Дәріс кешені

Пәні: Жедел медициналық көмек-2
Пән коды: ZhMK 5302-2
ББ шифрі мен атауы: 6B10101 «Жалпы медицина»
Оқу сағаты/кредит көлемі: 120 сағат (4 кредит)
Оқу курсы мен семестрі: 5 курс, 10 семестр
Дәріс көлемі: 10 сағат

Шымкент, 2025 ж.

Дәріс кешені білім беру бағдарламасы бойынша модульдік оқу бағдарламасына сәйкес әзірленген «Жедел медициналық көмек-2» және кафедра мәжілісінде талқыланды.

Хаттама № «11» «26» 06 2025ж.

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

Дәріс № 1

1. Тақырыбы:Жедел инфекциялық патология

2. Мақсаты: Жедел инфекциялық патология кезінде жедел көмек көрсету тактикасын үйрену.

3. Дәріс тезистері:

Жедел көмек дәрігерлері инфекциялық аурулары бар жағдайдағы науқастарды үш топқа бөледі:

1. Ауруханаға дейінгі кезеңде реанимациялық шаралар көмегімен ем нәтижесі оң болатын науқастар (менингококкты инфекция кезіндегі инфекциялық токсикалық шок, тырысқақ пен тағамдық токсико-инфекцияларда гиповолемиялық шок);
2. госпитализация кешіктірілген немесе өте ауыр өмірге қажетті қызметтердің айқын бұзылыстарында шұғыл көмекті орнында көрсету қажет (ботулизмде, грипптің асқынған түрлерінде т.б.);
3. Қауіпті жағдайлардың даму мүмкіндігі бар науқастар; бұл топтағы науқастар жедел госпитализацияны қажет етеді.

Инфекциялық токсикалық шок

Инфекциялық аурулар кезіндегі шұғыл жағдайлардың ішінде ең жиі кездесетіні инфекциялық токсикалық шок, ол кешіктірілген диагностика мен терапия салдарынан өлім себебі болуы мүмкін.

Шок инфекциялық аурулар кезінде дамиды (менингококкемия немесе менингококкты сепсис; бөртпе және іш сүзегінде, грипп, сальмонеллез, дизентерия, сібір жарасы және т.б.).

Менингококты инфекция

Менингококкты инфекцияның жайылмалы түрлері
(менингококкемия, менингит) ауруханаға дейінгі кезеңде шұғыл көмекті қажет етеді, ол ИТШ және бас миының ісінуі мүмкін.

Менингококты сепсисте ауру басы үдемелі басталады. Дене қызуы алғашқы тәуліктерде 39-42 С-қа дейін көтеріледі, қалтыраумен басталады, кейіннен субфебрилді сандарға дейін төмендейді, ал шок кезінде қалыпты сандарға дейін болады.

Жедел ішек инфекциясы кезіндегі гиповолемиялық шок

Инфекциялық науқастарда дегидротациялық синдроммен негізделген шұғыл жағдайлар жиі жедел ішектік инфекцияларда дамиды (тағамдық токсико инфекция, сальмонеллездің гастро интестиналді түрлері, стафилококкты инфекция, әртүрлі этиологиялы гастроэнтериттер, тырысқақ және т.б.)

Жоғалған сұйықтықты көлеміне байланысты сусызданудың 4 дәрежесін анықтайды:

Тырыспа

Аурудың жетекші симптомдарының дамуы тетаноспазм әсеріне негізделген, ол қанмен бірге мүмкін шеткері жүйкелерге арқылы жұлын және сопақша миға, ретикулярлы фармацияларға жетіп, қозғалтқыш орталықтарды зақымдайды.

Токсин полисинаптикалық рефректорлы доғадағы біріккен нейрондардың мотонейрондарға тежегіш әсерін алып тастайды, ол әсердің болмауынан мотонейрондарда тұрақты шок әсері кординацияланбайды және үздіксіз бұлшық еттерге келіп түседі. Кез келген тітіркендіргішке бұлшық еттердің тоникалық қозуы және жиі клоникалық тырысулар жауап ретінде пайда болады.

Ботулизм

Ботулизм кезінде инкубациялық кезең бірнеше сағаттан 15 тәулікке дейін созылады.

Ауру алғашқыда жүрек айну, құсу кейде диареядан басталады. Ішек парезінің салдарынан диарея іш қатумен тез алмасады.
Дене қызуы бұл кезде қалыпты.
Ауру басталғаннан 12-24 сағ. өткенде неврологиялық симптомдар пайда болады: көз көрудің бұзылуы диплопия, птоз.
Көз симптомдары- ботулизмнің ерте және негізгі белгісі.
Қарағанда көз қарашықтары кеңейген, жарыққа реакциясы әлсіз, көлденең және тік нистагм (офтальмоплегиялық синдром).

Ауыр асқынған грипп

Грипп кезінде шұғыл көмекті қажет ететін негізгі синдромдар:
ИТШ,
ЖТЖ,
бас миының ісінуі,
өкпе қабынуы болып табылады.

Күл ауруы

трахеобронхиалді бұтақтың толық зақымдалуымен сипатталатын күлдің ауыр токсикалық түрлері бар науқастарда дамитын жедел жағдайларды емдеу бойынша дәрігерлер алдында жаңа талаптар қойылды. Күлдің жиі түрлері аңқа, жұтқыншақ көмей, мұрын күлі болып табылады.
Көп қабатты эпителимен (аңқа) жабылған аймақтарда, дифтериялық таяқша экзотоксині қатты, қиын алынатын жабынның туындауына әкеледі. (дифтериялық қабыну). Бір қабатты эпителиймен жабылған (көмей, кеңірдек) шырышты қабаттардағы жабын оңай алынады (крупозды қабыну).

Көк жөтел

Екі жастан асқан балаларда ауыр жөтел ұстамасын кодеин-0,001-0,0075г мөлшерде баса алады.
Ересектерде кодеиннің 0,01-0,02г мөлшері қолданылады немесе фенобарбитал 0,05г күніне 2 рет микстура түрінде беріледі.

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:

- ИТШ-ңбелгілері қандай?
- ИТШ кезінде ЖМК тактикасы қандай?
- Менингококты инфекцияның белгілері қандай?
- Менингококты инфекция кезінде ЖМК тактикасы қандай?
- Ботулизнің белгілері қандай?
- Ботулизм кезінде ЖМК тактикасы қандай?
- Тырыспаның белгілері қандай?
- Тырыспа кезінде ЖМК тактикасы қандай?

- Асқынған гриптіңбелгілері қандай?
- Асқынған грип кезінде ЖМК тактикасы қандай?
- Күл ауыруыныңбелгілері қандай?
- Күл ауыруы кезінде ЖМК тактикасы қандай?
-

Дәріс № 2

1. Тақырыбы:Жүйке жүйесінің аурулары мен жарақаттары. Шұғыл психиатрия.

2. **Мақсаты:** Жүйке жүйесінің аурулары мен жарақаттары және шұғыл психиатриялық аурулар кезіндежедел көмек көрсетуді үйрену.

3.Дәріс тезистері:

Инсульт (латын тілінен аударғанда милық соққы) себептері тамырлық бұзылыстар түріндегі ұзақтығы 24 сағаттан артық, немесе өлімге әкелетін, тез арада дамитын жергілікті немесе кейде диффузды ми қызметінің бұзылуымен сипатталады – тұрақсыз, тұрақты.

Транзиторлық ишемиялық шабуыл – тұрақсыз ми қызметінің бұзылысы.

Морфологиясына қарай төрт түрге бөлінеді:

1. Субарахноидалді қан құйылу;
2. Геморрагиялық инсульт (миға қан құйылу);
3. Ишемиялық инсульт (ми инфарктісі.);
4. Жедел гипертониялық энцефалопатия.

Субарахноидалді қан құйылу - бұл бас миының өрмекші қабаты астылық кеңістігіне қан құйылу.

Кездейсоқ субарахноидалді қан құйылудың жиі себебі бас ми ішілік артерияның аневризмасының жарылуынан болады, көбінесе оның орналасуы - ми негізің артериялары. Артерияның жарылуы сонымен қатар, гипертонялық ауруы, тамырлардың атеросклеротикалық бұзылыстары, ми ісіктері, интоксикация т.б. аясында да болады.

Геморрагиялық инсульт

Геморрагиялық инсульт (синонимі: милық соққы, апоплексия) миға қан құйылуын айтады.

Этиология. Миға қан құйылу көбінесе әр түрлі генезді тұрақты артериалды гипертензия аясында қарт кісілерде дамиды:

гипертониялық ауру,
бүйрек ауруы,
бүйрек үсті без,
гипофиз ауруы,
жүйелі тамырлық аурулары (түйінді периартериит, жүйелі қызыл жегі және т. б.).

Клиникасы. Қан құйылу кенеттен, күндіз пайда болады.

Кейде алдын ала бас ауру, бас айналу, бастың салмағының жоғарлауын сезінеді, бірақ көбінесе науқас кенеттен есін жоғалтып құлайды.

Қарау кезінде беттің қызыл-көк түске боялуы назар аударады.

Тыныс алуы шулы, стридорозды, Чейн-Стокс типті.

Пульсі баяулаған, кернеген , жиі артериалды қысым жоғарлайды.

Көз қарасы қатыспаған, «жүзгіш».

Қан құйылудың карама- қарсы жағында гемиплегия байқалады (зақымдалған жақтағы аяқ-қолды көтергенде ұзын қамшы сияқты құлайды), алғашқы сағаттарда сіңірлік рефлекстер және бұлшықет тонусының төмендеуі, кейін олардың жоғарлауы байқалады.

Ишемиялық инсульт.

Бұл бас миының жеке бөлімдеріне қандай да бір тамыр бойынша жартылай немесе толық қанның келмеуі нәтижесінде пайда болады.

Ишемиялық инсульт себебінің негізгі үш тобын бөлінеді: экстракраниалді және интракраниалді тамырлар қабырғасының өзгеруі; эмболиялық зақымдалулар;гематологиялық зақымдалулар.
Осы ауруға әкелетін, тамыр қабырғасының өзгеруі, әр түлі генезді артериалды гипертензияда және атеросклерозда, кейін әр түрлі этиологиялы артерииттерде кездеседі.
Бас миының эмболиялық зақымдалуының негізін кардиопатология құрастырады:
ЖИА және оның көптеген түрлерінің көріністері (аритмиялар, ЖИМ және т.б), жүрек ақаулары.
Гематологиялық асқынуларының ішінде бірінші орында: эритремия (біріншілік және екінішілік), гиперкоагуляционды синдром.
Клиникасы
Ишемиялық инсульт жиі қарт кісілерде дамиды.
Психикалық және физикалық күш түсумен айқын байланысы бар. Ишемиялық инсульт біртіндеп дамиды, бір неше сағат немесе бір неше күн ішінде дамиды, ұйқы кезінде де дамуы мүмкін.
Типті инсульттің алғашқы хабаршысы:
бас айналу,
аз уақыттағы сананың бұзылуы,
көз алдындағы қараюлар,
жалпы әлсіздік,
аяқ- қолдарының өткінші парестезиясы және т.б.
FAST (Face Arm Speech Test, бет-қол-сөйлеу-тест).
1. Науқастан күлуін немесе тісін көрсетуін өтінеміз.
Инсульт кезінде бетінің ассиметриясы байқалады.
2. Науқастан қолдарын көтеріп 5 секунд (отырса 90°, ал жатса 45°-та ұстап тұруын өтінеміз . Инсульт кезінде бір қолы түсіп кетеді.
3. Науқастан қарапайым сөздерді айтуын өтінеміз.
Инсульт кезінде сөздері анық болмайды, қиналып сөйлейді.
Жедел гипертониялық энцефалопатия
Жедел гипертониялық энцефалопатия синдром ретінде анықталады, кез келген генезді артериалды гипертензиясымен бар науқастарда тез уақыт ішінде АҚ көтерілуі нәтижесінде және қатты бас аурумен, лоқ-су, құсу, жүйелі емес бас айналумен кейін бір неше сағатқа созылатын сананың бұзылысымен сипатталады және жиі өліммен аяқталады.
Этиология. Кез келген генезді тұрақты артериалды гипертензия.
Патогенезі. Жоғары артериалды қысым кезінде ми қан айналымның жоғарлауына жауап ретінде, фильтрационды ісіну мен мидың ісінуі және ми бағанасы мен мидың жарты шарларында жұмсақ ми қабатында интраваздлді плазморрагиямен және геморрагиямен байланыстырады.
Менингит
Клиникалық көрінісі. Әртүрлі, өйткені анық симптомдар және белгілер аурудың әр түрлі кезеңінде пайда болады.
Продромалды кезең 48 сағаттан кем, ауру өршімелі сипатта болады және науқастың жағдайының нашарлауымен жүреді.
Менингит кезіндегі ең жиі симптомдар:
қызба, бас ауру (көлденең жазықтықта науқастың басын 2-3 рет бұрғанда ауырсынуы күшейеді);
лоқсу және құсу;
мойын бұлшықеттерінің тырысуы;

петехиалды бөртпелер (теріде ұсақ қан құюлар қоңыр-қызыл түсті секпіл немесе дақ түрінде болады), денемен аяқтарда орналасады;
тырыспа талмасы;
жарықтан қорқу.

Энцефалит

Клиникалық көрінісі келесі синдромдар мен жүреді:
Жалпы инфекционды: дене қызуының жоғарлауы, қызба, жалпы интоксикация, қандағы жалпы өзгерістер және т.б.
Жалпы милық синдромдар: сана деңгейінің сандық бұзылысы, (сананың сөнуі , сопор, кома), бас ауру, лоқсу, құсу, бас айналу, жалпы тырыспа талмасы.
Психикалық бұзылыстар: дезориентаиця, психомоторлы қозу, шатасуы, мінез құлықтың бұзылуы, елестеу, делирий, қорқу, үрей, агрессивтілік.
Менингиалді синдром (ми қабығы қатысса): Керниг, Брудзинский симптомдары оң, шүйде бұлшықетінің тырысуы.
Ошақты неврологиялық симптомдар зақымдалу ошағының орналасуына байланысты (фокальді тырыспа талмасы, орталық немесе перифериялық парездер, сезімталдық және сөйлеу бұзылыстары, атаксия, бас ми жүйкелерінің зақымдалу белгілері, диплопия, жұтыну бұзылыстары т.б сияқты).

Бас мидың жабық жарақаты (БМЖ)

Жағдайының аурлығына байланысты сананың тежелуінің дәрежесінің сапалық бағасына негізделген: анық; шамалы сананың сөнуі (оглушение); терең сөнуі; сопор; шамалы кома; терең кома; шектен тыс кома.
Жеңіл ЖБМЖ - на ми шайқалуы мен соғылуының жеңіл дәрежесі жатады.
Орташа ЖБМЖ – на ми соғылуының орташа дәрежесі жатады.
Ауыр ЖБМЖ –на ми соғылуының ауыр дәрежесі мен бас мидың басылуы жатады.

Жұлындық жарақат

Жұлындық жарақат кезінде сүйек-буын аппараты, жұлын миі және оның түбірлері мен тамырлары зақымдалуы мүмкін. Көбінесе омыртқаның қозғалғыштығы көп аймақтары жарақатқа душар болады – мойын (С5 –С7) және кеуде бел (Th10- L2) бөлімдері.
Жұлындық жарақаттың клиникалық түрлері зақымдалу сипатына және қосым-ша жанында жатқан қабық пен құрылымдардың зақымдалуына негізделген.
Бірінші белгілері бойынша: жұлын мидың шайқалуы; жұлын мидың соғылуы; жұлын мидың жарақаттық басылуы (алдыңғы, артқы, ішкі).
Екінші белгілері бойынша: ашық жұлындық жарақат; жабық жұлындық жарақат.

Психиатрия және наркологиядағы ургентті жағдайлар – науқастың өміріне, денсаулығына, сонымен қатар қоршаған ортаға қауіп төндіретін, жедел медициналық көмекті қажет ететін кенеттен дамитын жедел психопатологиялық жағдай.

Психикалық бұзылыстармен жүретін жедел жағдайларды пайда болу механизміне байланысты бірнеше топтарға бөлеміз:
Психикалық ауруларда кездесетін шұғыл жағдайлар(мысалы,меланхолиялық депрессияда болатын суицидті жағдайлар)
Наркоманияда,алкоголизмде, токсикаманияда кездесетін шұғыл жағдайлар(алкогольді делирия,героинмен улану)
Айқын психикалық бұзылыстармен жүретін шұғыл соматикалық жағдайлар(перитонит кезінде дамитын делирия)
Психотропты препараттармен жоспарлы түрде емдеу кезінде дамитын шұғыл жағдайлар(жедел дистония, серотонинді синдром).

Психомоторлы қозу – науқастың психикалық жағдайының бұзылуына байланысты әр түрлі дәрежедегі қимыл қозғалысының және сөйлеу қабілетінің бұзылысымен (көп сөйлегіштік,сөз құрамының өзгерісі, т.б.) жүретін патологиялық жағдай.
Жиі кездесетін психомоторлы қозу түрлері:
Галлюцинаторлы
Үрейлі (тревожное)
Дисфориялық
Депрессиялық
Маникалды
Аффективті – шокты
Кататониялық және гебефренді.
Эпилептикалық статус бұл – жиі қайталанатын эпилептикалық ұстамалар жағдайы, жиі үлкен ұстамалармен көрінеді.
Ұстамалар арасында сана қалпына келіп үлгермейді, тіпті комаға түсіп қалуы мүмкін.
Кейде ұстамалар арасындағы үзіліс 2-5 мин. Созылуы мүмкін.
Бұл уақытта тыныс қалпына келеді.
Бірақ қайталана беретін ұстамалардан ликвородинамика бұзылады, екіншілік гипертермия, жүрек қан тамыр және тыныс алу жүйесімен бірге бас миының ісінуі дамиды.
Дер кезінде және әсері жоқ емнен науқас бірнеше сағатта қайтыс болуы мүмкін.

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 «Ишемический инсульт». Одобрено Объединенной комиссией по качеству медицинских услуг МЗ РК от «27» декабря 2016 года. Протокол №18.
6. Клинический протокол диагностики и лечения «Внутримозговое кровоизлияние». Одобрен Объединенной комиссией по качеству медицинских услуг МЗ РК от «25» мая 2017 года. Протокол №22.
7. Основы помощи при общирной травме: справочное издание: Д. Скиннер, П. Дрисколл 4- издание, 2018 МККК

6.Бақылау сұрақтары:

- Геморрагиялық инсульттіңбелгілері қандай?
- Геморрагиялық инсульт кезінде ЖМК тактикасы қандай?
- Ишемиялық инсульттіңбелгілері қандай?
- Ишемиялық инсульт кезінде ЖМК тактикасы қандай?
- Менингиттіңбелгілері қандай?
- Менингит кезінде ЖМК тактикасы қандай?
- Энцефалиттіңбелгілері қандай?
- Энцефалит кезінде ЖМК тактикасы қандай?

- Бас мидың жабық жарақаттарыныңбелгілері қандай?
- Бас мидың жабық жарақаттары кезінде ЖМК тактикасы қандай?
- Жұлын жарақаттарыныңбелгілері қандай?
- Жұлын жарақаттары кезінде ЖМК тактикасы қандай?

Дәріс № 3

1. **Тақырыбы:**Жазатайым оқиғалар кезіндегі ЖМК.
2. **Мақсаты:** Жазатайым оқиғалар кезіндегі ЖМК тактикасын үйрену.

3.Дәріс тезистері:

Асфиксия – ағзада көмірқышқыл құрамы көбеюінен, оттегі жетіспеушілігімен сипатталатын жағдай

Оның себептері аурулар, уланулар (токсикалық асфиксия) және механикалық кедергілер.

Механикалық асфиксия -Жіті өкпе тынысы, қанайналым және ми функциясы бұзылыстары;

Бірнеше минутқа созылған асфиксиялық жағдай өлімге әкеледі;

Асфиксия 5-6 минутқа созылады;

Жүрек бұлшық еттерде жіті оттегі жеткіліксіз-дігінен жүрек жиырылуы әлсірейді;

Өкпеден айдалатын қан бұзылысынан беттегі вена қанға толықсып, басқада ағзаларда қан айдалуы бұзылады.

Жаншылудан болатын асфиксия

а) странгуляциялық (асылу, ілмекке, колмен буындыру)

б) компрессиялық (кеуде және іштің қысылуы)

2. Жабылудан болған асфиксия

а) обтурациялық (ауыз және мұрын жабу, ірі бөгде заттармен тыныс жолдарының бітелуі)

б) аспирациялық (себілетін заттармен, сұйық заттармен аспирация)

в) Тұншығу

3. Шектеулі жабық кеңістіктегі асфиксия.

Асылу - Дененің барлық немесе жартылай дене салмағының ауырлық әсерінен мойынның ілмекпен қысылуы.

Мойындағы ілмектің орналасуына байланысты толық, толық емес (түрегеп тұрғанда, тізе бүіп отырғанда) мойынға ілмектің орналасуына байланысты ауаның өкпеге жетіспеуі, тамырлардың, мойын нерв бағаналарының қысылуы.

Ұйқы артерия қысылуы, мидағы оттегі жетіспеушілігіне әкелсе, мойылдырық көктамыр қысылуы бассүйегі ішінен қанның кері қайтуы бұзылып қысым жоғарлауына әкеледі.

Бірнеше секундта ми қанға толып, 3-4 минутта ісіну дамиды. Нәтижесінде – естен тану, құрысу, еріксіз зәр шығару және дефекация болады.

Асылу кезінде странгуляциялық жүлге із қалады.

Суға бату -Бұл жабық тыныс жолдарына қандай бір сұйықтық енуіне байланысты дамитын механикалық асфиксияның бір түрі.

Суға бату ортасы судан басқа (тұзды немесе тұщы) батпақ, нефть, бояу, май, өндірістегі әртүрлі сұйықтықтар (пиво,).

шынайы (немесе «ылғал», «көк типті», көк асфиксия), түрінде науқастың өкпесі суға толады (70-80% жағдайда);

асфиксиялық (немесе «құрғақ», «бозғылт» тип, ақ асфиксия), түрінде науқастың өкпесі суға толмайды, бірішілік рефлекторлы ларингоспазм пайда болады (10-15% жағдайда);

синкопальды (немесе «бозғылт» суға бату, судағы кенеттен өлім), рефлекторлы кенеттен жүрек тоқтау әсерінен болады (5-10% жағдайда).

Электрожарақат - Тұрақты токты қабылдау шегі, денеге енуі 5-10 миллиампер (мА), ал тұрмыста қолданатын ауыспалы токтың қабылдау шегі (60 Гц) -1-10 мА.

0,05-0,1 ампер (А) күші бар ток адам өліміне әкеледі. Төменгі вольтті күйіктер жиі тұрмыста, ал жоғары вольтты күйіктер жиі өндірістерде кездеседі.
Төменгі кернеулі электр тогы қарсылығы төмен жолдармен жүріп әсері тіндерге төмен, ал жоғарғы кернеулі ток қысқа жолдармен таралып, ауыр зақымдар тудырады.
Найзағай әсерінен жыл сайын дүние жүзінде мыңдаған адамдар өлімге ұшырайды.
Зақымдану кезінде өте жоғары атмосфер-лік электр күші әсер етіп, (күш миллион вольтпен есептеледі), бірақ өте қысқа болады.
Найзағайдан зардап шегу дененің бөліктерін бөліп түсуге, көмірлену, симметрлік қозғалыс бұзылыстарына әкеледі.
Көмегі электржарақатындағыдай.
Ыстық өту–сыртқы жылу факторлары әсерінен дамитын ағзаның жалпы ысуымен көрінетін патологиялық жағдай. Ыстық өту- температурасы мен ылғалдылығы жоғары бөлмеде ұзақ отыру, ыстық жерде ұзақ жүру, қапырық және ауа кірмейтін бөлмелерде физикалық жүктеме жасау, балаларды жылы көрпеге орау, қапырық бөлмеде ұстау әсерін тигізеді.
Науқастарда жалпы әлсіздік, бас ауыру, бас айналуы, құлағы шуылдау, ұйқышылдық, шөлдеу, дене қызуы 40-44º С дейін көтеріледі. Ауыр түрінде тынысы бәсеңдейді, тыныс Чейн – Стокс, АҚҚ төмендейді. Науқаста есеңгіреу, есін жоғалту, тырысу комаға түседі. Кейде сандырақтау, психомоторлы қозу, емшек жасындағы балаларда диспепсиялық көрініс (құсық, іші өтуі), дамиды.
Үсік шалу -Төменгі температураның ұзақ уақыт әсерінен пайда болатын патологиялық синдром.
Өте жиі төменгі, сирек — жоғарғы дене бөліктерінде мұрын, құлақ қалқаны т.б.
Үсіну 3-тен 5 °С дейін төмен температура ұзақ әсер еткенде теріде, терең жатқан тіндерде қанайналым бұзылыстары пайда болып, әсерінен терморегуляциялық қышқыл –негізді тепе-теңдік, су-электрлік алмасу, иннервациялық бұзылыстар дамиды.
Тоңазу және үсінудің 4 дәрежесін ажыратады.

4. Иллюстрациялық материал: Презентация

5.Әдебиет:

1. 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:

- Асфиксияныңбелгілері қандай?
- Асфиксия кезінде ЖМК тактикасы қандай?
- Суға батудың т.рлері жәнебелгілері қандай?
- Суға бату кезінде ЖМК тактикасы қандай?
- Асылубелгілері қандай?
- Асылу кезінде ЖМК тактикасы қандай?
- Электрожарақатбелгілері қандай?
- Электрожарақат кезінде ЖМК тактикасы қандай?
- Үсік шалубелгілері қандай?

- Үсік шалу кезінде ЖМК тактикасы қандай?

Дәріс № 4

1. Тақырыбы:Жаралар. Қан кету. Тірек-қимыл аппаратының жарақаттары.

2.Мақсаты: Жаралар, қан кету және тірек-қимыл аппаратының жарақаттары кезінде жедел көмек көрсету тактикасын үйрену.

3.Дәріс тезистері:

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

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

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

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

кесілген (пышақпен, алмаспен, өйнек, шыны жарықшақтарымен жаралану — жара шеті ажырап, катты қанайды);

шабылған (балтамен сүйектер зақымдануы мүмкін);

шаншылған, (түйрелген жаралар (пышақ, шеге, біз, қанжар, айыр, сүңгі-найзамен, кейде терең болуы мүмкін, ішкі органдар, мысалы, кеуде немесе іш қуысы зақымдануы ықтимал);

Тістелген, соғылған жара, оқ тиген жара және т.б.

Қан кету түрлері:

Зақымдалған тамырдың сипатына қарай қанның ағуы

артериялық (күре тамырлық),

веналық (көктамырлық),

капиллярлық (қылтамырлық) және паренхиматоздық болып бөлінеді.

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

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

Қылтамырлық қан кету ұсақ тамырлардан ұан кету.

Жарақаттар – бұл механикалық, техникалық, химиялық, спецификалық (рентген сәулесі, радиоактивті сәулелер, электр тоғы), психикалық (қорқыныш) себептердің әсерінен адам ұлпалары мен органдарының зақымдануы және олардың тұтастығы мен қызметінің бұзылуы.

Жарақаттардың белгілері:

Жергілікті белгілер: дененің зақымданған бөлігінің ауырсынуы, бозаруы, ісінуі, қан кетуі, қызметінің бұзылуы.

Жалпы белгілер: ес-түсінен айырылуы, ыстығы көтерілуі, тамырдың нашар соғуы, артериалық қысымның төмендеуі, тыныс алудың, зат алмасуының бұзылуы және т.б.

Жарақаттардың асқынуы: жарақаттық шок, талықсу; қансырау, қан кету; жара инфекциясы; өмірге маңызды мүшелердің қызметінің (жүрек, бүйрек, өкпе) бұзылуы.

Көптеген сыну жағдайларындағы иммобилизациялаудың негізгі ережесі:

Таңылған тасымалдау шендеуіші кем дегенде екі буынды ұстап тұруы қажет (сынған жердің үсті және асты жағынан). Мысалы, сирақ сынған кезде, ол тізебуын және тобықбуынды ұстап тұруы керек, иық сүйегі сынғанда – иықбуын, шынтақбуыны,

кәріжілік-білезік буынын; жамбас сүйегі сынғанда ұршықбуын, тізебуын, тобықбуынды ұстап тұрады.

Аяқ не қол саусақтарының ұшы бос болуы керек.

Жарақаттық шок

жеңіл — аурудың жалпы жағдайы қанағаттанарлық, бозарған, тамыр соғысы минутына— 90—110.

САҚ 90—100 мм сынап бағанасы;

орта — аурудың жалпы күйі ауыр, бозарған, кейде мазасызданады, теріні суық тер басады, тамыр соғысы минутына —110—130 рет.

АҚ 70—85 мм сынап бағанасы;

ауыр — аурудың жалпы жағдайы өте ауыр, тамыр соғысы минутына — 130—160 рет, санауға қиын, кейде әлсіз, сезілмейді. АҚ 60—70 мм сынап бағанасы және одан төмен;

ақтық немесе жанталасу жағдайы — естен танады, тамыр соғысы өте әлсіз, тіпті санауға келмейді. АҚ төмен түсе береді (50 мм сынап бағанасынан төмен немесе анықталмайды), тыныс алуы үстіртін және жиілей түседі.

Мұндай күйде көбіне өлуге душар етеді.

PHTLS принциптері.

Пациентті қараудың негізгі этаптары:

Оқиға орнын қарау;

Біріншілік қарау;

Екіншілік қарау;

Тасымалдау барысында науқастың жағдайын үнемі бақылау.

Біріншілік қараудың бес кезеңі:

Airway management and cervical spine stabilization – Тыныс жолдарының өткізгіштігін қамтамасыз ету, мойнын стабилизациялау; оксигенотерапия

Breathing (ventilation) – тыныс (вентиляция);

Circulation (blooding) – гемодинамика (қансырау);

Disability – нейростатус;

Exposure/Environment – егжей-тегжейлі қарау/сыртқы орта.

4. Иллюстрациялық материал: Презентация

5.Әдебиет:

1. 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. Основы помощи при общирной травме: справочное издание: Д. Скиннер, П. Дрисколл 4- издание, 2018 МККК

6.Бақылау сұрақтары:

- Жаралардыңбелгілері қандай?
- Жаралар кезінде ЖМК тактикасы қандай?

- Қансыраудың белгілері қандай?
- Қансырау кезінде ЖМК тактикасы қандай?
- Жарақаттардыңбелгілері қандай?
- Жарақат кезінде ЖМК тактикасы қандай?
- Жарақаттық шоктыңбелгілері қандай?
- Жарақаттық шок кезінде ЖМК тактикасы қандай?
- PHTLS принциптері қандай?

Дәріс № 5

1. Тақырыбы:Жедел хирургиялық аурулар мен кеуде және іш мүшелерінің жарақаттары.

2. **Мақсаты:** Жедел хирургиялық аурулар мен кеуде және іш мүшелерінің жарақаттары кезінде жедел көмек көрсету тактикасын үйрену.

3.Дәріс тезистері:

«Жедел іш» туралы ұғым. Патогенезі және клиникалық көрінісі

Жедел деп іштің бірнеше минуттан жеті күн аралығында ауырсынуын айтамыз.

Іштің жедел ауырсынуының себептері ішкі мүшенің зақымдалуы болып табылады:

Парietалді іштіктің қабынуы, ішкі мүшелердің жедел қабынуы немесе деструктивті аурулары кезінде (жедел аппендицит, жедел холецистит, жедел панкреатит, панкреонекроз, ойық жараның тесілуі, ішектің және құрт тәрізді өсіндінің тесілуі, құрсақ қуысының абсцесстері, дивертикулит, Крон ауруы, жаралы колит) байқалады;

«Ішкі мүшелердің обструкциясы (ішек өтімсіздігі, копростаз, өт ұстамасы, обструктивті панкреатит);

Ішкі мүшелердің қан ағысының бұзылыстары құрсақ қуысының және аорта және эмболиясы тромбозы, жыртылуы, стенозы немесе басылуы (жедел ишемиялық колит, ішектің созылмалы ишемиялық ауруының өршуі, жедел мезентериялді тромбоз, аорта аневризмасы, қысылған жарықтар, ішектің венозды инфарктісі);

Ішкі мүшелерінің капсуласының керілуі, паренхиматозды мүшелердің жедел қабынуы немесе ісінуі (жедел алкоголді гепатит, көкбауырдың жедел тромбозы, синдром Бадда-Киари, жүрек жеткіліксіздігі);

Жедел аппендицит

Жедел аппендицит бұл соқыр ішектің құрт тәрізді өсіндісінің қабынуы.

Аурудың ағымына байланысты мынадай түрлерге бөледі: жай; деструктивті; асқынған; клиникалық айқын.

Аппендицит көбіне аяқ астынан жедел ауырсынумен басталады.

Алғашқыда ауырсыну кіндік маңында кейде біраз уақыттан соң оң жақ мықында орналасады.

Ауырсыну аясына диспепсия, жүрек айну, бір реттік сұйық нәжіс, субфебрилді қызба дамиды.

Кәрі жастағы науқастарда ағымы өшірілген, аз интенсивті ауырсыну.

Жедел холецистит

Жедел холецистит-бұл өт қабынуы. Жедел холециститтің негізгі себептері: өт тас ауруы; өт қабының қан тамырларының бұзылыстары; өт шығару жолының бұзылыстары; лимфогенді, гематогенді және жанаспалы өт қабының инфицирленуі.

Жіктелуі

Жедел холецистит мынадай түрге бөлінеді: катаралді; флегмонозды; гангренозды.

Ауруханаға жатқызуға дейінгі кезеңінде мұндай түрлерін ажырату мүмкін емес, сондықтан да 2 топқа бөлген: жедел асқынған холецистит; жедел асқынбаған холицистит.

Жедел холециститтің асқынған түрлерін былай бөледі: механикалық сарғаю; іріңді холангит;

Жедел панкреатит

Жедел панкреатит - бұл ұйқы безінің жедел қабынуы.

Жедел панкреатиттің себептері: алкоголді және өткір немесе майлы тағамдарды көп қолдану, өт-тас аурулары, ұйқы безінің жарқаттары, панкреатикалық өзектердің жарақатсыз тарылуы, 12-елі ішектің аурулары.(ойық жара, дуоденостаз).

Жедел пакреатитті клиникалық ағымына байланысты былай бөледі: жедел, орташа,ауыр.

Асқазан немесе 12-елі ішектің ойық жарасының тесілуі деп асқазанның немесе 12-елі ішектің қабырғаларында бұрын болған ақау орнында және одан құрсақ қуысына асқазан-ішектің затттарының түсуіне әкелетін тесіктің пайда болуы.

Ойық жараның тесілуіне жара ауруының және жедел жараның дамуы әкеледі.

Тесілуге әкелетін жағдайлар:

алкоголды қолдану;

асқазанның тағаммен толуы;

аса көп физикалық күш түсу.

Жедел ішек өтімсіздігі

Жедел ішек өтімсіздігі деп- асқорыту жолымен ішектің құрамының шығарылуының бұзылысы. Жедел ішек өтімсіздігінің этиологиясы:

құрсақтағы операциялардан кейінгі бірікпелік аурулар;

ішектердің айналуы, бітелуі (ісікпен, нәжіспен немесе өт тастарымен);

ішектердің стенозы, тарылуы;

қысылған жарық;

ішек моторикасының бұзылысы.

Қысылған жарық

Қысылған жарық деп- жарық қабыну құрамының ішекпен жабылған ішкі мүшелермен кенеттен қысылуы, бұл қан айналуды бұзып, некрозға әкеледі.

Жиі қысылған шап жарығы кездеседі, сирек сан, кіндік жарықтары.

Себептері: құрсақ ішілік қысымының тез жоғарылауы, жарық құрамының қысылуы.

Перитонит дамығанда науқастар төсекте қозғалыссыз жатады.

Жайылған перитонит дамығанда беті үшкірленген, көзі үңірейген, ерні құрғақ, көкшіл.

Қал жағдайы ауыр, перитонит пайда болғанда дене қызуы көтеріледі.

Пульс жиі 100-200 соққы минутын, АҚ төмендеген. Науқаста шөлдеу сезімі пайда болады.

Алғашқы кезенде іші кепкен, пальпацияда жұмсақ, қабырғасы тыныс алуға қатысады.

Пальпацияда бүкіл іштің ауырсынуы болады, айқын ауырсыну перитонитке тән.

Сонымен қатар құрсақ қуысының бұлшық еттерінің қатаюы, Щеткин-Блюмберг симптомы оң болады.

Сепсистің анықтамасы

• Сепсис – макроорганизмнің инфекцияға қарсы ағзалардың дисфункциясымен жүретін, өмірлік қауіпті жауабы.

Клиникасы.

прогрессирлеуші бактериальдық инфекция;

дене температурасының тез 39-40º С көтерілуі, қалтырау;

Қатты тершендік;

ентігу, интоксикация;

ҚҚ күрт төмендеуі, коллапс және естен тануға дейін.

Кеуденің жарақаттары

Анықтау тәсілдері:

Себептері.

көліктік жарақаттар;

жоғарыдан құлау – кататравма;

Құрсақ жарақаты

Эвентрация - Ішекті орнына салмаймыз

4. Иллюстрациялық материал: Презентация

5.Әдебиет:

1. 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. Основы помощи при общирной травме: справочное издание: Д. Скиннер, П. Дрисколл 4- издание, 2018 МККК

6.Бақылау сұрақтары:

- Жедел іштіңбелгілері қандай?
- Жедел іш кезінде ЖМК тактикасы қандай?
- Жедел аппендициттіңбелгілері қандай?
- Жедел аппендициттіңкезінде ЖМК тактикасы қандай?
- Жедел панкреатиттіңбелгілері қандай?
- Жедел панкреатит кезіндеЖМК тактикасы қандай?
- Жедел холециститіңбелгілері қандай?
- Энцефалит кезінде ЖМК тактикасы қандай?
- Асқазан немесе 12-елі ішектің ойық жарасының тесілуі белгілері қандай?
- Асқазан немесе 12-елі ішектің ойық жарасыныңтесілуі кезінде ЖМК тактикасы қандай?
- Кеуде жарақаттарыныңбелгілері қандай?
- Кеуде жарақаттары кезінде ЖМК тактикасы қандай?
- Құрсақ жарақаттарыныңбелгілері қандай?
- Құрсақ жарақаттары кезінде ЖМК тактикасы қандай?

Дәріс № 6

1. Тақырыбы:Жедел урологиялық аурулар мен жарақаттар.Жақ-бет аймағының, құлақтың, тамақтың, мұрынның жәнекөздің жедел аурулары.

2. Мақсаты: Жедел урологиялық аурулар мен жарақаттар, жақ-бет аймағының, құлақтың, тамақтың, мұрынның және көздің жедел аурулары кезіндегі ЖМК тактикасын үйрену.

3.Дәріс тезистері:

Бүйрек шаншуы

Бүйрек шаншуы – жоғарғы зәр шығару жолдарының жедел обструкциясынан кейін пайда болатын ауырсыну ұстамасы .

Клиникалық көрінісі.

Бүйрек шаншуының негізгі симптомы ауырсыну болып табылады.

Ауырсыну үнемі, ұстама тәріздес, кенеттен басталады, ұзақтығы бірнеше минуттан 10-12 сағатқа дейін созылады, локализациясы бел аймағында және/немесе қабырға астында болады.

Ауырсынудың иррадиациясы: несепағар ағысымен мықын, шап аймағына, ұмаға, аталық безге, қынапқа және жыныс еріндеріне.

Иррадиация тастың локализациясына байланысты.
Ол көбінесе несепағардың физиологиялық тарылу жерлерінде тоқтайды.
Анурия - несеп бөліп шығарудың бұзылуының ең қатерлі және ауыр түрі, ол қуықта несептің болмауынан көрінеді.
Анурия бүйректердің несеп бөліп шығаратын секреторлық, функциясының тоқтауының салдары; алайда ол екі несепағардың екеуінің де өткізгіштігінің бір мезгілде бұзылуының салдарынан механикалық та болуы мүмкін.
Анурия кезінде қуық бос болады, оны катетерлеу арқылы оңай анықтайды.
Анурияның преренальдық, ареналыдық, ренальдық, субренальдық, және рефлекторлық түрлері сараданады.
Қасаң қабықтың бөгде заттары
Клиникасы. Қасаң қабықтағы бөгде заттың болуы ауырсынумен,
жас ағумен,
блефароспазммен,
жарықтан қорқумен,
бөгде затты сезілумен жүреді.
Қарағанда бөгде зат анықталып, конъюнктива, қабағы мен көз алмасының қызаруы байқалады.
Глаукома.40 жастан асқан адамдарда жиі кездеседі. Глаукоманың жедел ұстамасы кенеттен басталады.
Әдетте, ұстаманың алдында көздің қарауытуы, көз алдында әртүрлі түсті шеңбердің болу.
Көз ішіндегі қысымның жоғарылауынан көздің ауырсынуы болады.
Өндірісте қабақ пен конъюктива жарақаты бет, бас сүйегінің жарақатымен қосарланып бірге кездеседі.
Диагностика: қабақ пен конъюктиваның жарақатын анықтау қиынға соқтырмайды.
Егер төменгі қабақтың терісі зақымдалмаған болса, онда қабақты саусақпен төмен қарай тартып, конъюктиваның жарақатын анықтайды.
Жоғарғы қабақтың жарақаты конъюктиваның зақымдануымен бірге жүреді.
Жарақатты анықтау үшін жоғарғы қабақты сыртқа айналдырып көру керек.
Жұтқыншақтан қан кету адамның өміріне аса қауіп төндірмейді.
Көмейден қан кету қатерлі ісіктерде, сәуле терапиясын алған науқастарда болады.
Құлақтан қан кету сирек кездеседі.
Жарақаттануда, қатерлі ісіктерде, бас сүйегінің сынуында, құлақтың полипінде болады.
ЛОР-ағзаларының зақымдануы бас, ми жарақаттанғанда болады.
Жарақаттық шок, көп қан кетумен сипатталады. Сондықтан мұндай науқастарды көп салалы ауруханаға жатқызу керек.
Көмей стенозы. Бұл кенеттен тез немесе аз уақыт ішінде көмей саңылауының тарылуы немесе толық жабылып қалуы.
Көмейдің жедел стенозына алып келетін жиі себептері: балалардағы ларинготрахеит, аллергиялық аурулар (көмейдің ісінуі), дифтерия, жарақаттар (механикалық, химиялық, термиялық), көмейдің орталық және перифериялық иннервациясының бұзылыстары.
Клиникасы: инспираторлық ентікпе.
4. Иллюстрациялық материал: Презентация
5.Әдебиет:
1. Жеделмедициналықкөмек. Оқуқұралы. Калменов Н.Д., Сейдахметова А.А., Қауызбай Ж.Ә. Жумабаев Т.Ж., Ерімбет Б.М. – Шымкент.- 2021. 131 б.

2. Жеделмедициналықкөмек. 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. Основы помощи при общирной травме: справочное издание: Д. Скиннер, П. Дрисколл 4- издание, 2018 МККК

6.Бақылау сұрақтары:
- Бүйрек шаншуыныңбелгілері қандай?
- Бүйрек шаншуы кезінде ЖМК тактикасы қандай?
- Анурияның түрлері жәнебелгілері қандай?
- Анурия кезінде ЖМК тактикасы қандай?
- Глаукоманың белгілері қандай?
- Глаукома кезінде ЖМК тактикасы қандай?
- ЛОР ағзаларының жарақаттарыныңбелгілері қандай?
- ЛОР ағзаларының жарақаттары кезінде ЖМК тактикасы қандай?
- Көздің жарақаттарыныңбелгілері қандай?
- Көздің жарақаттары кезінде ЖМК тактикасы қандай?

Дәріс № 7

1. Тақырыбы:Жедел уланулар.

2. Мақсаты: Жедел уланулар кезіндегі жедел көмек көрсету ерекшеліктерімен танысу.

3.Дәріс тезистері:

Улану (интоксикация)- тірі ағза мен удың өзара әсер ету салдарынан дамитын патологиялық жағдай.

Улануды себебі бойынша және оның пайда болу орнына байланысты жіктейді:
-кенеттен;
қасақана(әдейі) (суицидалді, қылмысты, алкоголь қолдану мақсатымен, наркотикалық заттардың әсер ету мақсатымен);
өндірістік;
тұрмыстық.
Ауырлық дәрежесі бойынша ажыратады: жеңіл; орташа ауырлықта; ауыр; өте ауыр; өлімге әкелетін.
Клиникалық көрінісі
Уланудың клиникалық ағымында екі кезеңді ажыратады.
Токсикогенді кезең (ағзада арнайы токсикалық эффект тудыратын әсер етуші заттың белгілі бір мөлшерде болуы).
Соматогенді кезең (токсикалық агентті бұзу немесе жоюдан кейін пайда болып, мүшелер мен жүйелердің құрылымдарымен функцияларының бұзылыстарымен көрінеді).

Жүйке жүйесінің зақымдалу синдромы (токсикалық энцефалопатиялар мен нейропатиялар):

сопор, кома (ажыратпалы диагностика үшін қарашықтың кеңею көрсеткіштері қолданылады-миоз, мидриаз);
психомоторлы қозулар, қалтырау синдромы, интоксикациялық психоз, делирийлер;
ауырсыну синдромы;
- шеткері жүйке жүйесінің токсикалық зақымдалулары (токсикалық полиневриттер, көру, есту жүйкесінің невриті және т.б.);

тыныс алу бұзылыстарының синдромы; тоқтап қалуға дейінгі ырғақ пен тереңдігінің тежелуі;
аспирациялы-обтурациялық бұзылыстар (бронхоспазм, бронхорея, күйіктер және құсық массаларының түсу салдарынан);
токсикалық өкпе ісінуі; токсикалық пневмония.

Жүрек-қантамыр жүйесі бұзылыстарының синдромы:

- экзотоксикалық шок (жедел жүрек-қантамыр жетіспеушілігі);

токсикалық миокардиопатия және миокардиодистрофия (ишемиялық бұзылыстар, ырғақ пен өткізгіштің бұзылыстары);
жүректің тоқтауы; қан ұю жүйесі бұзылыстарының синдромы (токсикалық анемия); карбоксигемоглобинемия (газбен улану); метгемоглобинемия (нитрокосындылармен улану); гемолиз(күйдіретін улар мен сынапты сутегімен улану); венозды гипероксия; токсикалық гастроэнтерит; токсикалық нефропатия; токсикалық гепатопатия; токсикалық дерматит және алопеция,химиялық күйік.
Анамнез жинау барысында уланудың уақыты мен орнына, негізгі ағзаға түсу жолы және түскен удың мөлшеріне назар аударады.
Құсу, дефекация болғандығын, олардың уланудан кейін қанша уақытта пайда болғанын, қандайда бір медициналық көмек көрсетілгендігі туралы мәлімет алу қажет.
Міндетті түрде қосымша және басынан өткізген ауруларын анықтау қажет, себебі олар науқастың жағдайына және емге әсер етуі мүмкін.

Осы оқиға болған жерде міндетті түрде келесі мәліметтерді анықтау керек.

Уланудың себебін.
Мүмкіндігінше токсикалық заттың түрін, оның мөлшерін және оның ағзаға ену жолын.
Уланудың уақытын.
Улануды туғызған ерітіндідегі токсикалық заттың концентрациясын немесе дәрілік заттың мөлшерін.
Бұл мәліметтерді жедел жәрдем қызметкерлері немесе алғаш көмек көрсеткен басқада тұлғалар жедел уланумен түскен науқасты госпитализациялайтын стационар дәрігеріне хабарлауы керек.
Жедел уланудың диагностикасында, әсіресе коматозды жағдайдағы науқастарда оқиға болған жерде улануды дәлелдейтін заттың (алкогольдің ыдысы, дәрілік заттардың немесе үй химикаттарының сырттары, химиялық заттардың иісі) бар-жоғын мұқият қарау керек.
Дәрілік зат және басқа да химиялық заттар заттық дәлел ретінде науқастың госпитализацияланған жеріне жіберілуі керек.

Жедел уланудың клиникалық диагнозы келесі пункттерден тұру керек:

клиникалық ағымның формасы (жедел, созылмалы, жеделдеу);
удың ену жолы (егер удың аты белгілі болса міндетті емес, мысалы: түтін және басқада газ болса тек қана ингаляциялық жолмен енеді);
удың сипаты- күдіктенген жағдайда басымырақ клиникалық синдром негіздейді. (психотропты, пульмотропты, гепатотропты, нефротропты, және т.б. әсер ететін анықталмаған у);
ауырлық дәрежесі (жеңіл, орташа ауырлықта, ауыр, өте ауыр);
егер уланудың себебі анықталмаса (өзіне қол жұмсау, өзіндік ем-дом, алкоголді қолдану және т.б.);
уланған жер (өндірістік міндетті түрде);
асқынулар және негізгі патологиялық синдром;
қосымша аурулары.

Госпиталді кезеңге дейінгі этапта көрсетілетін жедел көмектің келесі принциптерін ажыратады.

Синдромды және патологиялық терапия (өмірге аса маңызды мүшелердің функциясын қалпына келтіру және жетекші синдроммен жедел көрсеткіштер бойынша күресу).

Удың ағзаға әрі қарай енуін тоқтату(асқазанды жуу,тері жамылғысынан уды тазарту,уланған атмосферадан науқасты эвакуациялау).

Антидотты терапия.

Фосфорорганикалық қосындылар (хлорофос, карбофос, тиофос, метафос және т.б.)

Фосфоорганикалық қосындылар тері мен тыныс алу жолы арқылы енгенде және асқазанға түскенде улану тудырады.

I кезең-қозу, терлегіштік, миоз, сілекей бөлу;

II кезең- сана сезім бұзылыстарының тереңдеуі, бұлшықеттер фибрилляциясы, клонико-тоникалық тырысулар, тыныс алу бұзылыстары, тахикардия, жүрек ырғағының бұзылыстары;

III кезең- тыныс алу бұлшықеттерінің салдануы, қан қысымының төмендеуі, жүрек аритмиясының фибрилляцияға ұласу қауіпі.

Сілтілер (нашатырь, поташ, ізбес) Концентрацияланған аммиакпен ингаляциялық жолмен уланғанда тілдің, көмейдің ісінуімен бірге жоғарғы тыныс алу жолдарының ауыр күйігі, ларингоспазм мен бронхоспазм, өкпенің токсикалық ісінуі дамиды.Сілті теріге немесе конъюктиваға түскенде некрозға дейін ауыр күю пайда болады.

Өкпенің токсикалық ісіну клиникасында 4 кезеңді ажыратады.

Рефлекторлы кезең,уланған аймаққа енгеннен бастап ол жерден шыққаннан кейін 15-20 минутқа созылады.

Жасырын кезең 1-2 сағаттан 24 сағатқа дейін созылады.Удың жоғары концентрациясы кезінде жасырын кезеңнің болмауы да мүмкін.

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:

- Улануды**ң**белгілері қандай?
- Улану кезінде ЖМК тактикасы қандай?
- Ми қызметінің бұзылуыны**ң**белгілері қандай?
- Жүрек-қантамыр жүйесі қызметінің бұзылубелгілері қандай?
- Оқиға орнында ЖМК тактикасы қандай?
- Улану кезінде диагноз қандай қандай пункттерден тұрады?
- Госпиталға дейінгі кезеңде көмек көрсету принциптері қандай?
- Фосфорорганикалық қосындылармен уланубелгілері қандай?
- Сілтілермен улану қандай?

Дәріс № 8

1. Тақырыбы:Акушериядағы шұғыл көмек және жіті гинекологиялық патология.

2. Мақсаты: Акушериядағы және жіті гинекологиялық патологиялар кезіндегі жедел көмек көрсету тактикасымен танысу.

3.Дәріс тезистері:

Гинекологиядағы жедел іш

« Жедел іш » жалпы көрінісі:

Дені сау адамдағы кенеттен пайда болған ауру сезімі.

Лоқсу, Құсу, Ішек қызметінің бұзылуы, Іш пердені тітіркендіру симптомы.

ГИНЕКОЛОГИЯДАҒЫ «ЖЕДЕЛ ІШ» СЕБЕПТЕРІ :

Жедел құрсақ ішілік қан ағу (үзілген жатырдан тыс жүктілік, аналық без апоплексиясы);

Ішкі жыныс ағзаларының қандануының бұзылуы (аналық без ісігінің және ісік тәрізді түзілістің аяқшаларының бұралуы немесе миоматозды түйіннің некрозы);

Жедел ішкі жыныс ағзаларының қабыну аурулары - іш пердені зақымдануымен жүреді.

Жатырдан тыс жүктілік.

Жатырдан тыс жүктілікті мынандай түрлерге орналасуы бойынша бөледі: түтікті, аналық бездегі, мойындағы, мүйізшедегі, құрсақтық.

Клиникалық ағымы бойынша: өршімелі, бұзылған, түтікшелі түсік тәрізді, жатыр түтікшесінің жыртылуы.

Жатыр түтікшесінің жыртылуы кенет басталып, қан кетуге, көбіне массивті қан кетуге әкеледі.

Науқастар жыныс жолдарынан бөлінетін қанды бөліністерге шағымданады.(түтікшелі түсікте), сонымен қатар бір жақты ұстама тәрізді немесе тұрақты іштің төменгі бөлігіндегі ауырсыну мазалайды, бұл тік ішекке таралады, бас айналу, әлсіздік, жүрек айну, диарея, метеоризм болады.

ЖАТЫР ТҮТІГІНІҢ ЖЫРТЫЛУ ДИАГНОСТИКАСЫ:

Кенеттен пайда болған ауру сезімі жүктілік дамып келе жатқан түтікте болады, ауру сезімі өзіне тән таралауымен, тенезм, іштің өтуімен жүреді.

Науқастар апатипті, қарағанда адекватты емес, тері жабындысы және көзге көрінетін шырышты қабаты бозғылт реңді, суық тер, демікпе байқалады.

АҚҚ төмендейді, пульсі жиілейді.

Жедел ішкі қан кетулердің белгілері :

тері жабындыларының бозаруы, пульстің жиілеуі,

АҚ төмендеуі, талу, бас айналу.

Ауру сезімі түтіктің жыртылуымен және ішке аққан қан іш пердені тітіркендіруімен шақырылады массивті қан кету және геморрагиялық шокпен жүреді.

Аналық бездің апоплексиясы

Белгілері:

құрсақ ішілік қан кету (анемиялық түр) және

ауырсыну синдромы (ауырсыну түрі) тән.

Клиникасы:

Іштің төменгі жағында кенеттен пайда болған ауру сезімі ;

Құрсақ ішілік қан кету белгілері: әлсіздік, бас айналу, лоқсу, құсу, талу.

ДИАГНОСТИКАСЫ

Анамнез; Қарау;

Қынаптың артқы күмбезі арқылы құрсақ қуысына пункция;

Кіші жамбас астау ағзаларының УДЗ, Лапароскопия.

Киста аяқшаларының айналуында зақымдалған жағында іштің төменгі бөлігінде ауырсыну мазалайды (ауырсыну шыдатпайтын), сонымен қатар жүрегі айну, құсу, метеоризм, ішектің парезі. Қарағанда алдыңғы құрсақ қуысының қатаюын және іштіктің

тітіркену симптомы байқалады. Ауру сезімінің бел аймағына, шап аймағына, аралыққа, жамбастың ішкі бетіне таралуы.

Әйел жыныс мүшелерінің қабынулы ауруларына клиникалық көрінісі білінбейтін, аз симптомдылық тән.

Пиосальпинксте, аналық без іріңдеуінде және тубовариалды абсцессте науқастар қабынған жағындағы іштің төменгі бөлігіндегі тұрақты ауырсынуға, қалтырауға, жоғары қызбаға, әлсіздікке, тахикардия, жүрек айну, нәжіс, газдың тоқтауы, жыныс мүшелерінен іріңді бөліністерге шағымданады.

Ауырсыну аяқтарға бел аймағына таралуы мүмкін. Іші жұмсақ, кейде кебуі мүмкін. Іріңді түзілістердің тесілуінде бірінші сағаттарда аз симптомды, перитонит белгілері пайда болады.

Кульдоцентез

– диагностикалық тест.

Бұл кіші жамбас қуысын қынаптың артқы күмбезі арқылы пункциялау.

Осы арқылы тін қуысында бос қанның бар жоқтығын анықтайды.

Алынған қан қою түсті және ұйымайды.

Кульдоцентез – құрсақ қуысындағы бос қанды анықтайтын ең информативті диагностикалық әдіс.

Жаңа туған нәрестені біріншілік тазарту.

Баланы залалсыздандырылған жөргекке қабылдап, кіндігін тартпай анасының екі аяғының ортасына жатқызады. Залалсыздырылған катетермен жоғары тыныс жолдарынан кілегейді сорып алып, Апагар әдісі бойынша баланы қарап, бағалаймыз; оған бес клиникалық белгілер кіреді:

жүрек соғуының жылдамдығы, дем алу тереңдігі, нерв жүйесінің рефлекторлы қозғыштығы,

бұлшықет тонусының жағдайы, тері түсі.

Преэклампсия

- бұл жүкті әйелдердегі әдетте АҚ мен протеинурияның көтерілуімен көрінетін көп жүйелі синдром. Жүктіліктің жеңіл формадағы бұл асқынулары әйелдердің 3% кездеседі, және көбіне анасы меннәрестенің денсаулығына айтарлықтай әсеретпейді.

Преэклампсияның ауыр формасы жүкті әйелдердің 1-2% кездеседі.

Эклампсия

— гестоздың ең жоғарғы сатысы, жүкті әйелдің полиорганды жетіспеушілігінің салдарынан пайда болатын эпилепсияға ешқандай қатысы жоқ құрысу-тырысу ұстамаларымен сипатталатын синдром.

HELLP-синдром әдетте жүктілікті III-триместрінде дамиды, көбінесе 35 жіне одан жоғары аптасында.

Басында мынандай көріністер болуы мүмкін:

жүрек айну және құсу,

эпигастрий аймағында ауырсыну, әсіресе оң жақ қабырға астында,

айқын ісінулер,

бас ауру, әлсіздік, гиперрефлексия.

Сонымен қатар, сарғаю, қан құсу, егу орындарында қан құйылу, үдемелі бауыр жетіспеушілігі, тырысу және кома дамиды.

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:

- Гинекологиядағы жедел ішбелгілері қандай?
- Гинекологиядағы жедел ішкезінде ЖМК тактикасы қандай?
- Жатырдан тыс жүктіліктіңбелгілері қандай?
- Жатыр түтігінің жыртылуыныңбелгілері қандай?
- Киста аяқшаларының оралубелгілері қандай?
- Әйел жыныс мүшелерінің қабынулы ауруларыныңбелгілері қандай?
- Преэклампсиябелгілері қандай?
- Преэклампсия кезінде ЖМК тактикасы қандай?
- Эклампсиябелгілері қандай?
- Эклампсия кезінде ЖМК тактикасы қандай?
- HELLP-синдромының белгілері қандай?
- HELLP-синдромы кезінде ЖМК тактикасы қандай?

Дәріс № 9

1. Тақырыбы:Педиатриядағы шұғыл жағдайлар.

2. Мақсаты: Педиатриядағы шұғыл жағдайлар кезінде жедел көмек көрсету ерекшеліктерімен танысу.

3.Дәріс тезистері:

Жүрек жұмысы және тыныс алу тоқтағанда көрсетілетін жедел жәрдем

Бүкіл әлемдік реанимациялық тізбе төрт бөлімнен тұрады:
«А» - Сізге және балаға қауіп бар ма? Түрлі қауіп-қатер
болуы мүмкін, бар болса одан құтылудың жолын тез
арада шешім қабылданып, қарастырылуы тиіс.
«В» - Тыныс алу жолдарын тексеру (бос па?)
«С» - Тыныс алуын тексеру (тыныс алып жатыр ма?)
- Кеуде қуысының қозғалысын тексеру
- Тыныс алу дыбысын тексеру
«Д» - Қан айналым жүйесін тексеру (жүрегі соғып тұр ма?)
пульсті іздеу.
1 жасқа дейінгі балада пульсті иық артериясынан іздеген жөн.
Шынтақ пен иықтың ортасының ішкі бетінен 2 саусақпен жәй сүйекке қарай итере басып, сүйектің артқы бетінен бас бармақпен демейді.
1 жастан асқан балаларда пульс ұйқы артериясында анықталады. 2 саусақпен қалқанша шеміршегі мен мойын бұлшық еті арасындағы ойысты басып, пульсті анықтайды.
Пульс жиі шынтақ артериясында анықталады.
Оң қолдың 2-3-4 саусақтарымен білезіктегі шынтақ артериясын басып қарау арқылы анықталады.
Егер тыныс алу анықталмаса – жасанды тыныс алдыру жүргізіледі.
Егер пульс анықталмаса – жүрекке тікелей емес уқалау жүргізіледі.

Ауыздан ауызға жасанды тыныс алдыру
1 жасқа дейінгі және 1 жастан кейінгі балаларға жасанды тыныс алдырудың айырмашылығы бар.
Нәрестеге дем бергенде үш ережені ескеру қажет:
1) Ауыз және мұрынға бір мезгілде дем берілуі тиіс
2) Емшек жасындағы баланың мойны қысқа, жуан, нәзік
сондықтан басын артқа шалқайтқан кезде сақ болу қажет
3) Барлық күшіңмен нәрестенің тыныс алу жолына үрлеме, себебі өкпе альвеолалары жарылып кетуі мүмкін.

Коллапс

Коллапс - жедел тамыр жетіспеушіліктің ауыр түрі.
Коллапс қан көп кеткен кезде немесе қан қыл тамырларына мүшелерге жинақталған кезде қан қысымы күрт төмендейді.
Клиникалық белгілері:
аяқ астынан науқас жағдайы төмендеп, есінен танады
терілері бозғылт
салқын, жабысқақ тер
пульс әлсіз
қан қысымы төмендеген

Нәрестенің асфиксиясы немесе тұншығуы

Клиникалық белгісі:
Тыныс алудың бұзылуы немесе тоқтауы
Асфиксияның дәрежелері Апгар шкаласы бойынша анықталады.
I дәрежесі - 7 балл II дәрежесі - 4-6 балл III дәрежесі - 1-3 балл
Апгар шкаласы бойынша нәресте туылғаннан кейін 1 және 5 минуттан кейін бағалануы тиіс.
Егер 5 минуттан кейін Апгар шкаласы бойынша 7 баллға жетпесе реанимацияны әрі қарай баланың жағдайы қалпына келгенше жалғастырады.

Ларингоспазм

Ларингоспазм спазмофилия ауруының нақты бір түрі.
Спазмофилия – ағзадағы Са мөлшерінің азаюынан дамитын, жиі нәрестелерде кездесетін, құрылуға бейімділікпен сипатталатын ауру.
Спазмофилия рахитпен ауыратын балаларда кездеседі.
Ларингоспазм – дыбыс саңылауларының тарылуы.
Бала қорыққанда, жылағаннан кейін дамиды.
Алдымен ысылдап, қарлығып ішіне дем алғаннан кейін тыныс алуы тоқтап қалады.
Бала бозарып , көгереді, есінен танады. «Ұстама, әтештің айқайы» тәрізді ішке тыныс алумен аяқталады. Сосын бала мазасызданып жылайды, бірнеше минуттан кейін ұйықтап қалады.
Ауыр жағдайда баланың жүрегі тоқтап қалуы мүмкін.

Стеноздаушы ларингит (Жалған круп)

Жалған круп – тыныс алу жолының тарылуынан тыныс алу жетімсіздігі дамиды.
Нәрестелерде анатомиялық-физиологиялық ерекшелігіне байланысты жиі кездеседі.
Көмекейде дыбыс саңылауының кілегейлі қабығы ісінеді, қуысы тарылады, шырышты заттар жиналады. Сондықтан, тыныс алу жетімсіздігі дамиды: бала мазасызданады, төсегінде дөңбекшиді, инспиторлық ентігу, цианоз, тыныс алуға қосымша бұлшық еттер қатысады, даусы қарлығыңқы, жөтелі «иттің үргені» тәрізді.

Қызба (лихорадка) – ағзада патологиялық процестің бар екендігін айқындайтын қорғаныстық реакция.

Бірақ дене температурасының көтерілуі артқан сайын, тыныс алу мен қан айналым жүйесіне түсетін күш те артады.

370С температурадан артқан әр 10С-та тыныс алуды 4-ке, ал пульс-10 ретке (1 минутта) көбейеді.

Ал бұл кезде қанға оттегінің түсуі де артады.

Бірақ соған қарамастан ағзада гипоксия дамиды, орталық жүйке жүйесі зардап шегеді, кейбір балаларда құрысулар болуы мүмкін.

Мұндай құрысулар 39-400С- температурада байқалады.

„ - парацетамол 10–15 мг/кг ішке немесе ректально;

„ - ибупрофен в разовой дозе 5–10 мг/кг детям старше 6 мес;

Жедел улану

Егер баланың жағдайы ауыр болса, тыныс алуын, қан айналым жүйесінің қызметін қалпына келтіру керек. Егер жағдайы қалыпты болса, көрсетілетін шұғыл көмектің реттілігі:

Сіңіп үлгермеген улы заттарды жою.

Сіңірілген удың бөлінуін тездету.

Антидоттық терапия.

Патогенетикалық және симптомдық ем

4. Иллюстрациялық материал: Презентация

5.Әдебиет:

1. 1. Жеделмедициналықкөмек. Оқуқұралы. Калменов Н.Д., Сейдахметова А.А., Қауызбай Ж.Ә. Жумабаев Т.Ж., Ерімбет Б.М. – Шымкент.- 2021. 131 б.

2. Жеделмедициналықкөмек. 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. Неотложная помощь у детей: справочник: пер. с нем. / - М. :Медпресс-информ, 2014.

6.Бақылау сұрақтары:

- Балаларда клиникалық өлімнің диагностикалық ерекшеліктері қандай?
- Жаңа туылған нәрестелерде ЖӨР кезінде ЖМК тактикасы қандай?
- 1 жасқа дейінгі балаларда ЖӨР кезінде ЖМК тактикасы қандай?
- 1 жастан үлкен балаларда ЖӨР кезінде ЖМК тактикасы қандай?
- Ларингоспазмбелгілері қандай?
- Ларингоспазм кезінде ЖМК тактикасы қандай?
- Стеноздаушы ларингитбелгілері қандай?
- Стеноздаушы ларингит кезінде ЖМК тактикасы қандай?
- Балалардағы қызбаның түрлері,белгілері қандай?
- Балаларда қызба кезінде ЖМК тактикасы қандай?
- Құрысудыңбелгілері қандай?
- Құрысу кезінде ЖМК тактикасы қандай?

Дәріс № 10

1. Тақырыбы:Жедел психиатрия.

2. Мақсаты: Жедел психикалық бұзылыстардың клиникалық көріністерін, диагностикасын және шұғыл көмек алгоритмін меңгеру.

3.Дәріс тезистері:

Жедел психикалық бұзылыстардың анықтамасы

Жедел психиатриялық жағдайлар – науқастың өзіне немесе айналасындағыларға қауіп төндіретін, сана мен мінез-құлықтың күрт өзгеруімен сипатталатын психикалық бұзылыстар.

Негізгі жедел жағдайлар:

- Психомоторлық қозу (агрессия, дүрбелең, галлюцинаторлы әрекет)
- Жедел психоз (делирий, онейроид, аменция)
- Суицидтік мінез-құлық
- Кататониялық ступор немесе қозу
- Жедел реактивті (стрессогенді) психоздар

Диагностикалық принциптер:

- Психикалық статусты жедел бағалау (сана, эмоция, ойлау, мінез-құлық).
- Аурудың органикалық немесе интоксикациялық сипатын анықтау.
- Өзін-өзі және айналасындағыларды жарақаттау қаупін бағалау.

Шұғыл көмек алгоритмі:

1. Қауіпсіздік: науқасты және айналасындағыларды қауіпсіздендіру.
2. Иммобилизация қажет болса — жұмсақ әдіспен, 4 адаммен.
3. Медикаментозды көмек:
   - Психомоторлық қозуда: *Диазепам 10–20 мг көктамыр ішіне*, немесе *Галоперидол 5–10 мг бұлшықет ішіне + Дифенгидрамин 20–40 мг*.
   - Делирийде: *Галоперидол 2,5–5 мг/б.і.*, қажет болса қайталау.
   - Кататонияда: *Лоразепам 2–4 мг/б.і.* сынама ретінде.
4. Соматикалық жағдайды бағалау: АҚ, пульс, тыныс, SpO_2 бақылау.
5. Госпитализация: психиатриялық стационарға шұғыл түрде.

Құжаттық рәсім:

- Психиатр дәрігердің алғашқы жазбасы (Ф.003-1/у).
- Қауіпсіздік және санитарлық шараларды көрсету.
- Полиция мен туыстарды хабардар ету (қажет болған жағдайда).

Ескерту:

Кез келген жедел психиатриялық жағдай — өмірге қауіпті болуы мүмкін; сондықтан шұғыл көмекті психиатр және реаниматологпен бірлесе көрсету қажет.

4. Иллюстрациялық материал: Презентация

5.Әдебиет:

1. Жедел медициналық көмек. Қ.М. Тұрланов, С.А. Қалқабаева 2- басылым, Алматы: Эверо 2014
2. 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
3. Скорая медицинская помощь. Клинические рекомендации. Под ред. С.Ф. Багненко. - ГЭОТАР-Медиа. – 2018. – 896 с.

6.Бақылау сұрақтары:

Жедел психиатриялық жағдайлардың анықтамасы мен негізгі ерекшеліктері қандай?
Психомоторлық қозудың негізгі себептері мен клиникалық белгілерін атаңыз.
Делирий мен онейроид синдромының айырмашылығы неде?
Жедел психоздарда шұғыл диагностикалық шаралар қандай?

Кататониялық ступор мен қозу кезінде қандай тактика қолданылады?
Психомоторлық қозуда қолданылатын негізгі седативті препараттарды атаңыз.