



«Оңтүстік Қазақстан Мемлекеттік Фармацевтика Академиясы»

**Реанимация және интенсивті терапия кафедрасы**

## **ИӨЖ**

**Тақырыбы:** Тыныс алу жолдарының өткізгіштігін қалыпқа келтіру әдістері, көрсеткіштері мен асқынулары.

**Орындаған: Сайпишова С**

**ТКБ-601**

**Тексерген: Жамбаева Н.Д**

# **Жоспар:**

## **Кіріспе**

### **Негізгі бөлім:**

Тыныс алу жолдарының өтімділігін қалпына келтіру

Өкпені жасанды тыныс алдыру (ӨЖВ)

Ауа өткізу түтігін енгізгеннен кейінгі асқынулар

Трансназальды ауа өткізу түтігін пайдалану көрсетілімі

Басты артқа қарай шалқайтудың қарсы көрсетілімдері

### **Қорытынды:**



## Тыныс алу жолдарының өткізгіштігін қалыпқа келтіру (Air way open)

- ❖ Тыныс алу жолдарының өтімділігін қалпына келтіру - маңызды кезең.
- ❖ Тыныс алу жолдарының өтімділігінің бұзылу себептері: тілін жұту, тыныс алу жолдарында кілегей, қақырық, құсық массалары, қанның, бөтен заттардың болуы.
- ❖ Тыныс алу жолдарының өтімділігін қалпына келтіру әдісін таңдау, өтімсіздік деңгейіне және оның даму жағдайына байланысты болады.



# Өкпенің жасанды вентиляциясы (Breathe for victim) - өткізу тәсілдері

## Іс-әрекет алгоритмі:

- ✓ Науқасты қатты жерге жатқызып, тар киімінен босатыңыз.
- ✓ Науқастың сол жағына тұрыңыз.
- ✓ Науқастың басын бір жағына бұрыңыз.
- ✓ Дәке салфеткасы немесе қол орамалмен оралған саусақпен ауыз қуысын кілегейден, құсық массасынан, қақырықтан тазартыңыз.
- ✓ Осы мақсатпен кәдімгі резеңке грушаның үшкір үшін кесіп тастап немесе электросорғышпен қолдануға болады.
- ✓ Науқастың алынатын тіс протездері бар болса алу керек.
- ✓ Ауыз қуысында бөтен зат болса, оны 2-3 саусақтармен қысқыш ретінде ұстап алып, шығару керек.



## Тынысалу жолының өткізгіштігін қалпына келтіру және сақтау әдістері.

Ауыз арқылы ауа өткізу түтігі назофарингеальдымен салыстырғанда тынысалу жолын кең көлемде қамтамасыз етеді.

Ауыз арқылы ауа өткізу түтігі тістері қозғалған кезде,  
ауыз қуысы жарақаттанған кезде,  
жақтары сынғанда,  
жедел бронхоспазмда тағайындалмайды !!!

1.	Ауыз қуысын механикалық әдіспен тазалаймыз
2.	Сафардың үштік әдісін жүргіземіз: Зақымданушының жауырын астына жастықша қоямыз
3.	Басын артқа қарай шалқайтамыз
4.	Төменгі жақты алға шығарып аузын ашамыз
5.	Аузына ауа өткізгіш түтікше немесе ларингеальды маска қоямыз



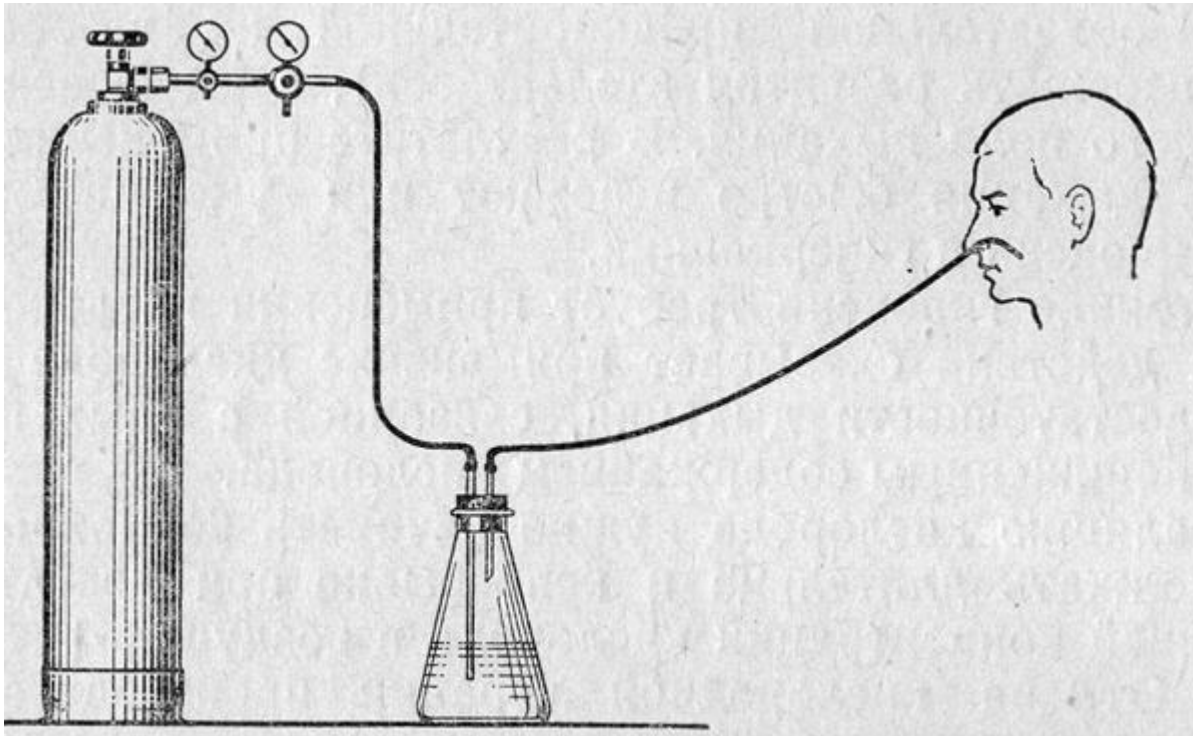
## **Ауа өткізу түтігін енгізгеннен кейінгі асқынулар:**

1. Бронхоспастикалық реакция
2. Құсу
3. Ларингоспазм
4. Түтіктің дұрыс орналаспауы салдарынан тыныс алу жолдарының обструкциясының күшейе түсуі.



## Трансназальды ауа өткізу түтігін пайдалану көрсетілімі:

1. Санасы сақталған пациенттің жоғарғы тыныс жолдарының обструкциясында;
2. Ауыз ауа өткізу түтігін енгізгеннен кейін ауа жолдарының тиімсіз реканализациясында;
3. Тіс немесе ауызжұтқыншақ жарақатында;
4. Шайнау бұлшықетінің сіресуі немесе діріл қағуында;



## **Трансназальды ауа жіберу асқынулары:**

1. Мұрыннан қан кету;
2. Кілегей асты каналдың түзілісімен бірге кілегей қабаттың зақымдалуы;
3. Түтіктің өңешке түсуі;
4. Ларингоспазм;

Жоғарғы тыныс жолдарын өткізгіштігін қалпына келтіруге бағытталған барлық шараларды келесі сатының басталуын созбай максимальды тез өткізу қажет.





## **Мұрын арқылы ауа, ауа өткізу түтігін енгізудің қарсы көрсетілімі:**

1. Жүктілік;
2. Мұрын қуысының окклюзиясы;
3. Бассүйек және мұрын сүйегінің сынығы;
4. Кеңсірік пердесінің қисық болуы;
5. Коагулопатия;
6. Мұрыннан ликвордың ағуы;
7. Анамнезінде краниобет операциясы жасалған болса;



## **Басты артқа қарай шалқайтудың қарсы көрсетілімдері:**

1. Мойын омыртқаларының шығып кетуі және сынуы болса;
2. Даун синдромында (С1-С2 омыртқаларының шығып кетуі және толық оссификациясымен байланысты)
3. Мойын омыртқаларының денесінің тұтасуы;
4. Анамнезінде омыртқаның мойын бөлігінің патологиясы (анкилоздаушы спондилоартрит, ревматоидты артрит) болса;
5. Бас ми жарақатының кейбір түрлері;

Зардап шегушінің басын бір жаққа бұруға, мойынды алға бұруға және басты қатты шалқайтуға болмайды. Мұндай науқастарда тек қана төменгі жақты алға шығару әдісі қолданылады. Егерде омыртқаның мойын бөлімінің жарақаты кезінде сұйық бөгде массаларды алып тастау үшін басын бір жаққа бұруға тура келеді, ондайда науқасты бір уақытта басын, мойнын, кеуде сарайын бір жазықтықта ұстай отырып, бір қырымен жатқызады.



А) Есінен танбаған науқасқа Геймлих тәсілін қолдану. Науқастың артына тұрыңыз, бір аяғыңызды науқастың аяқтарының арасына қойыңыз (егер науқас тәсілді қолдану кезінде есінен танса, сіздің аяғыңызбен төмен сырғиды). Қолдарыңызбен науқастың іш деңгейінен ұстаңыз. Оң қолдың саусақтарын жұдырыққа түйіп, басқа қолдың саусақтарымен оны қысыңыз да шеміршектен анағұрлым төменірек іштің ортаңғы сызығы бойымен кіндіктен жоғары жерден ұстаңыз да бөгде зат шыққанша алдыдан артқа және жоғары қарай қатты сілкілеңіз (бөгде затты саусақпен алуға талпынып керуге болады), науқас тыныс алып, сөйлей алады.

В) Толық адамдарға немесе жүкті әйелдерге Геймлих тәсілін қолдану. Науқастың артына тұрыңыз да кеуде клеткасын қолтық астынан. құшақтаңыз. Оң қолыңызды жұдырыққа түйіп, төстің ортаңғы бөлігіне қойыңыз, оны екінші қолдың саусақтарымен ұстаңыз да бөгде зат шыққанша ішке қарай қысатын қозғалыстар жасаңыз.



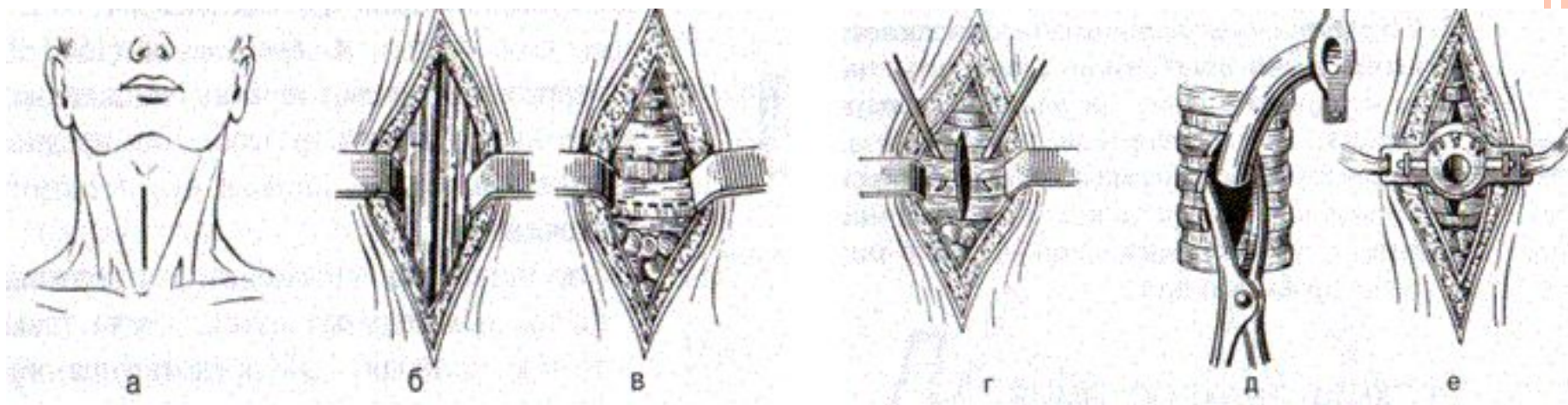
Б) Есінен танған науқасқа Геймлих тәсілін қолдану.

Науқасты шалқасынан жатқызып, басын шалқайтыңыз, астыңғы жақ сүйегін тартыңыз, аузын ашыңыз. Еденге тізелеріңізді тіреп, науқастың сандарына мініп отырыңыз. Қолдарыңызды айқастырып ұстап, іштің ортаңғы сызығымен кіндіктен сәл жоғары жерге қойыңыз да төмен және бас жаққа қарай 8-10 рет, бөгде зат шыққанға дейін, соққы тәріздес қозғалыстар жасаңыз, науқас тыныс алып, сөйлей алады.



Егер Геймлих тәсілі нәтижесіз болса, онда тікелей ларингоскопияның көмегімен трахеяны интубациялау бөгде затты алудың және тыныс жолдарының өткізгіштігін демейтін неғұрлым нәтижелі тәсіл болып табылады, оны дәрігер орындайды.

Көмекей тұсында тыныс жолдары өткізгіштігінің бұзылуы салдарынан болған жедел тыныс жетіспеушілігінің ауыр түрінде, және абсолютті көрсеткіштер болғанда (бет сүйегінің ауыр мертігулерінде, жүзік тәрізді шеміршек сынғанда, бөгде зат тұрып қалғанда, әртүрлі себепті көмекей мен тілдің ауыр ісінулерінде) **коникотомия** немесе **трахеостомия** жүргізіледі.

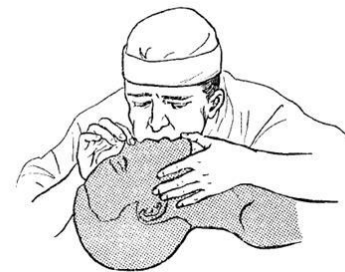


## **ӨЖЖ жүргізу әдістемесі.**

ӨЖЖ өткізу әдісінің «Ауыздан-ауызға» тәсілі ең тиімді, бірақ оральдық контакте инфекцияның көптеген түрі берілуі мүмкін.

### **Өзіңізді бұдан қалай сақтауға болады?**

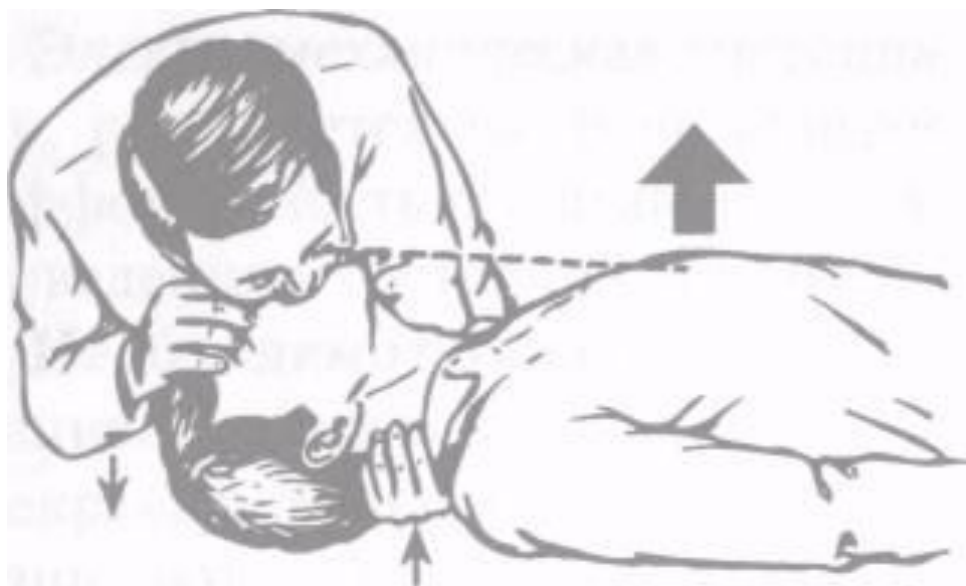
Бірнеше тәсілдері қолдану ұсынылады:



1. Мүмкін болса ӨЖВ «S» - тәрізді ауа түтігі немесе басқа құрылымды түтік арқылы жүргізілгені дұрыс.
2. Егер ауа жіберу түтігі болмаса, екі қабатты дәке пайдалануға болады. 3-4 және одан да көп қабатты дәкемен ӨЖВ жүргізу физикалық тұрғыдан ауыр болады. Бет орамал немесе басқа кез келген мата арқылы да ӨЖВ жүргізу ауыр болады.
3. «Ауыздан - ауызға» реанимациялық көмегін жасағаннан кейін жақсылап жөтеліңіз және аузыңызды кез келген антисептикалық ерітіндімен немесе ең болмағанда сумен шайыңыз.



# Өкпенің жасанды вентиляциясының ауыздан-ауызға әдісінің техникасы.





## **ӨЖЖ «ауыздан – ауызға» әдісінің орындалу тәртібі.**

Көмек көрсетуші зардап шегушінің маңдайына қойған бір қолымен басын артқа шалқайтып, бір мезетте мойнының астына және желкесіне қойған екінші қолымен тіреді.

Ауа сыртқа кетпеу үшін маңдайға қойылған қолдың 1,2 саусақтарымен мұрнын жабады.

Көмек көрсетуші ауызын зардап шегушінің аузына қойып, өз тынысын оның тыныс жолдарына жібереді.

Егер кеуде сарайы кеңісе онда тыныс дұрыс берілген. Асқазанның толып кету қауіпін кеміту үшін көп қысым жасамай тыныс алуды баяу жасап тыныс алу араларында өкпенің толығымен босауына (тыныс шығаруды қиындатпау) мүмкіншілік беру қажет.

Маска арқылы қапшықтан болатын тыныс алудың жоғарғы қысымы қысымдық жарақат (баротравма) тудырып веналық қайтымға кедергі болады.

ӨЖЖ жиілігін минутына 10 рет жасаймыз





## ӨЖЖ жүргізу кезіндегі қателіктер мен асқынулар:

1. Ең әдеттегі қателік – зардап шегушімен реаниматор контурында саңылау болуы.
2. Кең тараған қателік тыныс жолдарының өткізгіштігін қамтамасыз етпеу, зардап шегушінің тілінің түсіп кетуін жоя алмау, ауа өкпенің орнына асқазанға өтеді, оны эпигастр аймағының керілуі пайда болады. Бұл жағдайда науқасты дереу кез келген бір қырына жатқызып, эпигастр аймағын басу керек. Бұл уақытта зардап шегушінің асқазанының құрамы жоғарғы тыныс жолдарына түсуі мүмкін, сондықтан бұл амал науқастың бір бүйірінде жатқан қалпында жасалу керек және сорғыш дайын тұру қажет.

Сорғыш болмаса эпигастр аймағын басуға болмайды!!!

3. ӨЖЖ маңызын дұрыс бағаламау (кеш бастау, сапасы қанағаттанарлықсыз) немесе асыра бағалау.
4. Кеуде клеткасының экскурсиясының бақыламау.
5. Ауаның асқазанға кетуін бақыламау, асқазанның керілуі, регургитация.
6. Тынысты медикаментозды стимуляциялау.



## **Пайдаланган әдебиеттер:**

1. Сатишур О.Е. Механическая вентиляция лёгких. М.: Мед.лит., -2006 г.
2. Белебезьев Г.И., Козяр В.В. Физиология и патофизиология искусственной вентиляции легких. Киев, -2003 г.
3. Бутылин Ю. П., Бутылин В. Ю., Бутылин Д. Ю. Интенсивная терапия неотложных состояний. Киев. 2003 г.
4. Вайман В.А., Аваков В.Е. Критические и неотложные состояния в медицине.
5. Гриппи М. А., Патофизиология легких. Санкт-Петербург. 2001 г.
6. Зильбер А. П., Этюды критической медицины, том II, Респираторная медицина. Петрозаводск. 1996 г.
7. Кассиль В. Л., Лескин Г. С, Выжигина М. А., Респираторная поддержка. Москва «Медицина». 1997 г.
8. Малышева В. Д., Интенсивная терапия. Москва «Медицина». 2003 г.
9. Шурыгин И. А., Мониторинг дыхания в анестезиологии и интенсивной терапии. Санкт-Петербург. 2003 г.

