учебное пособие для врачей / Н.И. Гапонова [и др.]. – М.: Либри Плюс, 2014. - 120 с. Основы помощи при обширной травме: справочное издание: Д. Скиннер, П. Дрисколл 4- издание, 2018 МККК

6.Бақылау сұрақтары:

1. Жедел жүрек жеткіліксіздігі дегеніміз не?
2. Жедел жүрек жеткіліксіздігінің белгілері.
3. Жедел жүрек жеткіліксіздігі кезінде көрсетілетін алғашқы көмек.

Дәріс №9

1. Тақырыбы:Шұғыл аллергиялогия.

2. Мақсаты: Аллергия жағдайларын диагностикалау және көмек көрсетуді үйрену. Анафилактикалық шок кезінде көмек көрсетуалгоритмімен танысу.

3.Дәріс тезистері:

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

ЖІКТЕЛУІ.

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Шұғыл медицина және мейіргер ісі» кафедрасы		
«Жедел медициналық көмек – 1» пәнінен дәріс кешені		57/110 31 беттің 21беті

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

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

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

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

4. Иллюстрациялық материал: Презентация

5.Әдебиет:

1. Клинический протокол диагностики и лечения «Анафилактический шок)». Одобрено Объединенной комиссией по качеству медицинских услуг МЗ РК от «12» декабря 2014 года протокол № 9
2. Аллергия протокол диагностики и лечения РЦРЗ (Республиканский центр развития здравоохранения МЗ РК) Версия: Клинические протоколы МЗ РК — 2013
3. Жедел медициналық көмек. Қ.М. Тұрланов, С.А. Қалкабаева 2- басылым, Алматы: Эверо 2014

6.Бақылау сұрақтары:

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

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Шұғыл медицина және мейіргер ісі» кафедрасы		57/110
«Жедел медициналық көмек – 1» пәнінен дәріс кешені		31 беттің 22беті

- АШ кезінде эуфиллин қашан және қандай дозада енгізіледі?
- АШ кезінде қандайгормондар қашан және қандай дозада енгізіледі?
- АШ кезінде қандайантигистаминді препараттар қашан және қандай дозада енгізіледі?

Дәріс № 10

1. Тақырыбы: Жануарлар мен жәндіктердің шағуында балаларға жедел медициналық көмек көрсету.

2. Мақсаты: Балаларда жануарлар мен жәндіктер шаққан кездегі көмек көрсету алгоритмін меңгеру.

3.Дәріс тезистері:

Жануарлар тістеген жаралардан **ірінді асқынулардың**, сондай-ақ **сіреспе (столбняк)** және **құтыру (бешенство)** сияқты қауіпті аурулардың дамуын болдырмау үшін зардап шегушіге уақтылы және дұрыс алғашқы көмек көрсету қажет.

Ең қауіпті аймақтар:

- бас,
- мойын,
- қолдың және аяқтың саусақтары,
- қол ұшы,
- шат және жыныс аймағы.

Мұндай жерлердегі тістелген жаралар **ерекше қауіпті**, себебі оларда қан айналымы белсенді және инфекция тез тарайды.

Жараның жұқпалы сипаты

Тістелген жара әрқашан **алғашқыдан-ақ инфекцияланған** болып саналады, өйткені жануардың сілекейімен бірге ағзаға әртүрлі микроорганизмдер еніп, жергілікті қабыну процесін немесе тіпті жалпыланған инфекцияны тудыруы мүмкін.

Сондықтан **жергілікті жараны өңдеу** өте маңызды және **оқиға болғаннан кейін мүмкіндігінше тезірек** жүргізілуі керек.

Жараны дұрыс өңдеу құтыру ауруының алдын алуға мүмкіндік береді.

Біріншілік жараны өңдеу алгоритмі

Жараны өңдеу кезінде келесі қадамдар орындалады:

- 1. Жара бетін мұқият жуу**
 - 10–15 минут бойы сабынды (жақсысы шаруашылық сабын) немесе басқа жуғыш зат қосылған ағын сумен жуу.
 - Бұл вирус пен бактерияларды залалсыздандырады.
 - Сондай-ақ сілекей түсуі мүмкін тері бөліктерін де өңдеу керек.
- 2. Жара шеттерін антисептикпен өңдеу:**
 - 70% этил спиртімен;
 - 5% йод ерітіндісімен;
 - немесе 3% сутек асқын тотығымен (перекись водорода).
- 3. Жараға бактерияға қарсы май жағу:**
 - Левомеколь, Левомецетин майы және т.б.
- 4. Стерильді таңғыш салу.**
 - Қатты немесе герметикалық таңғыш салуға болмайды.

Алғашқы үш тәулікте (құтыру вирусымен инфекция күдігі бар болса) біріншілік хирургиялық өңдеу және тігіс салу жүргізілмейді!

Тігіс тек ерекше жағдайларда салынады:

- егер жара кең және қан көп кетсе;
- косметикалық мақсатта (беттегі жаралар);

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Шұғыл медицина және мейіргер ісі» кафедрасы		57/110
«Жедел медициналық көмек – 1» пәнінен дәріс кешені		31 беттің 23беті

- қан кетуді тоқтату үшін (қан тамырларын байлау).

Алғашқы өндеуден кейін

Жара өңделгеннен кейін зардап шегуші міндетті түрде **жақын жердегі жарақат пунктіне (травмпунктке)** жүгінуі тиіс.

Мұнда шешіледі:

- жараға хирургиялық өңдеу қажет пе;
- **сіреспе мен құтыруға қарсы шұғыл вакцинация жасау қажеттілігі.**

Жараны жергілікті өңдеу вакцинацияны алмастырмайды, тіпті бірнеше күн өткен соң да екпе жүргізіледі.

Жануарлар тістегендегі қауіп

Ең қауіптісі — **құтырумен ауырған жануарлардың тістеуі.**

Құтыру вирусы сілекей арқылы жараға түсіп, **жүйке жүйесіне енеді**, нәтижесінде емделмейтін өлімге әкелетін ауру дамиды.

Ең қауіпті жағдайлар:

- көптеген немесе терең жаралар;
- жабайы жануарлар мен мысықтардың тістеуі (олар ұзақ және терең тістейді).

Жануар туралы мәліметтердің маңызы

Тістеген жануар үй жануары болса, оның:

- **соңғы құтыруға қарсы вакцинасы қашан жасалғаны** анықталады;
- **10 күн бойы ветеринарлық бақылау жүргізіледі.**

Егер бақылау кезінде жануардың дені сау екені дәлелденсе, емдеу (антирабикалық вакцинация) **үшінші екпеден кейін тоқтатылады.**

Егер бақылау мүмкін болмаса — **вакцинация толық курс бойынша жүргізіледі.**

Құтыру тек жылы қанды жануарлар мен құстарда кездеседі.

Сондықтан суық қанды бауырымен жорғалаушылар (кесіртке, тасбақа) тістесе — құтыруға қарсы вакцина қажет емес.

Тістелген жағдайда вакцинамен алдын алу

Мектепке дейінгі мекемеде жұмыс істейтін медицина қызметкері баланың егу картасынан **үзінді көшірме** ұсынуы керек — бұл **сіреспеге қарсы қайта вакцинацияның қажеттілігін** анықтауға көмектеседі.

Тістелген әр бала:

- **сіреспеге қарсы,**
- **құтыруға қарсы шұғыл профилактикадан өтуі тиіс.**

Сіреспеге қарсы шұғыл профилактика

Жарақат алғаннан кейін **20 күн ішінде** жүргізілуі мүмкін.

Қажетті вакцина түрі егу тарихына байланысты анықталады:

- **АС-анатоксин (вакцина)**
- **ПСС — сіреспеге қарсы сарысу**
- **ПСЧИ — адам иммуноглобулині**

Сіреспеге қарсы вакцина **екі жағдайда ғана жасалмайды:**

1. Бала жасы бойынша толық егу курсынан өткен болса;
2. Соңғы екпеден бері 5 жылдан аз уақыт өтсе.

Құтыруға қарсы шұғыл вакцинация

Қарсы көрсетілімдер жоқ.

Ем тістің орналасуына, жара ауырлығына, жануар түріне және мінез-құлқына қарай тағайындалады.

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Шұғыл медицина және мейіргер ісі» кафедрасы		57/11()
«Жедел медициналық көмек – 1» пәнінен дәріс кешені		31 беттің 24беті

Қолданылатын вакцина:

КОКАВ (антирабикалық вакцина)

Енгізу схемасы: 0, 3, 7, 14, 30 және қажет болса 90-шы күндері.

Вакцинация **жарақаттан кейін 14 күн ішінде** ең тиімді, бірақ **уақытынан кешіксе де міндетті түрде жүргізіледі**, тіпті бірнеше айдан соң жүгінсе де.

Дозалар мен схемалар балалар мен ересектер үшін бірдей.

Вакцина енгізілмейтін жағдайлар:

- сілекей зақымдалмаған теріге тисе;
- жануар қалың мата арқылы тістеп, жарақат теріге өтпесе;
- құтырумен ауырған жануардың сүті мен еті тағам ретінде қолданылса;
- үй жануары тістеген, ол вакцина алған және сау болса.

Дегенмен, **әр жағдайда дәрігер кеңесі міндетті!**

Толық емес вакцина курсы (3 екпе)

Үй жануары тістегеннен кейін 10 күн ішінде сау болса — толық курс тоқтатылады.

Қауіпті аймақтардағы тістелу (бас, бет, мойын, қол)

Мұндай жағдайда **антирабикалық вакцина + антирабикалық иммуноглобулин** бірге енгізіледі.

Иммуноглобулин мүмкіндігінше ертерек, бірақ **3 тәуліктен кешіктірмей** салынады.

Егер **қайта тістелу** болса және алдыңғы вакцинациядан 1 жыл немесе одан көп уақыт өтсе — **толық вакцина курсы** қайта жүргізіледі.

4. Иллюстрациялық материал: Презентация

5.Әдебиет:

1. Государственная программа развития здравоохранения Республики Казахстан «Денсаулық» на 2021–2024 годы
2. Приказ МЗ РК от 30 ноября 2020 года № 225 «Об утверждении Правил оказания скорой медицинской помощи в Республике Казахстан».
3. Верткин А., Свешников К. Руководство по скорой медицинской помощи. Москва. - Издательство Э. – 2017. – 560 с.
4. Неотложная помощь в терапевтической клинике. Под ред. А.В. Гордиенко. – СпецЛит. – 2017. – 229 с.

6.Бақылау сұрақтары:

1. Жануар тістеген кезде ең алдымен не істеу керек?
2. Жануар тістеген жағдайда қай жерге жүгіну керек?
3. Жәндік шағып, ісік пайда болғанда не істеу керек?

Дәріс № 11

1. Тақырыбы: Термиялық күйік- балалардағы клиникасы, сатылары және емдеу.

2. Мақсаты: Күйіктің түрлері мен дәрежесін анықтауды, күйік кезінде алғашқы көмек көрсетуді үйрету.

3.Дәріс тезистері:

Күйіктер жоғары температураның (жалынының, қайнаған сұйықтықтың, күйген заттардың) әсерінен пайда болады. Сондай-ақ олар күн сәулесінің, кварцтық және иондаушы сәулеленудің әсерінен де туындауы мүмкін. Күйік кезінде көбіне тері мен теріасты тіндері зақымданғанымен, оның әсері бүкіл ағзаға тарайды.

Күйіктің ауырлық дәрежелері:

I дәрежелі күйік – терінің қызаруы және ісінуі;

II дәрежелі күйік – іші сарғыш сұйықтыққа (қан плазмасына) толы көпіршіктердің пайда болуы;

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Шұғыл медицина және мейіргер ісі» кафедрасы		57/11()
«Жедел медициналық көмек – 1» пәнінен дәріс кешені		31 беттің 25беті

III дәрежелі күйік – тіндердің жергілікті некрозы (өліеттенуі) нәтижесінде қабыршақтың түзілуі;

IV дәрежелі күйік – тіндердің көмірленуі.

Кең көлемді күйіктер кезінде күйіктік шок дамиды. Күйген аймақтарда тіндердің ыдырауынан улы заттар түзіліп, қанға өтіп, бүкіл ағзаға тарайды. Күйген жерге микробтар түсіп, жара іріндейді. Қан плазмасын жоғалтады, қоюланады және ағзаны жеткілікті мөлшерде оттегімен қамтамасыз ете алмай қалады. Егер күйік екінші дәрежелі болып, дене бетінің жартысынан астамын қамтыса, науқастың өміріне айтарлықтай қауіп төнеді.

Алғашқы көмек:

- Ең алдымен зардап шегушіні жоғары температура көзі әсерінен шығару керек. Киім жанып жатса, оны көрпемен, пальтомен, төсенішпен немесе сумен сөндіру қажет.
- Күйген аймақтарды тек таза жағдайда өңдеу керек. Көмек көрсетуші мен зардап шегушінің аузы мен мұрнына таза дәкені немесе орамалды жабу ұсынылады, себебі тыныс не сөйлеу кезінде микробтар жараға түсуі мүмкін.
- Күйген жерге қолмен тигізуге, көпіршіктерді жаруға, жабысып қалған киімді жұлып алуға болмайды.
- Күйген жерге таза дәкені жабу керек, ал үлкен күйіктерде — таза үтіктелген жайманы пайдалануға болады. Марля болмаса, таза орамал қолдануға рұқсат.
- Зардап шегушіні көрпемен жауып, бірақ қатты қыздырмай, жылы шай немесе минералды су беріп, дереу медициналық мекемеге жеткізу қажет.
- Күйген жерге май жағуға немесе ұнтақ себуге болмайды.

Электр тогының және найзағайдың әсері:

Электр тогы — адамның көмекшісі, бірақ кейде ол зиян келтіруі мүмкін. Электр тогының әсерінен электр жарақаты дамиды, олардың шамамен 25%-ы өліммен аяқталады.

Найзағайдың соғуы да табиғи электр разряды әсерінен жарақаттарға әкелуі мүмкін.

Электр тогы жүйке жүйесіне әсер етіп, оның қозуын немесе салдануын тудырады.

Бұлшықеттердің тырысуы байқалады — ток соққан адам электр көзін босата алмай, «ток ұстап қалады».

Электр тогы әсер еткенде диафрагма (негізгі тыныс алу бұлшықеті) және жүрек бұлшықеттері тырысып, тыныс пен жүрек қызметі тоқтауы мүмкін.

Электр тогының соғу кезіндегі алғашқы көмек

1. Қауіпсіздікті қамтамасыз ету.

- Ең алдымен, өз қауіпсіздігіңді қамтамасыз ет: зардап шегушіні ток әсерінен босатпай тұрып, өзінді қорға.
- Электр тогын ажырату қажет (тұтқаны өшіру, рубильникті түсіру, сақтандырғышты бұрап шығару).
- Егер электр тогын ажырату мүмкін болмаса, құрғақ ағаш таяқ, пластмасса, мата немесе басқа да ток өткізбейтін затпен зардап шегушіні ток көзінен алыстату керек.

2. Зардап шегушіні қауіпсіз жерге шығару.

- Зардап шегушіні құрғақ жерге жатқыз, тар киімін шешіп, дем алуына кедергі жасама.
- Егер адам есін білсе — тыныштық пен жылылық қамтамасыз ету.

3. Тыныс алу мен тамыр соғысын тексеру.

- Тынысы немесе жүрек соғысы жоқ болса, дереу **жүрек-өкпе реанимациясын (ЖӨР)** бастау:
 - 30 рет кеуде қуысына қысу (компрессия),

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Шұғыл медицина және мейіргер ісі» кафедрасы		57/11()
«Жедел медициналық көмек – 1» пәнінен дәріс кешені		31 беттің 26беті

- 2 рет жасанды тыныс (ауыздан ауызға).

- Реанимацияны **жедел жәрдем келгенше** жалғастыру керек.

4. Күйік болса —

- Күйген жерге таза стерильді таңғыш салу керек (май немесе ұнтақ қолдануға болмайды).
- Суық су басу арқылы ауырсынуды азайтуға болады (10–15 минут).

5. Дереву жедел жәрдем шақыру (103).

- Тіпті зардап шегуші есін жиған болса да, электр тогының жасырын әсері болуы мүмкін (жүрек ырғағының бұзылуы, бұлшықет зақымдануы).

Найзағай соққандағы алғашқы көмек

1. Қауіпсіздік:

- Зардап шегушіні найзағайдың әсері тоқтаған соң ғана көмек көрсет.
- Металл заттардан, су мен ашық алаңнан алыстату керек.

2. Тыныс пен жүрек соғысын тексеру:

- Егер тыныс пен тамыр соғысы жоқ болса — **дереву жүрек-өкпе реанимациясын** бастау.
- Егер есі бар болса — жылыту, тыныштық, таза ауа қамтамасыз ету.

3. Күйіктер мен жараларды өңдеу:

- Күйік орнын таза стерильді дәкемен жауып, май немесе крем жақпау.
- Егер жара бар болса — таза таңғыш салу.

4. Жедел жәрдем шақыру:

- Найзағай соққан адамдарда жиі ішкі күйіктер, жүрек-қан тамыр жүйесінің бұзылыстары байқалады, сондықтан міндетті түрде дәрігерлік көмек қажет.

4. Иллюстрациялық материал: Презентация

5.Әдебиет:

1. Государственная программа развития здравоохранения Республики Казахстан «Денсаулық» на 2021-2024 годы
2. Приказ МЗ РК от 30 ноября 2020 года № 225 «Об утверждении Правил оказания скорой медицинской помощи в Республике Казахстан».
3. Верткин А., Свешников К. Руководство по скорой медицинской помощи. Москва. - Издательство Э. – 2017. – 560 с.
4. Неотложная помощь в терапевтической клинике. Под ред. А.В. Гордиенко. – СпецЛит. – 2017. – 229 с.

6.Бақылау сұрақтары:

1. Күйік дегеніміз не?
2. Күйіктің түрлері мен дәрежелері.
3. Күйік кезіндегі дәрігерге дейінгі алғашқы көмек.

Дәріс № 12

1. Тақырыбы: Балалардағы улану кезіндегі шұғыл жағдайлар.

2. Мақсаты: Балалардағы улану кезіндегі көмек көрсету алгоритмін меңгеру.

3.Дәріс тезистері:

Улану – бұл тірі ағзаның умен әсерлесуінің нәтижесінде дамидын патологиялық жағдай.

У – ағзаның қалыпты қызметін бұзатын кез келген зат (немесе заттар жиынтығы).

Ерте жастағы балалардағы уланудың ең жиі себебі — абайсыздық, яғни дәрілік препараттарды, улы және тұрмыстық химиялық заттарды дұрыс сақтамау.

Балаларда көбінесе дәрілермен, тұрмыстық химия құралдарымен, улы өсімдіктермен және саңырауқұлақтармен, спирттермен және күйдіргіш заттармен улану кездеседі.

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Шұғыл медицина және мейіргер ісі» кафедрасы		
«Жедел медициналық көмек – 1» пәнінен дәріс кешені		57/110) 31 беттің 27беті

Балалар улануының ерекшелігі — баланың не жеп, қанша мөлшерде қабылдағаны туралы нақты ақпараттың болмауы.

Балалар көбінесе ересектердің жазалауынан қорқып, бұл туралы айтпайды.

Уланудың жіктелуі

Улану түрлері:

- дәрілік препараттармен,
- тұрмыстық және өндірістік химиялық заттармен,
- улы өсімдіктер мен саңырауқұлақтармен улану.

У ағзаға түсу жолына қарай бөлінеді:

- **энтеральды** (ауыз арқылы),
- **парентеральды** (қанға, бұлшықетке және т.б.),
- **перкутанды** (тері арқылы),
- **ингаляциялық** (тыныс алу арқылы).

Әлеуметтік себеп бойынша:

- кездейсоқ (жазатайым),
- әдейі (суицидтік немесе қылмыстық),
- ятрогендік (медициналық қателік нәтижесінде) уланулар.

Ағымына қарай уланудың 4 кезеңі бар:

1. **Жасырын кезең,**
2. **Токсигенді кезең** (уланудың негізгі белгілері),
3. **Соматогенді кезең** (асқынулар дамйтын кезең),
4. **Қалпына келу кезеңі.**

Ауырлық дәрежесіне қарай:

- жеңіл (өмірлік функциялар бұзылмайды),
- орташа (өмірлік функциялар бұзылады),
- ауыр (өмірге қауіп төндіретін жағдайлармен өтеді).

Улануды диагностикалау

Бала мен оның туыстарымен әңгіме кезінде анықталады:

- удың түрі мен мөлшері;
- у ағзаға қалай енгені;
- улану басталған уақыт;
- алғашқы белгілердің пайда болу уақыты;
- клиникалық белгілердің өзгеру жылдамдығы;
- дәрігерге дейін көрсетілген көмек;
- соңғы рет қабылданған тағамның уақыты мен түрі.

Егер қабылданған дәрінің қалдығы немесе қорабы сақталса — оны дәрігерге көрсету керек.

Уланудың клиникалық белгілері

- **Жүйке жүйесі жағынан:** ұйқышылдық, сананың бұзылуы, елестеулер, тырысу, рефлексдердің өзгеруі.
- **Асқазан-ішек жолы:** жүрек айну, құсу, іштің өтуі.
- **Жүрек-тамыр жүйесі:** артериялық қысымның төмендеуі немесе жоғарылауы, жүрек соғуының бұзылуы.
- **Тыныс алу жүйесі:** демігу, тыныстың жиілеуі немесе баяулауы.
- **Бауыр мен бүйрек:** уытты зақымдану нәтижесінде олардың жеткіліксіздігі дамуы мүмкін.

ONTÜSTIK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Шұғыл медицина және мейіргер ісі» кафедрасы		57/11()
«Жедел медициналық көмек – 1» пәнінен дәріс кешені		31 беттің 28беті

Уланудың ауырлық дәрежесі

Дәреже

ОЖЖ-ні тежейтін улар

ОЖЖ-ні қоздыратын улар

1	Ұйқышылдық, тежелу, бірақ бала сұраққа жауап береді	Мазасыздық, қозғыштық, тершендік, діріл, гиперемия
2	Ес жоғалған, бірақ ауырсынуға реакция бар	Психомоторлық қозу, тахикардия, қызба
3	Ес пен ауырсыну сезімі жоқ, бірақ тыныс пен қан айналым сақталған	Бред, тырысу, жоғары қызу
4	Кома, тыныс және қан айналым жеткіліксіздігі	Кома, тыныс жетіспеушілігі, коллапс

Шұғыл көмек принциптері

1. Улы ортадан шығару (мысалы, булармен уланғанда таза ауаға шығару).
2. Теріден, шырышты қабықтардан және асқазан-ішек жолынан сіңбеген улы шығару.
3. Сіңген улы бейтараптау немесе шығару.
4. Симптоматикалық ем жүргізу.
5. Егер улың түрі белгілі болса — арнайы **антидотты терапия** қолдану.

У теріге немесе көзге түскенде көмек

- Баланы толық шешіндіріп, у тиген тері аймақтарын салқын сумен мұқият жуу керек.
- Егер зат майлы болса, сабын қолдану қажет.
- Көзге тиген жағдайда — 10–15 минут бойы таза немесе физиологиялық ерітіндімен жуу керек, содан кейін 5% новокаин немесе дикаин тамызуда болады.

Уды жұтқан (энтеральды) жағдайда көмек

- Жедел жәрдем келгенге дейін **белсендірілген көмір** беру қажет.
 - 1 жасқа дейін — 1 г/кг,
 - 3–16 жас аралығында — 25–50 г,
 - ересектерге — 50–100 г.
- Көмірді 8–10 есе мөлшердегі суда ерітіп береді.
- Егер көмір жоқ болса және қарсы көрсетілім болмаса — тіл түбіріне басып, құсуды шақыруға болады.

4. Иллюстрациялық материал: Презентация

5.Әдебиет:

1. Государственная программа развития здравоохранения Республики Казахстан «Денсаулық» на 2021-2024 годы
2. Приказ МЗ РК от 30 ноября 2020 года № 225 «Об утверждении Правил оказания скорой медицинской помощи в Республике Казахстан».
3. Верткин А., Свешников К. Руководство по скорой медицинской помощи. Москва. - Издательство Э. - 2017. - 560 с.
4. Неотложная помощь в терапевтической клинике. Под ред. А.В. Гордиенко. - СпецЛит. - 2017. - 229 с.
5. Неотложная амбулаторно-поликлиническая кардиология: краткое руководство / В. В. Руксин. - 2-е изд. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2016.- 255 с

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Шұғыл медицина және мейіргер ісі» кафедрасы		
«Жедел медициналық көмек – 1» пәнінен дәріс кешені		57/110 31 беттің 29беті

6.Бақылау сұрақтары:

1. Балада улану белгілері байқалған жағдайда қандай шаралар қабылдау қажет?
2. Тамақтан уланған жағдайда жедел жәрдем қандай көмек көрсетеді?
3. Улану кезінде қолданылатын шұғыл көмек көрсетудің негізгі принциптері қандай?

Дәріс № 13

1. Тақырыбы: Балалардағы құрысулар: құрысулардың себептері және жедел медициналық көмек.

2. Мақсаты: Құрысулардың себептерін және жедел медициналық көмек көрсетуді үйрену.

3.Дәріс тезистері:

Тырысу синдромы — бұл кенеттен пайда болатын, жиі қайталанатын, еріксіз бұлшықет жиырылуымен және кейде есінің бұзылуымен сипатталатын патологиялық жағдай. Барлық жедел жәрдем шақыруларының шамамен 10%-ы тырысу ұстамаларына байланысты.

Бұл балалар миының жоғары сезімталдығымен, жүйке тінінің лабильділігімен және тырысу синдромының көптеген себептерге (полиэтиологиялық) байланысты болуымен түсіндіріледі.

Тырысудың себептері

- **Инфекциялық-токсикалық:** фебрильді тырысулар, нейротоксикоз, менингит, менингоэнцефалит, сіреспе, улану.
- **Аллергиялық:** оның ішінде екпеден кейінгі тырысулар.
- **Зат алмасу бұзылыстары:** гипогликемия, гипокальциемия, гипокалиемия, гипомагниемия, В6 дәрумені жетіспеушілігі.
- **Құрылымдық:** ми ісіктері, жарақаттар, даму ақаулары.
- **Эпилепсиялық:** идиопатиялық эпилепсия.
- **Гипоксиялық:** тыныс алу жеткіліксіздігі, қан айналым жеткіліксіздігі, гипоксиялық-ишемиялық энцефалопатия, кома.

Клиникалық диагностика

Баланы қарау кезінде алдымен **өмірлік маңызды функциялар** (тыныс алу мен қан айналым) бағаланады, содан кейін тырысу себептері анықталады.

Назар аудару қажет:

- тыныс сипаты мен кеуде қозғалысына;
- тері түсіне (көгеру, бозару, мәрмәрлену, дақтар);
- жарақат белгілеріне;
- сепсис белгілеріне (петехия, қанталау бөртпесі);
- қарашықтардың көлемі мен жарыққа реакциясына;
- еңбектің және бұлшықет тонусының жағдайына.

Анамнез кезінде:

- тырысудың сипаты мен ұзақтығы;
- қызба, бас ауруы, ашушандық, гипотрофия;
- жарақат болуы мүмкін бе;
- улану ықтималдығы;
- жүйке жүйесінің аурулары мен тұқым қуалайтын тырысулар бар-жоғы анықталады.

Ескерту:

- Камфора, коразол және кофеин сияқты дәрілер **тырысулар кезінде қарсы көрсетілген!**

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Шұғыл медицина және мейіргер ісі» кафедрасы		
«Жедел медициналық көмек – 1» пәнінен дәріс кешені		57/11(0) 31 беттің 30беті

- Сондай-ақ натрий бикарбонаты, новурит және алкалоз тудыратын басқа да дәрілер енгізуге **болмайды** — олар тырысуды күшейтуі мүмкін.

Әр түрлі жағдайлардағы тырысу синдромы

Фебрильді тырысулар – дене температурасы 38°C және одан жоғары болғанда байқалады.

Ұстама бірнеше секундтан бірнеше минутқа дейін созылады, есін жоғалту жиі байқалады. Бұл тырысулар көбіне инфекциялық аурулар кезінде болады және дене қызуын түсіретін дәрілермен (жаропонижающие) жақсы басылады.

Фебрильді тырысуларды **менингит** және **менингоэнцефалит** кезіндегі тырысулардан ажырату қажет.

Менингоэнцефалит кезінде тырысу гипертермиямен тікелей байланысты емес және жиі қайталанатын ұстамалармен жүреді.

Шұғыл көмек көрсету алгоритмі

1. Баланы тегіс жерге жатқызу, **басты бір жаққа бұру**, таза ауа кіруін қамтамасыз ету.
2. **Тыныс жолдарының өткізгіштігін** қамтамасыз ету.
3. **Бас пен аяқ-қолдың жарақатын болдырмау.**
4. **50% анальгин ерітіндісін** 0,1 мл/жыл (10 мг/кг) бұлшықетке енгізу.
5. **0,5% диазепам (седуксен) ерітіндісін** 0,1 мл/кг (0,5 мг/кг) мөлшерінде венаға немесе бұлшықетке енгізу (бір реттік доза 2 мл-ден аспауы тиіс).
6. Егер әсері қысқа болса — 15–20 минуттан кейін диазепамды бастапқы дозаның 2/3 мөлшерінде қайталау (жалпы доза 15 мг-нан аспайды).
7. Егер тырысу басылмаса және ИВЛ жүргізу мүмкіндігі болса — **20% оксипутират натрий (ГОМК) ерітіндісін** 0,3–0,5 мл/кг (80–100 мг/кг) 10% глюкоза ерітіндісінде венаға баяу енгізу және оттегімен ингаляция жасау.

Ұзаққа созылған (15 минуттан артық) фебрильді тырысулар кезінде жалпы тырысуға қарсы терапия жүргізіліп, баланы **инфекциялық бөлімге** жатқызу қажет.

Гипокальциемиялық тырысулар

Бұл – қандағы **иондалған кальцийдің төмендеуімен** байланысты.

Себептері: диарея, құсу, қалқанша маңы безінің гипопункциясы және рахит.

Көбіне 6 ай мен 1,5 жас аралығындағы балаларда кездеседі.

Көмек көрсету:

1. **Жеңіл түрінде:**
 - Ішуге 5–10% кальций хлориді немесе кальций глюконатының ерітіндісі — 0,1–0,15 г/кг (1 мл/кг) тәулігіне.
2. **Ауыр жағдайда:**
 - Баланы жатқызып, басын бір жаққа бұру, тыныс алу жолдарын тазалау.
 - **10% кальций глюконаты ерітіндісін** 0,2 мл/кг (20 мг/кг) дозада 5–10% глюкоза ерітіндісінде сұйылтып, венаға баяу енгізу.
 - Егер тырысулар жалғаса берсе, **0,5% диазепамды** 0,05 мл/кг бұлшықетке немесе **25% магний сульфатын** 0,2 мл/кг бұлшықетке енгізу.

Тырысулар тоқтағаннан кейін баланы **соматикалық бөлімге** жатқызу керек.

Ескерту:

Ұстамадан кейінгі кезеңде кальций препараттарын ішу арқылы жалғастыру қажет.

Кальцийдің ең жақсы сіңірілетін түрі — кальций карбонаты.

Оны **цитрат қоспасымен** (10% лимон қышқылы мен натрий цитраты 2:1 қатынаста, күніне 3 рет 5 мл) бірге қабылдау ұсынылады.

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Шұғыл медицина және мейіргер ісі» кафедрасы		57/110
«Жедел медициналық көмек – 1» пәнінен дәріс кешені		31 беттің 31беті

4. Иллюстрациялық материал: Презентация

5.Әдебиет:

1. Государственная программа развития здравоохранения Республики Казахстан «Денсаулық» на 2021-2024 годы
2. Приказ МЗ РК от 30 ноября 2020 года № 225 «Об утверждении Правил оказания скорой медицинской помощи в Республике Казахстан».
3. Верткин А., Свешников К. Руководство по скорой медицинской помощи. Москва. - Издательство Э. – 2017. – 560 с.
4. Неотложная помощь в терапевтической клинике. Под ред. А.В. Гордиенко. – СпецЛит. – 2017. – 229 с.
5. Неотложная амбулаторно-поликлиническая кардиология: краткое руководство / В. В. Руксин. - 2-е изд. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2016.- 255 с

6.Бақылау сұрақтары:

1. Тырысу кезінде қандай алғашқы көмек көрсетіледі?
2. Тырысу кезінде алғашқы көмек көрсету барысында не істеуге болмайды?
3. Балалардағы тырысу кезінде алғашқы көмек қандай шаралардан тұрады?