



Дәріс кешені

Пәні: «Алғашқы дәрігерге дейінгі көмек»

Пән коды: ADDK 5204

ББ шифрі мен атауы: 6B10106- «Фармация»

Оқу сағаты/кредит көлемі: 90 (3 кредит)

Оқу курсы мен семестрі: 5 курс, 9 семестр

Дәріс көлемі: 5 сағат

Шымкент, 2025 ж.



«Шұғыл медицина және мейіргер ісі» кафедрасы

«Алғашқы дәрігерге дейінгі көмек» пәнінің дәріс кешені

57/11 ()

17 беттің 2 беті

Хаттама № « 11 » « 26 » 06 2025ж.

Кафедра менгерушісі м.ғ.к., доцент

Сейдахметова А.А.



№1 дәріс

1. Тақырыбы: ҚР жедел медициналық көмек қызметін ұйымдастыру. Төтенше жағдайлар кезінде госпитальға дейінгі кезеңде медициналық көмекті ұйымдастыру.

2. Мақсаты: науқастың (жәбірленушінің) өміріне қауіп төндіретін және дәрігерге дейінгі алғашқы көмекті талап ететін ересектер мен балалардағы жіті терапевтік, хирургиялық, гинекологиялық, жүйке аурулары нәтижесінде дамитын патологиялық жай-күйлердің патогенезі мен клиникалық көріністерінің негізгі мәселелерін білім алушыларды оқыту, дәрігерге дейінгі Алғашқы көмек көрсету қағидаларын оқыту.

3. Дәріс тезистері:

Алғашқы көмек-бұл жарақат алған адамның немесе кенеттен ауырған адамның денсаулығы мен өмірін қорғауға арналған қарапайым, орынды шаралар жиынтығы. Дұрыс көрсетілген алғашқы көмек арнайы емдеу уақытын қысқартады, жаралардың тез жазылуына ықпал етеді және көбінесе зардап шеккен адамның өмірін сақтап қалудың шешуші сәті болып табылады. Алғашқы көмек дереу, оқиға орнында, дәрігер келгенге дейін немесе жәбірленушіні ауруханаға жеткізгенге дейін тез және шебер көрсетілуі керек. Әр адам, әрине, өзінің қабілеттері мен мүмкіндіктеріне сәйкес алғашқы көмек көрсете білуі керек. Алғашқы көмектің мәні травматикалық факторлардың одан әрі әсерін тоқтату, қарапайым шараларды жүзеге асыру және зардап шеккен адамды емдеу мекемесіне тезірек тасымалдауды қамтамасыз ету болып табылады. Алғашқы медициналық көмектің міндеті-жарақаттың, қан кетудің, инфекциялардың және шоктың қауіпті салдарының алдын алу.

Алғашқы көмек көрсету кезінде:

- * жәбірленушіні тасымалдауды немесе емдеу мекемесіне жеткізуді қамтамасыз ету.
- * дененің зақымдалған жерлерін емдеңіз және қан кетуді тоқтатыңыз;
- * сынықтар, жұмсақ тіндердің кең зақымдануы және травматикалық шоктың алдын алу үшін иммобилизация жасаңыз;
- * жәбірленушіні оқиға орнынан шығару және травматикалық фактордың одан әрі әсерін тоқтата тұру;

Алғашқы көмек көрсету кезінде келесі принциптерді басшылыққа алу керек:

- * дұрыстығы мен орындылығы
- * ойлану, шешімділік және тыныштық
- * жылдамдық

Алғашқы көмек көрсету кезінде белгілі бір дәйектілікті сақтау керек және ең алдымен жәбірленушінің жағдайын тез және дұрыс бағалау керек.

Алдымен жарақат алған жағдайларды елестету керек, бұл оның пайда болуы мен сипатына себеп болды. Бұл әсіресе зардап шеккен адам ес-түссіз және бір қарағанда өлі болып көрінетін жағдайларда өте маңызды. Алғашқы медициналық көмек көрсетуші анықтаған мәліметтер кейінірек дәрігерге білікті көмек көрсету кезінде көмектесе алады. Ауыр жағдайларда (артериялық қан кету, бейсаналық жағдай, тұншығу) алғашқы көмек дереу көрсетілуі керек. Егер көмек көрсетушінің қарамағында қажетті қаражат болмаса, онда оған айналасындағылар көмекке келуі керек. Алғашқы көмек тез көрсетілуі керек, бірақ бұл оның сапасына әсер етпеуі керек.

Алғашқы көмек көрсету кезінде, әсіресе айтарлықтай термиялық және химиялық күйіктер болған жағдайда, зардап шегушіні шешіп алу керек. Жоғарғы аяқ зақымдалған кезде, киім алдымен сау қолдан алынады, содан кейін жеңді зақымдалған қолмен тартып, бүкіл қолды төменнен қолдайды. Сол сияқты, шалбар төменгі аяқтардан алынады. Егер жәбірленушінің киімін алу қиын болса, онда ол тігістерде бұмен пісіріледі. Зардап шеккен адамнан киім мен аяқ киімді алу үшін екі адамның қатысуы қажет. Қан кету кезінде көп жағдайда киімді қан кету орнынан жоғары кесу жеткілікті. Күйік кезінде, киім теріге жабысып немесе тіпті пісірілген кезде, матаны күйік орнының айналасына кесу керек.



Ешбір жағдайда оны жұлып алуға болмайды! Таңғыш күйген жерлердің үстіне қойылады. Алғашқы көмек көрсету кезінде сіз таңғыш материалсыз жасай алмайсыз. Оның талаптарына сәйкес алғашқы көмек құралдарын өндіру жолға қойылған. Бұл дәрі-дәрмек шкафтары, шкафтар, санитарлық сөмкелер, олар әр отбасында, мектепте, шеберханада, автокөлікте және т. б. болуы керек.

4. Иллюстрациялық материал: Презентация

5. Әдебиет: Н 1,2. Қ 1,2.

6. Бақылау сұрақтары

1. Алғашқы медициналық көмек дегеніміз не?
2. Алғашқы медициналық көмек көрсетудің негізгі принциптері қандай?
3. Алғашқы медициналық көмек көрсету міндеті қандай?

№2 дәріс

1. Тақырыбы: Терминальды жағдайлар. Жүрек-өкпе реанимациясы. Жедел тыныс жетіспеушілігі.

2. Мақсаты: Терминальды жағдайларда наукастың жағдайын бағалауды, негізгі симптомдарын айқындауды үйрену. Клиникалық өлімнің көріністерімен танысу, наукасты базалық ЖӨР жасауды үйрену. Жедел тыныс жетіспеушілігі синдромының патофизиологиясының және алғашқы көмектің жалпы принциптерін үйрету.

3. Дәріс тезистері:

Қан қысымының (АҚ) күрт төмендеуімен, газ алмасу мен метаболизмнің терең бұзылуымен өмірлік бұзылыстың маңызды деңгейі жалпылама түрде терминалдық жағдай деп аталады, ал қан айналымы мен тыныс алудың толық тоқтау сәті клиникалық өлім деп аталады. Терминалдық жағдайдың үш сатылы жіктелуі кең таралған: агония алды, агония және клиникалық өлім.

Агония алды жағдай: жалпы тежелу, шатасқан сана, қан қысымы анықталмайды, перифериялық тамырлардағы пульс жоқ, бірақ ұйқы және сан артерияларында пальпацияланады; тыныс алу бұзылыстары айқын ентігу, цианоз немесе терінің бозаруымен көрінеді. Кейбір авторлар «терминалды пауза» терминін атап көрсетеді – жүрек пен тыныс алудың қысқа мерзімді тоқтауы. Содан кейін жүрек ырғағы қалпына келеді.

Агональды жағдайға келесі симптомдық кешен негізінде диагноз қойылады: сана мен көз рефлекстерінің болмауы, анықталмайтын қан қысымы, үлкен артериялардағы пульстің күрт әлсіреуі; аускультация кезінде тұйық жүрек тондары анықталады; ЭКГ-да гипоксияның айқын белгілері және жүрек ырғағының бұзылуы тіркеледі.

Клиникалық өлім- бұл қан айналымы мен тыныс алудың толық тоқтауы болатын жағдай. Жүрек- өкпе реанимациясы- бұл терминалды күйден шығару және кейіннен өмірді қолдау мақсатында орындалатын шұғыл шаралар жүйесі.

Клиникалық өліммен науқастарда сананың толық жоғалуы, тыныс алудың болмауы, қан айналымының тоқтауы, атония, арефлексия анықталады. Бұл жағдайда ЭКГ немесе кардиомонитор экранында қан айналымын тоқтатудың бір түрі тіркеледі: қарыншалық фибрилляция (ҚФ) немесе пульссіз қарыншалық тахикардия (VT), асистория, пульссіз жүректің электрлік белсенділігі.

Клиникалық өлімнің диагностикасы келесі белгілердің жиынтығына негізделген:



- сананың болмауы (кома);
- тыныс алудың болмауы (апноэ);
- қан айналымын тоқтауы;
- қарашықтардың кеңеюі және олардың жарыққа реакциясының болмауы;
- құрысулар
- бозару және цианоз.

Негізгі шұғыл көмек көрсету келесі әрекеттерден тұрады:

- 1) жәбірленуші мен сіз (BLS командасы) қауіпсіздікте екеніңізге көз жеткізу;
- 2) жәбірленушінің санасын бағалау үшін оның иығынан сәл шайқап, қатты дауыстап сұрау: «Сізде бәрі жақсы ма?».

Егер ол сұраққа жауап берсе, оған ештеңе қауіп төндірмейтініне көз жеткізіңіз, қажет болған жағдайда көмек көрсетіңіз, жағдайды үнемі бағалаңыз.

Жағдайды бағалау

Егер жәбірленуші сұраққа жауап бермесе, онда: біреуді көмекке шақырыңыз және 103 нөміріне қоңырау шалып, «Көк код, орын: еден, блок, кеңсе, бөлме» хабарлаңыз

- 3) жәбірленушіні арқасымен қатты жерге жатқызу;
- 4) иегін көтеру арқылы тыныс алу жолдарын ашу – бір қолыңызбен иегіңізден ұстап, екінші қолыңызбен басыңызды артқа еңкейтеңіз.

Көмекке шақыру/қоңырау шалу

Реаниматологтардан басқаларға иекті алға қарау жылжыту ұсынылмайды, өйткені оны орындау қиын және омыртқаның ығысуына әкелуі мүмкін.

Алайда, кәсіби емес реаниматолог тыныс жолдарын басын артқа шалқату, иегін көтеру арқылы аша алады.

- 1) тыныс алу жолдарын ашық ұстай отырып, зардап шеккен адамның тыныс алуын көріңіз, тыңдаңыз және сезініңіз:

- * Кеуде қуысына қараңыз;
- * Тыныс алу дыбыстары бар екенін тыңдаңыз;
- * Жәбірленушінің тынысын шекемен сезіңіз;
- * Тыныс алуды бағалау: қалыпты, бұзылған немесе жоқ.

Кенеттен өлімнен кейінгі алғашқы бірнеше минут ішінде зардап шеккен адамның тыныс алуы әрең, сирек, баяу немесе шумен болуы мүмкін.

10 секундтан аспайтын уақыт ішінде жәбірленушінің тынысын қарау, тыңдау және сезіну арқылы бағалау қажет, егер тыныс алу туралы күмән туындаса, тыныс алу бұзылғандай әрекет етіңіз.

- 2) егер жәбірленушінің тыныс алуы қалыпты болса, онда:

- * Жәбірленушіні қол және аяқтарын бүгіп, бүйірімен жатқызыңыз, аузымен төмен қаратып қойыңыз;
- * Көмекке шақырыңыз;
- * Тыныс алуды бағалауды жалғастырыңыз.

- 3) егер зардап шеккен адамның тыныс алуы қалыптан тыс болса (патологиялық), онда:

- * Жәбірленушінің бір жағынан келіп тізе бүгіп, кеуде қуысының компрессиясын бастаңыз (жүрекке тікелей емес массаж);
- * алақанды жәбірленуші төсінің төменгі бөлігіне қойып, екінші қолдың алақанын бірінші қолдың артқы жағына қойыңыз

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 ()
«Алғашқы дәрігерге дейінгі көмек» пәнінің дәріс кешені	17 беттің 6 беті

- * қолыңызды тік ұстаңыз, зардап шеккен адамның денесіне тігінен;
 - * алақаныңыз іште немесе қабырғада емес екеніне көз жеткізіңіз;
 - * 1-ден 30-ға дейін үзбей дауыстап санау арқылы компрессияны бастаңыз (жүрекке тікелей емес массаж);
 - * кеуде қуысының экскурсиясының тереңдігі кем дегенде 5 см болуы керек, кеуде қуысының қысылуын 6 см-ден артық тереңдікке дейін, әр компрессиядан кейін кеуде қуысы бұрынғы күйіне оралуы керек, бірақ компрессия нүктесінің қозғалысын болдырмау үшін зардап шеккен адамның денесінен қолыңызды алып тастамаңыз;
 - * Компрессия жиілігі минутына кемінде 100 рет болуы керек, бірақ минутына 120 реттен аспауы керек.
- 4) әрбір 30-шы компрессиядан кейін жасанды тыныс беру (желдету), ол үшін:
- * Жәбірленушінің басын артқа шалқайтып, жәбірленушінің маңдайына бір қолыңызды тыныс алу жолдарын ашыңыз,
 - * сұқ саусағыңызбен және бас бармағыңызбен мұрынды жабыңыз,
 - * екінші қолыңызбен аузыңызды ашып, иегіңізді алға қарай итеріңіз.
 - * Өкпеге ауа кіріп, ерні зардап шеккен адамның аузын толығымен орап, жәбірленушінің аузына дем береді
 - * Жасанды желдетудің тиімділігі кеуде қуысының қозғалысына байланысты бағаланады: жасанды вентиляциядан кейін кеуде өз бетінше бұрынғы күйіне оралады.
 - * Тыныс алу ұзақтығы 1 секунд.
- Қосымша (2-ші) тыныс алыңыз, екі тыныс алу ұзақтығы 5 секундтан аспауы керек.
- 1 цикл = 30: 2 (24 секунд),
1 кезең = 5 цикл (2 минут).
- Жедел тыныс алу жеткіліксіздігі – бірнеше минуттан бірнеше күнге дейінгі кезеңде дамиды, айналымдағы қанның гипоксемиясы және/немесе гиперкапниясымен қатар жүретін сыртқы ауа арасындағы газ алмасудың бұзылысы.
- Тыныс алу жүйесінің қалыпты қызметі оның көптеген компоненттерінің жұмысына байланысты (тыныс алу орталығына, жүйке жүйелеріне, бұлшық еттерге, кеуде клеткасына, тыныс алу жолдары мен альвеолаларға).
- Осы аталғандардың біреуінің жұмысы бұзылса, жедел тыныс алу жеткіліксіздігінің дамуына әкелуі мүмкін.
- Себептері:
1. Тыныс алу жетіспеушілігі орталық тыныс алудың функциясы бұзылғаннан пайда болады. Олар мыналар:
 - Тыныс алу орталығының наркотиктармен, барбитураттармен күйзелуі.
 - Тыныс алу орталығының метаболикалық заттармен бұзылуы (көмірқышқыл газы, толық қышқылдандырылмаған қышқылдар).
 - Тыныс алу орталығы инсультпен, бас ми жаракатымен, ми ісігімен және т.б. байланысты бұзылуы.
 2. Торакодиафрагмальды тыныс алу жетіспеушілігі мына жағдайлардан кейін болады:
 - Кеуде торының патологиясында (қабырғалардың сынуы) гемо-пневмоторакс болғанда.
 3. Бронхтық-өкпелік тыныс алу жетіспеушілігі, өкпедегі және тыныс алу жолдарындағы патологиялық процессте болады:

- Обструктивті (бөгде денелер, астматикалық статус, ісік, бронхиальды бездердің көп мөлшерде сөл бөлуі).

- Реструктивті (жедел өкпе қабынуында, пневмоторакс).

Диффузды (өкпенің токсикалық ісігі, өкпе артериясының тромбоэмболиясы).

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

Жедел жәрдем:

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

4. Иллюстрациялық материал: Презентация

5. Әдебиет: Н 3,4. Қ 3,4.

6. Бақылау сұрақтары :

1. Терминалды жағдай дегеніміз не?
2. Клиникалық өлім дегеніміз не?
3. Сіз клиникалық өлімнің қандай белгілерін білесіз?
4. Клиникалық өлім мен биологиялық өлімнің айырмашылығы неде?
5. Ересектерде негізгі ЖӨР жүргізу алгоритмі қандай?
6. Ересектерде компрессия/тыныс алу қатынасы қандай?
7. Реанимацияның тиімділігі қалай бағаланады?
8. Реанимация қанша уақытқа созылады?
9. Жедел тыныс жетіспеушілігі дегеніміз не?
10. Коникотомия дегеніміз не?

№3 дәріс

1. Тақырыбы: Жаралар кезіндегі алғашқы дәрігерге дейінгі көмек. Қансырау. Алғашқы дәрігерге дейінгі көмек. Күю кезіндегі алғашқы дәрігерге дейінгі көмек.

2. Мақсаты: Ішкі қан кету белгілерін анықтауға, қан жоғалту көлемін анықтауға, сыртқы қан кетуді тоқтатудың әртүрлі әдістерімен және зардап шеккен адамның мұрын тампонадасын орындау техникасымен танысуға үйрету. Күйіктің түрлері мен дәрежесін анықтауға, күйікке алғашқы көмек көрсетуге үйрету.



3. Дәріс тезистері:

Қан кету- бұл тамырлардан қан кету, көбінесе олардың зақымдануы нәтижесінде пайда болады. Бұл жағдайда біз жарақаттық қан кету туралы айтып отырмыз. Сондай-ақ, қан кету тамырды ауырсыну ошағымен (туберкулез, қатерлі ісік, ойық жара) ыдырауға ұшыратқанда пайда болуы мүмкін. Осылайша, жарақатсыз қан кету пайда болады. Жарақаттық қан кету-әр жараның негізгі белгілерінің бірі. Соққы, кесу, инъекция тамырлардың қабырғаларын бұзады, нәтижесінде олардан қан ағып кетеді.

Қанның ұюы.

Қанның маңызды қорғаныс қасиеті бар – бұл коагуляция. Қанның осы қабілетінің арқасында кез-келген кішігірім, негізінен капиллярлық қан кетулер ерікті түрде тоқтайды. Ұйыған қан ұйығышы жарақат алған кезде пайда болған тамырдың ашылуын бітейді. Кейбір жағдайларда қан кету тамырдың қысылуы нәтижесінде тоқтайды. Қанағыштық. Ұзақ, кешіктірілген коагуляциямен көрінетін қанның ұюы жеткіліксіз болған кезде қанағыштық пайда болады. Бұл аурумен зардап шегетін адамдар тіпті кішкентай тамырлардан, кішкентай жаралардан қан кету кезінде айтарлықтай қан жоғалтуы мүмкін, нәтижесінде тіпті өлімге дейін алып баруы мүмкін.

Қан кетудің салдары.

Қан кету кезінде негізгі қауіп қан жоғалтумен және осыған байланысты тіндердің қанмен қамтамасыз етілуінің жеткіліксіздігіне байланысты. Органдарды оттегімен жеткіліксіз қамтамасыз ету олардың белсенділігінің бұзылуына әкеледі, бұл ең алдымен миға, жүрекке және өкпеге қатысты.

Қан кету түрлері.

Қан жарадан немесе дененің табиғи саңылауларынан сыртқа ағып кететін қан кетулер әдетте сыртқы деп аталады. Дене қуыстарында қан жиналатын қан кетулер ішкі деп аталады. Сыртқы қан кетулер арасында көбінесе жаралардан қан кету байқалады, атап айтқанда: капиллярлық - беткей жараларда пайда болады, жарадан қан тамшылармен ағып кетеді; веноздық -тереңірек жараларда пайда болады, мысалы, кесілген, тесілген; қан кетудің бұл түрінде қою қызыл қанның көп ағуы байқалады; артериялық - терең кесілген, тесілген жараларда пайда болады; артериялық қан ашық қызыл түсті, зақымдалған артериялардан ағынмен соғады, онда ол үлкен қысыммен болады; аралас-жарада тамырлар мен артериялар бір уақытта қан кететін жағдайларда байқалады; көбінесе бұл тереңірек жараларда болады.

Кез-келген қатты қан кететін жараны емдеудегі бірінші міндет- қан кетуді тоқтату. Бұл жағдайда тез және мақсатты түрде әрекет ету керек, өйткені жарақат кезінде қанның едәуір жоғалуы жәбірленушіні әлсіретеді және оның өміріне қауіп төндіруі мүмкін. Үлкен қан жоғалтудың алдын алу жәбірленушіні арнайы емдеуді жеңілдетеді және жарақат пен жарақаттың әсерін азайтады. Капиллярлық қан кету кезінде қан жоғалту салыстырмалы түрде аз. Мұндай қан кетуді қан кететін жерге таза дәке, дәке үстіне мақта қойып, жараны тану арқылы тез тоқтатуға болады. Егер қолыңызда дәке де, таңғыш та болмаса, онда қан кететін жерді таза орамалмен байлауға болады.

Жараға түкті матамен тікелей тануға болмайды, өйткені оның құрамында жараны жұқтыруы мүмкін көптеген бактериялар болуы мүмкін. Дәл сол себепті ашық жараға мақта жүнін тікелей қолдануға болмайды.

Веноздық қан кету, қанның едәуір жоғалуымен қатар, тамырлардың, әсіресе мойын тамырларының жарақаттарында, зақымдалған аймақ арқылы тамырларға ауа енуі қауіп бар. Содан кейін тамырға енген ауа жүрекке де енуі мүмкін.

Мұндай жағдайларда зардап шеккен адамның өміріне қауіпті ауа эмболиясы пайда болады. Веноздық қан кету қысып танумен жақсы тоқтатылады. Қан кететін жерге таза

дәке, оның үстіне таңғыш немесе бірнеше рет бүктелген дәке, болмаған жағдайда бүктелген таза орамал қолданылады. Осылайша қолданылатын заттар зақымдалған тамырлардың саңылауларын басатын қысым факторы ретінде әрекет етеді. Мұндай қысымды затты таңғышпен жараға басқан кезде тамырлар қысылып, қан тоқтайды. Егер көмек көрсетушінің қолында қысымды таңғыш болмаса және зардап шеккен адам зақымдалған тамырдан қатты қан кетсе, қан кететін жерді саусақтарыңызбен дереу басу керек. Қолдардың тамырынан қан кету кезінде кейбір жағдайларда қолды жоғары көтеру жеткілікті. Бірақ барлық жағдайларда жараға қысым таңғышын қолдану керек. Бұл мақсат үшін ең қолайлы- дәріханаларда сатылатын арнайы таңғыш жинағы.

Алғашқы көмекті тек жаралардан қан кету кезінде ғана емес, сонымен қатар жарақатқа жататын сыртқы қан кетудің кейбір басқа түрлерінде де көрсетілуі керек.

Мұрыннан қан кету мұрынға соғу, қатты мұрынды үрлеу немесе түшкіру, бас сүйегінің ауыр жарақаттары, сондай-ақ тұмау сияқты кейбір аурулар кезінде пайда болады.

Жәбірленуші басын сәл көтеріп арқасына қойылады; мұрын көпіріне, мойынға және жүрек аймағына суық компресстер немесе мұз қойылады. Зардап шеккен адам саусақтарымен мұрын қанаттарын қысады. Мұрыннан қан кету кезінде мұрынды үрлеп, мұрынды сумен жууға болмайды. Мұрын-жұтқыншаққа ағып жатқан қанды түкіру керек. Тісті жұлғаннан кейін қан кетуді науқас тістерін қысып тұрған дәке шарын алып тастаған тістің орнына қою арқылы тоқтатуға болады.

Құлақтан қан кету сыртқы құлақ каналының жаралануы және бас сүйегінің сынуы кезінде байқалады. Жараланған құлаққа таза дәке қолданылады, содан кейін таңылады. Зардап шеккен адам сау жағында (құлағында) басын сәл көтеріп жатыр. Құлақты жуу мүмкін емес.

Өкпеден қан кету кеудеге қатты соққылармен, қабырғалардың сынуымен, туберкулезбен, аурудың ошағы кез-келген өкпе тамырын жеген кезде пайда болады. Жәбірленуші ашық қызыл көбікті қанды жөтелді; тыныс алу қиын. Жәбірленуші жартылай отыратын күйге қойылады, оның арқасының астына сүйене алатын ролик салынады.

Суық компресс ашық кеудеге қойылады. Науқасқа сөйлеуге және қозғалуға тыйым салынады.

Ас қорыту жолынан қан кету. Өңештен қан кету оның жаралануы немесе бауырдың кейбір ауруларында кеңейген тамырларының жарылуы кезінде пайда болады. Асқазаннан қан кету асқазан жарасында немесе оның қабырғаларында өтетін тамырларды жейтін ісіктерде, сондай-ақ асқазан жарақаттарында байқалады. Бұл жағдайда құсу болады; құсу-қою қызыл, кейде ұйыған қан.

Күйіктер жоғары температураға (жалын, ыстық сұйықтық, ыстық заттар) ұшыраған кезде пайда болады. Олар сондай-ақ күн сәулесінің әсерінен, кварц пен иондаушы сәулеленуден туындайды. Күйік негізінен тері мен тері астындағы тіндерге әсер етсе де, олардың әсері бүкіл денеге әсер етеді.

Күйіктің келесі ауырлық дәрежесі ерекшеленеді:

I-терінің қызаруы және ісінуі

II-қан плазмасында сарғыш сұйықтықпен толтырылған көпіршіктердің пайда болуы

III-тіндердің жергілікті некрозының (өлімінің) нәтижесі ретінде қотырдың пайда болуы

IV-тіндерді күйдіру.

Үлкен күйіктермен шок дамиды. Күйген жерлерде тіндердің ыдырауының улы өнімдері пайда болады, олар қанға еніп, бүкіл денеге таралады. Бактериялар күйген жерлерге түседі, жаралар іріндей бастайды. Қан плазманы жоғалтады, қалындайды және өзінің негізгі қызметін - денені оттегімен қамтамасыз етуді тоқтатады. Дене бетінің жартысынан көбін ұстайтын екінші дәрежелі күйіктер науқастың өміріне үлкен қауіп төндіреді.

Алғашқы көмек. Ең алдымен, жәбірленушіні жоғары температура көзінің әсер ету аймағынан шығарып, киімнің жанып тұрған бөліктерін парақтармен, көрпелермен, пальтомен немесе сумен сөндіру керек.

Дененің күйген беттерін өңдеу таза жағдайда жүргізілуі керек. Көмек көрсетушінің және жәбірленушінің аузы мен мұрнын мүмкіндігінше дәкемен немесе ең болмағанда таза орамалмен немесе орамалмен жабу керек, сондықтан ауыз бен мұрыннан сөйлеу және тыныс алу кезінде инфекцияны тудыруы мүмкін патогендік бактериялар күйген жерлерге түспеуі керек.

Күйген жерлерге қол тигізуге болмайды; көпіршіктерді тесуге болмайды, күйген жерлерге жабысқан киімнің бөліктерін жұлып алуға болмайды. Күйген жерлер таза дәкемен жабылуы керек; кең күйік кезінде осы мақсаттар үшін таза үтіктелген парақтар қолданылады. Ерекшелік ретінде дәке орнына таза орамал қолдануға болады. Осы мақсаттар үшін арнайы пакеттерді қолдану өте ыңғайлы. Жәбірленушіні көрпеге орау керек, бірақ оны қатты қыздырмаңыз, оны көп мөлшерде сұйықтықпен - шаймен, минералды сумен ішіңіз, содан кейін оны дереу емдеу мекемесіне апарыңыз. Бұл жағдайда шокқа қарсы шаралар қабылдау қажеттілігі туралы ұмытпау керек. Күйген бетті жақпа майлауға және ұнтақтармен жабуға тыйым салынады.

Электр тогы мен найзағайдың соғуы. Электр тогы адамның көмекшісі болып табылады, бірақ ол зиянды әсер етуі мүмкін. Электр тогының соғуымен электр жарақаттары пайда болады, олардың шамамен 25% - ы жәбірленушінің өлімімен аяқталады.

Сондай-ақ, найзағайдың табиғи электр разрядынан болатын жарақаттар бар. Электр тогы жүйке жүйесінде оның тітіркенуінен немесе параличтен көрінетін өзгерістерді тудырады. Электр тогына ұшыраған кезде бұлшықет спазмы пайда болады.

Адамның электр тогы "ұстайды" деп айту әдеттегідей: жәбірленуші қолынан зат - электр көзін босата алмайды. Электр тогының соғуымен диафрагманың құрысулық спазмы пайда болады-ағзадағы және жүректегі негізгі тыныс алу бұлшықеті.

4. Иллюстрациялық материал: Презентация

5. Әдебиет: Н 5,6. Қ 5,6.

6. Бақылау сұрақтары

1. Қан кету дегеніміз не?
2. Қан кету түрлері
3. Қан кету кезінде дәрігерге дейінгі алғашқы көмек
4. Күйік дегеніміз не?
5. Күйіктердің түрлері мен дәрежелері
6. Күйікке алғашқы медициналық көмек.

№4 дәріс

1. Тақырыбы: Жіті жүрек жетіспеушілігі, гипертониялық криз кезіндегі алғашқы дәрігерге дейінгі көмек.

2. Мақсаты: Гипертониялық кризді диагностикалау және жедел медициналық көмек алгоритмдерін үйрету. Жедел жүрек жеткіліксіздігінің белгілерін зерттеу, осындай науқастарға алғашқы медициналық көмек көрсету.

3. Дәріс тезистері:

«Криз» термині (франц. Crise-сыну, шабуыл) аурудың пароксизмальды пайда болуымен немесе симптомдарының жоғарылауымен сипатталатын және өтпелі сипаттағы ағзадағы кенеттен өзгерістерді көрсету үшін қолданылады.

Гипертониялық дағдарысты қан қысымының кез-келген шартты деңгейден кенеттен



жоғарылауы емес, әл-ауқаттың күрт нашарлауы деп санау керек, тіпті қысымның шамалы жоғарылауымен бірге жүреді. Бас ауруы мен жүрек айнуы, бас айналу және құсу, төс сүйегінің артындағы қысу немесе ауырлық сезімі гипертониялық кризбен ауыратын науқастардың жиі кездесетін шағымдары болып табылады.

Олар бет пен мойынның қатты қызаруын, кейде үлкен қызыл дақтар, терлеу және аяқ-қолдардың дірілдеуін көрсетеді. Бұл жағдайда қан қысымы 160/90 мм сын.бағ. аспауы мүмкін. Көптеген жағдайларда ол 200-240/100 мм сын.бағ. дейін жоғарлайды, көбінесе мұндай дағдарыстар мұрыннан қан кетумен бірге жүреді, оны көптеген адамдар асқыну деп санайды, дегенмен бұл көбінесе науқасты ауыр қиындықтардан құтқарады.

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

Жүрек жеткіліксіздігі-бұл жүректің жедел немесе созылмалы бұзылуымен байланысты клиникалық синдром, нәтижесінде органдар мен тіндерге қан жеткіліксіз.

Негізгі себеп-миокардтың зақымдануына байланысты жүректің толтыру немесе босату қабілетінің нашарлауы. Жүрек жеткіліксіздігінің қаншалықты тез дамидынына байланысты ол жедел және созылмалы болып бөлінеді.

Жедел жүрек жеткіліксіздігі жарақаттармен, токсиндердің әсерімен, жүрек ауруымен байланысты болуы мүмкін және емделусіз тез өлімге әкелуі мүмкін.

Миокардтың жиырылу қабілетінің бұзылуының және систолалық және минуттық қан көлемінің төмендеуінің салдары болып табылатын жедел жүрек жеткіліксіздігі (ОЖЖ) өте ауыр клиникалық синдромдармен көрінеді: кардиогендік шок, өкпе ісінуі, жедел бүйрек жеткіліксіздігі. Жедел жүрек жеткіліксіздігі көбінесе сол жақ қарыншалық болып табылады және жүрек демікпесі, өкпе ісінуі немесе кардиогендік шок түрінде көрінуі мүмкін.

Жедел жүрек жеткіліксіздігінің себептері:

- * жалпы себеп - жүрек ақауы немесе басқа жүрек ауруы болған кезде психикалық шамадан тыс жүктеме,
- * кардиоспазм,
- * коронаротромбоз,
- * физикалық шамадан тыс жүктеме,
- * перикардитке арналған тампонада,
- * гипертония кезінде сол жақ қарыншаның шамадан тыс жүктелуі,
- * үлестік пневмония кезінде оң қарыншаның шамадан тыс жүктелуі.

4. Иллюстрациялық материал: Презентация

5. Әдебиет: Н 7,8. Қ 1,2.

6. Бакылау сұрақтары :

1. Гипертониялық криз дегеніміз не?
2. Гипертониялық криздің белгілері.
3. Гипертониялық криз кезінде жедел көмек көрсету принциптері.
4. Жедел жүрек жеткіліксіздігі дегеніміз не?
5. Жедел жүрек жеткіліксіздігінің қандай түрлерін білесіз?
6. Жедел жүрек жеткіліксіздігінің белгілері қандай?
7. Жедел жүрек жеткіліксіздігіне көмек алгоритмі.
8. Миокард инфаркты кезінде шұғыл көмек көрсету принциптері.

№5 дәріс

1. Тақырыбы: Аллергиялық реакциялар кезіндегі алғашқы дәрігерге дейінгі көмек.

Анафилактикалық шок.

2. Максаты: Аллерген ағзаға енген кезде дереу типтегі ағзаның аллергиялық реакцияларының негізгі түрлерін зерттеу, шұғыл көмек көрсетудің жалпы принциптерін талдау.

3. Дәріс тезистері:

Бұл шок, ең алдымен, оның кенеттен болуы және өлімнің үлкен ықтималдығы үшін қауіпті. Масалардың шағуынан немесе бір қасық құлпынай джемінен күлкілі өлім қаупі әрқайсымыздың үстімізде ілулі тұр. Миллиондаған адамдар анальгинді өздері үшін мүлдем ауыртпалықсыз қабылдайды немесе лимон жейді, бірақ бір таблеткадан немесе кішкене лимон сынасынан кейін де біреу ғана шок жасай алады. Аллергияның айла-амалы-бұл дененің қандай жаңа затқа мұндай реакциямен жауап беретінін алдын-ала білу мүмкін емес. Бұл жағдай аллергиялық шок кезінде жоғары өлімнің негізгі себептерінің бірі болып табылады.

3 кезенді ажыратады:

- Иммунологиялық
- Иммунохимиялық
- Патофизиологиялық

Анафилактикалық шоктың пайда болу жылдамдығы-аллергенмен байланыс басталғаннан бірнеше секунд немесе минуттан 2 сағатқа дейін. Сезімталдығы жоғары науқастарда анафилактикалық реакцияның дамуында аллергиянді енгізу дозасы да, әдісі де шешуші рөл атқармайды. Алайда, препараттың үлкен дозасы шоктың ауырлығы мен ұзақтығын арттырады. Найзағай ағымы-бұл жедел бастама, қан қысымының тез, үдемелі төмендеуі, сананың жоғалуы, тыныс алу жеткіліксіздігінің жоғарылауы. Шоктың найзағай ағымының айрықша ерекшелігі-қарқынды шокқа қарсы терапияға төзімділік және терең коматоздық күйге дейін прогрессивті даму. Өлім әдетте алғашқы минуттарда немесе сағаттарда болады өмірлік органдардың зақымдалуымен байланысты.

Аллергиялық шоктың сыртқы көріністері:

1. Ұйқышылдық пен қышу, терінің және шырышты қабаттардың жану және қысылу сезімі;
2. Қабақтың, еріннің және бүкіл бет пен мойынның жұмсақ тіндерінің ісінуі-Квинке ісінуі;
3. Аяқтың оқшауланған ісінуі (көбінесе екі саусақ немесе бүкіл қол немесе аяқ);
4. Кейде мидың ісінуі-кенеттен есін жоғалту, құрысулар, құсу;
5. Қан қысымын төмендету;
6. Кейде өкпе ісінуі-тыныс алу;
7. Бөртпе түрі бойынша бөртпе;
8. Бронхо-ларингоспазм.

Анафилактикалық шоктың ағымы:

* Жедел қатерлі ісік: шоктың әдеттегі нұскасында кездеседі. Басталуы 3 минуттан 30 минутқа дейін.

• Қатерсіз: саңырау, тыныс алу және қан айналымы функцияларының орташа бұзылуы

* Аборт: ең қолайлы.

* Ұзақ: белсенді шокқа қарсы терапия кезінде анықталады

- Қайталанатын: қайталанатын шок жағдайы 4-5 сағаттан кейін, кейде шок белгілері басылғаннан кейін 10 күннен кейін дамиды.

Аллергиялық шоктың көріну нұсқалары: аллергиялық шоктың көрінісі қай органдар мен тіндерге көбірек әсер еткеніне байланысты дамиды. Сонымен, бет пен ауыз қуысының шырышты қабығының ісінуі жағдайында, әсіресе еріндер мен тілде, есекжем тәрізді көптеген бөртпелермен бірге, тән жану және қышу, Квинк ісінуі туралы айтады.

Кейде тіл аузына сыймайтын дәрежеде ұлғаяды және жұтылу мен сөйлеуде айтарлықтай қиындық тудырады. Әдетте, жұмсақ таңдай, жұтқыншақ және бадамша бездер ісінеді. Кейде Бадамша бездердің оқшауланған ісінуі байқалады, бұл катаральды стенокардия диагнозын қате қоюға әкеледі.

Бұл жағдай найзағай жылдамдығымен дамиды. Науқас кенеттен бронхоспазмның ысқырықты ысқырықтарымен тыныс алу қиындықтарын сезінеді, дауыстың қарлығуы немесе тіпті афония пайда болады (дауыстың болмауы). Бірнеше минут ішінде бет көк түске айналады, науқас есін жоғалтады және стридорозды тыныс алады.

Бұл жағдайда оны жедел коникотомиясыз құтқару мүмкін емес. Анафилактикалық шоктың дамуының бұл нұсқасы астмоидты немесе асфиксиялық деп аталады. Шоктың асфикардиялық ("жүрек") нұсқасы қан қысымы мен жүрек қызметінің кенеттен төмендеуімен сипатталады. Сананың жоғалуы қызғылт көбікпен және тыныс алудың бұзылуымен бірге жүреді-өкпе ісіну клиникасы. Церебральды ("ми") нұсқада қозу, қорқыныш, қатты бас ауруы, құсу, құрысулар және сананың тез жоғалуы алдыңғы қатарға шығады. Бұл клиникалық көрініс ми ісінуінің дамуына тән.

Абдоминальды ("іш") шок нұсқасы "өткір іштің" белгілерімен бірге жүреді. Төзімсіз ауырсыну, іштің бұлшық еттерінің айқын кернеуі көбінесе ойық жараның немесе ішек өтімсіздігінің дұрыс емес диагнозына әкеледі.

Жоғарыда аталған шоктың барлық нұсқалары әрдайым терінің бөртпелерімен және тіндердің ісінуімен бірге жүрмейтінін ескерсек, онда бұл қателіктер таңқаларлық емес.

Аллергияның ықтималдығы туралы әрдайым ойландыратын жалғыз нәрсе-бұл дәрі-дәрмектерді немесе тамақ өнімдерін қабылдағаннан кейін, жәндіктердің шағуынан немесе жаппай майымен сүрткеннен кейін оның барлық көріністерінде шоктың дамуы. Сонымен қатар, аллергиямен соңғы байланыстан аллергиялық реакцияның алғашқы белгілеріне дейінгі уақыт аралығы 3-5 секундтан бірнеше сағатқа дейін болуы мүмкін.

Естен танусыз аллергиялық реакция үшін шұғыл көмек.

1. Турникетті жәндіктердің шағу орнынан Жоғары, тері астына немесе бұлшықет ішіне енгізіңіз.
2. 5-6 тамшы адренолин бар тамшыларды (галазолин, санорин) мұрынға немесе тістеген немесе инъекцияланған жараға тамызыңыз.
3. Диазолин, димедрол немесе супрастиннің 1-2 таблеткасын беріңіз.
4. Кальций глюконатының 1-2 таблеткасын алыңыз.
5. Дәрі-дәрмекті тістеген немесе енгізген жерге суық қойыңыз.
6. Дәрігер келгенге дейін науқасты мұқият қадағалаңыз.

Есінен танып қалған анафилактикалық шок үшін шұғыл көмек:

1. Науқасты бүйіріне бұрыңыз. Бұл клиникалық көрініс ми ісінуінің дамуына тән.
2. Ауыз қуысын шырыштан және бөгде заттардан босатыңыз.
3. Турникетті инъекция немесе тістеу орнынан жоғары қойыңыз.
4. Галазолин немесе санориннің 5-6 тамшысын мұрынға немесе тістеген немесе инъекцияланған жараға тамызыңыз.
5. Басыңызға және шағу немесе инъекция орнына суық жағыңыз.
6. Дәрігер келгенге дейін науқастың жағдайын мұқият қадағалаңыз.

4. Иллюстрациялық материал: Презентация

5. Негізгі әдебиеттер:

1. Қаныбеков А. Жедел медициналық жәрдем. Оқулық. "Sky Systems" 2017
2. Алпысова А.Р., Молодовская Н.А. Ауруханаға дейінгі кезеңде жедел көмек көрсету алгоритмдері. Алгоритмы оказания неотложной помощи на догоспитальном этапе». Оқу құралы. "Sky Systems"
3. Мейірбикелік дағдылар оқулық / А. Қаныбеков – Алматы : Эверо, 2016. – 476 б. с. Алпысова А.Р. Неотложные состояния в практике врача скорой помощи. Уч.мет.пос. "Sky Systems" 2019
4. Омарова В.А. Омарова Т.Р. Неотложные состояния в клинике внутренних болезней: учебное пособие. "Sky Systems" 2018
5. Тұрланов, Қ. М. Жедел медициналық жәрдем/ Қ. М. Тұрланов, С. А. Қалқабаева. – 2-ші бас., толықт. және өңд. - Алматы : Эверо, 2014. – 444 с.
6. Красильникова, И. М. Дәрігерге дейінгі шұғыл медициналық көмек: оқу құралы / И. М. Красильникова, Е. Г. Моисеева ; жауапты ред. А. Н. Саржанова ; қазақ тіліне ауд. Г. Ж. 5.Сағындықова. – М. : ГЭОТАР – Медиа, 2014. – 208 бет
7. Алпысова, А. Р. Ауруханаға дейінгі кезеңде жедел көмек көрсету алгоритмдері = Алгоритмы оказания неотложной помощи на догоспитальном этапе : оқу құралы. – Караганда : АҚНҰР, 2015. – 120 б. с.
8. Вялов, С. С. Общая врачебная практика: неотложная медицинская помощь: учебное пособие / С. С. Вялов. – 6-е изд. ; Рек. Учебно-методическим объединением по мед. и фармацевтическому образованию вузов России. – М. : Медпресс-информ, 2014. – 112 с.

Қосымша әдебиеттер:

1. Алпысова А.Р. Диагностика және жедел медициналық көмек көрсету алгоритмдері. Algorithm of diagnosis and emergency care. Оқу-әдістемелік құрал. "Sky Systems" Алпысова А.Р. Неотложные состояния в практике врача скорой помощи. Уч.мет.пос. "Sky Systems" 2019
2. Повышение качества медицинской помощи и безопасности пациентов в медицинских организациях : наглядное руководство / пер. с англ. Г. Э. Улумбековой ; под ред. С. С. Панисар. – М. : ГЭОТАР – Медиа, 2016. – 160 с.
3. Алпысова, А. Р. Неотложные состояния в практике врача скорой помощи : учебно-методическое пособие / А. Р. Алпысова. – Караганда : АҚНҰР, 2016. – 176 с. Катерлі жағдайлар кезіндегі шұғыл әрекеттер] = Неотложные состояния при несчастных случаях = Emergency states in the case of accident : оқу- әдістемелік құрал / А. Р. Алпысова Алматы : Эверо, 2015. – 168 б- 95 экз.
4. Алпысова, А. Р. Жедел жәрдем дәрігерінің тәжірибесіндегі төтенше жағдайлар: оқу-әдістемелік құрал / А. Р. Алпысова ; ҚР Денсаулық сақтау және әлеуметтік даму министрлігі. ҚММУ. – Караганды : АҚНҰР, 2016. – 178 б. с.
5. Қарқынды емдеу бөлімшесінің мейіргері: практикалық нұсқаулық / Ред. В. Л. Кассиль., қаз. тіліне ауд. У. Е. Ибраев. – М. : ГЭОТАР – Медиа, 2016. – 312 бет ил.
6. Скорая медицинская помощь: национальное руководство / Российское общество скорой медицинской помощи ; под ред. С. Ф. Багненко и др. – М. : ГЭОТАР – Медиа, 2015. – 888 с. : ил.



6. Бақылау сұрақтары :

1. Аллергиялық реакция дегеніміз не?
2. Аллергиялық реакциялардың түрлері
3. Анафилактикалық шок дегеніміз не, оның түрлері?
4. Анафилактикалық шок үшін көмек алгоритмі қандай?
5. Эпинефрин қашан, қалай және қандай дозада енгізіледі?
6. Эуфиллин қашан және қандай дозада енгізіледі?
7. Гормондар қашан, қандай және қандай дозада енгізіледі?
8. Антигистаминдер қашан, қандай және қандай дозада енгізіледі?