



ТЕРАПИЯЛЫҚ СТОМАТОЛОГИЯ КАФЕДРАСЫ

# ИӨЖ

Тақырыбы: Терапиялық стоматология  
кабинетінде жедел көмек көрсету

Орындаған: Сейдаханов Ә.  
Тексерген: Тасилова А.А.  
Факультет: Стоматология  
Топ: СТ13-002-01

# Жоспары:

- Кіріспе
- Негізгі бөлім
  - Естен тану (клиникасы, жедел медициналық көмек)
  - Коллапс
  - Гипертензиялық криз
  - Анафилаксиялық шок
  - Бронхиальды демікте
- Қорытынды
- Қолданылған әдебиеттер



# КІРІСПЕ

Стоматолог-дәрігердің күнделікті тәжірибесінде алғашқы көмекті қажет ететін жедел жағдайлар жиі кездеседі. Себебі стоматология медициналық көмектің ең массивті түрі болып табылады. Сонымен қатар стоматологиялық араласулар алдындағы қорқыныш та жедел жағдайлардың орын алуына әсер етеді. Сондықтан стоматолог үшін декомпенсирленген жүрек-қан тамырлық, эндокриндік, иммунологиялық, респираторлы, психоневрологиялық патология кезіндегі жедел көмек тактикасы маңызды орын алады.

Естен тану (синкоп)-аз уақытқа кенеттен ес-түссіз қалу.

Жедел тамырлық жетіспеушіліктің ең жиі көрінісі. Бұл жүрек қызметінің әлсіреуімен және тамыр тонусының жедел бұзылуына байланысты. Естен танудың милық, жүректік, рефлекторлы, истериялық түрлері бар.





# Естен тану клиникасы

- Науқас есінен танады;
- бұлшықеттерінің тонусы төмендеп, терісі бозарады;
- Тынысы беткейлі болады;
- Есін бірнеше секундтан бірнеше минутқа жоғалтады;
- Кейде ми қанайналымының тоқтауына байланысты тонико-клоникалық тырысулар болып, еріксіз зәр шығаруы мүмкін;
- Көз қарашықтары тарылады (кейде кеңейеді);
- Жарыққа реакциясы болмайды, рефлексстеріде жоғалады;
- Науқастың пульсі әлсіз;
- АҚҚ қалыпты немесе төмендейді;
- Жүрек тондары тұйықталған;
- Тынысы беткейлі, сирек;
- Кейде есі 10-20 минутқа дейін жоғалады.

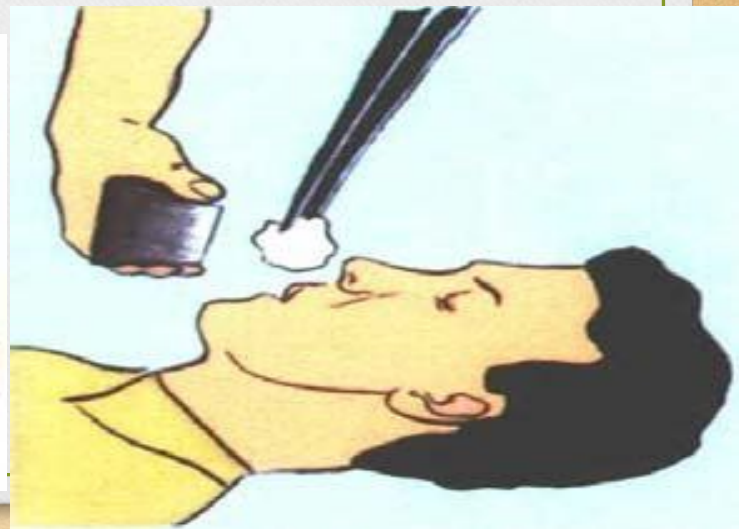
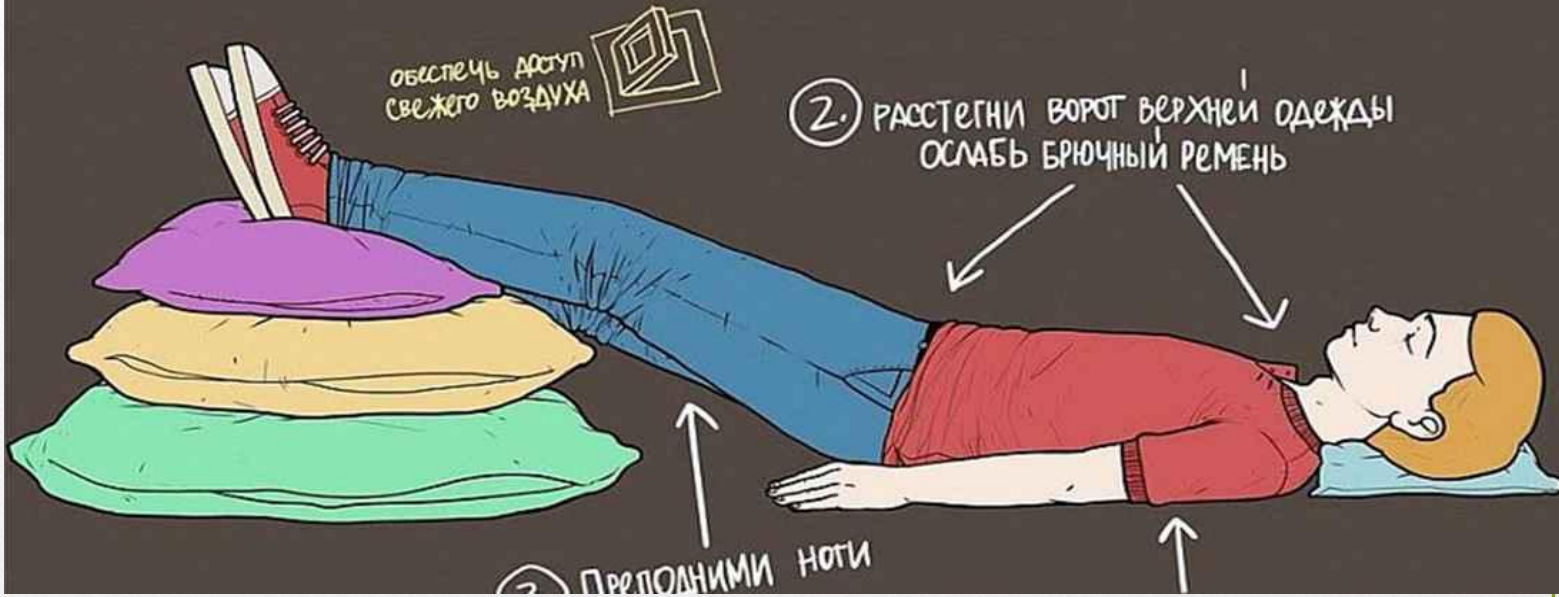


# Естен тануларда көрсетілетін жедел жәрдем

1. Естен тану немесе естен танғаннан кейінгі уақыт ұзаққа созылып жатса: арудың аяқ жағын көтеріңкі, бас жағын төменірек етіп жатқызамыз. Сонан соң киімінің түймесін ағытып, таза ауа енгізу керек. Беті мен кеудесіне суық су шашу және жағына шапалақпен ұру сияқты әдістер қолданылады.
2. Науқасқа нашатыр спирті, сірке қышқылы, эфир сияқты заттарды иіскету керек. Аяқтарына жылы басуға болады.
3. Егер науқас есіне келмесе тері астына немесе бұлшықетке 1-2 мл кордиамин немесе 10% 1-2 мл кофеин ерітінділері енгізіледі.
4. Қан қысымы төмен болса, 5 % эфидрин немесе 1% 1 мл мезатон ерітіндісі б/е енгізіледі.
5. Науқастың пульсі мен АҚҚ қалпына келіп, есін жиған соң, тыныштық күйді сақтауды талап етіп, бақылауға алу керек.

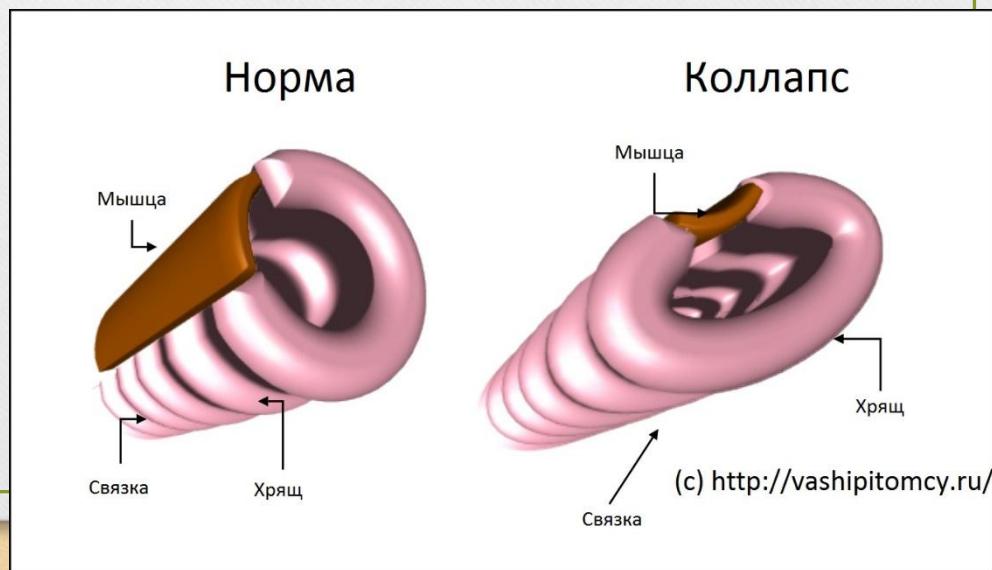


Признаки: бледность, кратковременная потеря сознания.  
Если сознание не восстанавливается более 3-5 мин. вызови «СКОРУЮ ПОМОЩЬ»



# Коллапс (лат. collapsus – әлсіреген, құлаған)

артерия және вена қан тамырларында қан қысымының күрт төмендеуінен болатын тамыр ауруы. Коллапс мида орналасқан қан тамырларының қызметін бақылап, реттейтін орталық жүйке жүйесі жұмысының әлсіреуінен пайда болады. Соның нәтижесінде адам организміндегі көптеген қан тамырларындағы қан көлемінің тұрақтылығы бұзылады, яғни адамның ішкі құрылысында орналасқан қан тамырлары қанға толып, көлемі ұлғайса, керісінше, ми, бұлшық ет, тері қан тамырларындағы қан мөлшері кенет төмендеп кетеді.





**Коллапстың клиникалық белгілері** ауру адамның тері қабатының бозаруымен, көгеруімен, тамыр соғуының (**пульс**) әлсіреуімен, қан қысымының төмендеуімен сипатталады. Сондай-ақ, бұл кезде науқас адамның басы айналады, естен танып, денесін суық тер басады, бет пішіні өзгеріп, қол-аяғы мұздайды. Коллапстың ең ауыр түрі – артериялық қан қысымының күрт төмен түсіп кетуі.



# Медициналык жәрдем көрсөтүү

## тактикасы

1. Перевести больного в горизонтальное положение - на спине, голова на бок.
2. Обеспечить приток свежего воздуха и кислорода.
3. Полиглюкин 400 мл. в/в, капельно.
4. Мезатон 1 % - 1,0 мл. в/в, капельно в 5 % глюкозе - 200,0 мл. 40-60 капель в минуту.
5. Преднизолон 90-120 мг. /2-3 мг. на 1 кг. веса/, или Гидрокортизон 600-800 мг. в/в, или Дексаметазон 16-32 мг. в/в.
6. Коргликон 0,06 % - 0,5-1,0 мл. в/в
7. Кальция хлорид 10 % - 10,0 мл. в/в, медленно в разведении на 0,89 % растворе натрия хлорида - 10,0 мл.
8. Рекомендуется госпитализация в стационар для продления специализированного лечения.



*Гипертониялық криз деп АҚ дереу көтерілуімен, өмірлік маңызды ағзалардың қызметі бұзылуымен және нейровегетативті өзгерістермен көрінетін жағдайды атайды. Криз ауырлығы АҚ көтерілу жылдамдығы және күтпеген жерден пайда болуымен сипатталады*



## Гипертониялық криздің симптомдары:

- - диастоликалық артериалды қысымның 110-120 ммсынбағанан жоғары көтерілуі;
- - қатты бас ауыру, әдетте желке тұсында;
- - самайдағы тамыр бүлкілдеуі;
- - елтігу (жүректің сол қарыншасына түсер жүк күшейгендіктен);
- - жүрек айнуы немесе құсу;
- - көру бұзылыстары (көз алдындағы “кіреукелену”, көру өрісінің ішінара жоғалуы мүмкін);
- - тері жамылғыларының қызаруы;
- - төс астында қыспалы аурудың пайда болуы ықтимал;
- - қозу, ызалану.



## Медициналық жәрдем көрсету тактикасы

- Мақсаты: Тіршілік үшін маңызды ағзаның функцияларын тұрақтандыру.
- 1. Науқастың қалпы – басын жоғарылау етіп жатқызу.

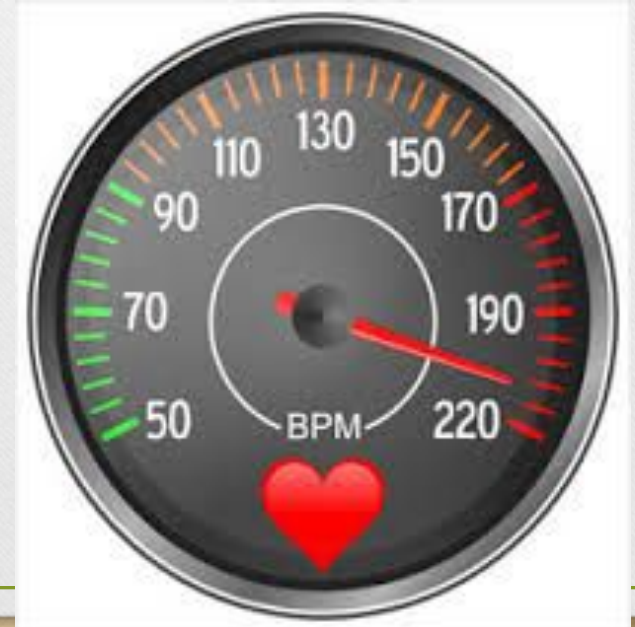
---
- 2. Әр 15 минут сайын ЖЖЖ, АҚҚ бақылау.
- 3. Соңынан біртіндеп АҚҚ 15-25% немесе 12-24 сағат ішінде  $\leq 160/110$  мм с.б.б. төмендеуі.
- 4. Ішкізу арқылы берілетін гипотензивті дәрілерді заттар қолданады (бір препараттан бастайды): нифедипин, каптоприл, пропранолол, бисопролол, метопролол).
- 5. Мидың шеткі қантамырлар өрімінің кедергісін азайту және тұрақтандыру үшін-винкамин 30 мг.

- Жоғары систолалық артериялық қысым мен тахикардия қосарланған кезде:

- - Пропранолол (селективті емес  $\beta$  адреноблокатор ) - ішкізуге 10-40 мг;

- - Клонидин (препарат орталыққа әсер етеді) – тіл астына 0,075-0,150 мг.

- Диастолалық артериялық қысым басым жоғарылағанда немесе систолалық артериялық қысым мен диастолалық артериялық қысым бірдей жоғарылаған кезде:





● Негізгі дәрі-дәрмектер тізімі:

- 1. \*Нифедипин 10 мг, табл.
- 2. \*Эналаприл 1,25 мг 1 мл, амп.
- 3. \*Варфарин 2,5 мг, табл.
- 4. \*Натрий хлориді 0,9% - 400,0 мл, фл.
- 5. \*Морфин 1% - 1,0 мл, амп.
- 6. Каптоприл 12,5 мг, табл.
- 7. \*Пропранол 0,1% - 10 мл, амп.
- 8. \*Нитроглицерин 0,0005 г, табл.
- 9. \*Нитроглицерин 0,1% 10 мл, амп.
- 10. \*Фуросемид 40 мг, амп.

Қосымша дәрі-дәрмектер тізімі:

- 1. \*Эналаприл 10 мг, табл.
- 2. Ацетилсалицил қышқылы 500 мг, табл.
- 3. \*Натрий хлориді 0,9% - 5,0 мл, амп.
- 4. Бисопролол фуморат 5 мг, табл.

- 11. \*Верапамил гидрохлориді 80 мг – 2,0

# АНАФИЛАКСИЯЛЫҚ

## ШОҚ

- Анафилаксиялық шок (АШ) – өмірге қауіп төндіретін және айқын гемодинамикалық бұзылыстарға, сондай-ақ басқа ағзалар мен жүйелер қызметінің бұзылуына ұласатын, аллергенмен қайта жанасуға қарсы туындаған жіті жүйелік аллергиялық реакция.

**Анафилактический шок**



 <b>ГОЛОВА</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- зуд</li><li>- покраснение</li><li>- припухлость</li></ul>	 <b>ЖЕЛУДОК</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- боль</li><li>- тошнота</li><li>- рвота</li><li>- диарея</li></ul>
 <b>ДЫХАТЕЛЬНЫЕ ПУТИ</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- затрудненное дыхание</li><li>- кашель</li><li>- хрип</li><li>- проблема с глотанием</li></ul>	 <b>ТЕЛО</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- крапивница</li><li>- сыпь</li><li>- бледность</li><li>- вялость</li></ul>



# ШОК

## СИМПТОМДАРЫНЫҢ СИПАТТАМАСЫ (ТИПТІ ТҮРІ):

- тері жабындысының түсі өзгереді (тері қызаруы немесе бозғылдық, цианоз);
- әр түрлі экзантемалар;
- қабақ, бет, мұрын шырышының ісінуі;
- суық тер;
- түшкіру, жөтел, қышу сезімі;
- жас ағу;
- құсу;
- аяқ-қолдың клоникалық тырысулары ( кейде тырысулық құлау);
- қозғалыс бұзылыстары;
- «Өлімнен қорқу»;
- еріксіз зәр, нәжіс, газ бөлінуі.

# ОБЪЕКТИВТІ КЛИНИКАЛЫҚ ЗЕРТТЕУДЕ АНЫҚТАЛАДЫ:

- жиі жіп тәрізді пульс ( перифериялық қан тамырларда);
- тахикардия (сирек брадикардия, аритмия);
- жүрек тондері тұйықталған;
- артериалдық қысым тез төмендейді ( ауыр жағдайда төмен қысым анықталмайды).
- жеңіл жағдай кезінде салыстырмалы түрде АҚ төмендемейді, төменгі критикалық деңгей 90-80 мм.рт.ст. Алғашқы минуттарда кейде АҚ аздап төмендеуі мүмкін;
- тыныс бұзылысы (ентігу, қиындаған сырылды тыныс, ауыздан көбік ағу);
- қарашық кеңейген және жарыққа реакция жоқ.



## Признаки и симптомы анафилаксии



- **Асфиксиялық** вариантында басты орын ЖТЖ, ол көмей ісінумен, бронхтардың спазмымен, бронхтардың шырышты қабатының ісінуімен немесе өкпе ісінумен байланысты болып табылады. Ересектерде респираторлы дистресс – синдромы айқын гипоксияның дамуымен жүреді.
- АШ-тың **церебральды** варианты сирек оқшауланып анықталады, ОЖЖ жағынан бұзылыстармен сипатталады: қозғыштық, есінен тану, жедел ісіну және ми ісігі, эпилептикалық статус, тыныс және жүрек тоқтауы.
- АШ-тың **абдоминальды** вариантында бірінші орынға «жедел іш» симптомы: іштің бауыр кұрсақ үсті аймақта ауыру сезімі, нәжіс дәретке шақырулар, жиі диагностикалық өтеді. Осы вариантында жиі о





# НЕГІЗГІ ЖӘНЕ ҚОСЫМША

## ДИАГНОСТИКАЛЫҚ ШАРАЛАР ТІЗІМІ:

- 1. Ақыл-есін бағалау (есін жоғалту).
- 2. Тері жабыңдысын қарау (~~бозғыл~~ кейде көгерген), көзге көрінетін шырышты қабаттарда эритемалар, бөртпелер, ісінулер, ринит симптомы, конъютивит белгілерін анықтау.
- 3. Тыныс алу және жұтынудың қиындауы анықталады.
- 4. Пульсті бағалау (жіп тәрізді) жүрек жиырылу жиілігі өзгереді (тахикардия), артериялық қысым 30-50 мм.с.б. дейін төмендеген.
- 5. Құсу еріксіз дефекация және зәр шығару, қынаптан қанды бөлінділер бөлінеді.

# ЖЕДЕЛ ЖӘРДЕМ

- Ағзаға аллергиялардың ары қарай түсуін тоқтату;

- Тыныс жолдарының өткізгіштігін қалпына келтіру, таза ауаның келуін қамтамасыз ету;

---

- Науқасты аяғын көтерген күйде **Тренделенбург** қалпына келтіру, тілін артқа кетуінің алдын алу үшін басын бүйіріне қарату, асфикция, құсық массаларымен аспирация болдырмау үшін төменгі жақты алға тарту;

- Оттегімен емдеу;

- Аллерген парентеральды енген жағдайда 0,1%

**адреналин** ертіндісімен 0,1мл/ жасына сәйкес мөлшерде

5,0 мл натрий хлориді изотониялық ертіндісіне

араластырып аллергия енген жерді айналдіріп егіп



- Аллерген енген жердің жоғарғы бөлігіне артерияны қыспайтын етіп, 30 минутқа **жгут** салу ( әр 10 минут сайын жгутты бір-екі минутқа босатып отыру қажет);
- Көктамырды тауып 0,1% **адреналин ертіндісін** 0,1 мл/жасына (0,01-0,02 мл /кг) сәйкес мөлшерде бірақ, 1,0 мл-ден аспауы керек;
- Глюкокортиоидты гормондар енгізу **преднизолон** 5-10 мл /кг , әсері болмаса қайталау;
- Антигистаминды дәрілер енгізу: 2 % **супрастин** 0,1-0,15 мл / жасына немесе 1% **димедрол** ертіндісін 0,05 мл /кг көктамырға немесе бұлшық етке, бірақ бір жасқа дейінгі балаларға 0,5 мл-ден, бір жастан асқан балаларға 1,0 мл –ден.

- Инфузионды терапия 0,9 % **натрий хлориді** ертіндісі 1 л- ден аз болмау керек. Қан тамыр ішілік көлемді қайта қалпына келтіру үшін.
- Алғашқы 10 минут ішінде гемодинамика тұрақтылығы жойылғанда шоктың ауырлығына байланысты қайталап **коллоидты ертінді** (пентакрахмал) 1-4 мл/кг/мин енгіземіз. Инфузионды терапия жылдамдығы және көлемі АҚҚ жоғарылауымен, орталық венозды қысым жоғарылауымен және науқастың жағдайының жақсаруымен анықталады.



# АНАФИЛАКТИЧЕСКИЙ ШОК

## Прекращение поступления аллергена



- наложение жгута выше места инъекции на 25 мин. (каждые 10 мин. Ослаблять жгут на 1-2 мин.)
- к месту инъекции приложить лёд или грелку с холодной водой на 15 мин.
- обкалывание в 5-6 точках и инфильтрация места укуса или инъекции адреналина 0,1% - 0,3 - 0,5 мл. с 4-5 мл. физиологического раствора.

## Противошоковые мероприятия



- больного уложить (голова ниже ног), повернуть голову в сторону, выдвинуть нижнюю челюсть, снять съёмные зубные протезы;
- обеспечить в/в доступ и начать болюсное переливание жидкостей (физиологический раствор взрослым > 1л, детям из расчёта 20 мл./кг. массы тела)

## Противоаллергическая терапия



- адреналин 0,1% - 0,1-0,5 мл. в/м, при необходимости повторить инъекции через 5-20 мин.
- глюкокортикостероиды в/в струйно (преднизолон 60-150 мг.)



## Симптоматическая терапия

- при сохраняющейся гипотонии только после восполнения ОЦК – вазопрессорные амины (допамин 400 мг. на 500 мл. 5% глюкозы);
- при бронхоспазме ингаляции В2 – агонистов короткого действия, предпочтительно через небулайзер; (2 мл. / 2,5 мг. сальбутамола или беродуала)
- при брадикардии возможно подкожное введение атропина в дозе 0,3-0,5 мг.



Готовность к интубации и срочная госпитализация в реанимационное отделение





# СИМПТОМАТИКАЛЫҚ

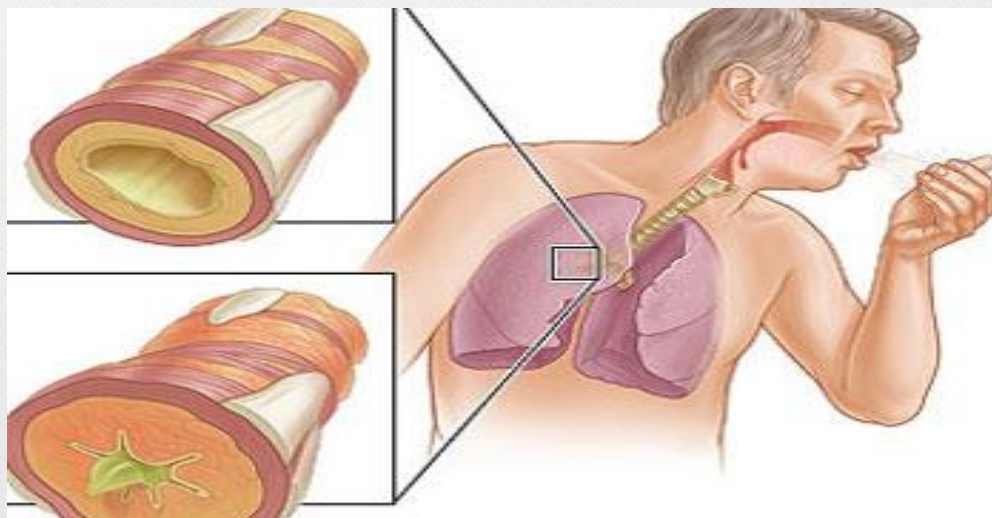
## ЕМ

- Артериалды гипотензияда циркуляциядағы қан көлемі қабынуынан кейін **вазопрессорлы аминді**, систолалық АҚҚ  $>90$  мм.с.б. келгенше көктамырға титрлеп енгізеді.
- **Допамин** көктамырға тамшылатып 4-10 мкг/кг/мин, 15-20 мкг/кг/мин жылдамдықпен (200 мг допамина 400 мл 0,9% натрий хлориді ) аспау керек – инфузионды минутына 2-11 тамшы жылдамдықпен енгізеді.



- Брадикардия дамыса 0,1% **атропин ертіндісі** 0,5 мл тері астына;
- Бронхоспатикалық синдромда көктамырға 2,4 % **аминофиллин ертіндісі** 1,0 мл (10.0 мл -ден аспау керек ) 20 мл изотоникалық ертінді натрий хлоридіне еріту немесе ингаляциялық бета2 -адреномиметиктер – сальбутамол 2,5 – 5,0 мг **небулайзер** арқылы енгізу.
- Цианоз, диспноэ немесе аускультацияда құрғақ сырылдар анықталғанда оттегі емі жасау; тыныс алу тоқтаған жағдайда өкпені жасанды желдендіру, көмей ісінуінде – **трахеостомия** жасау.

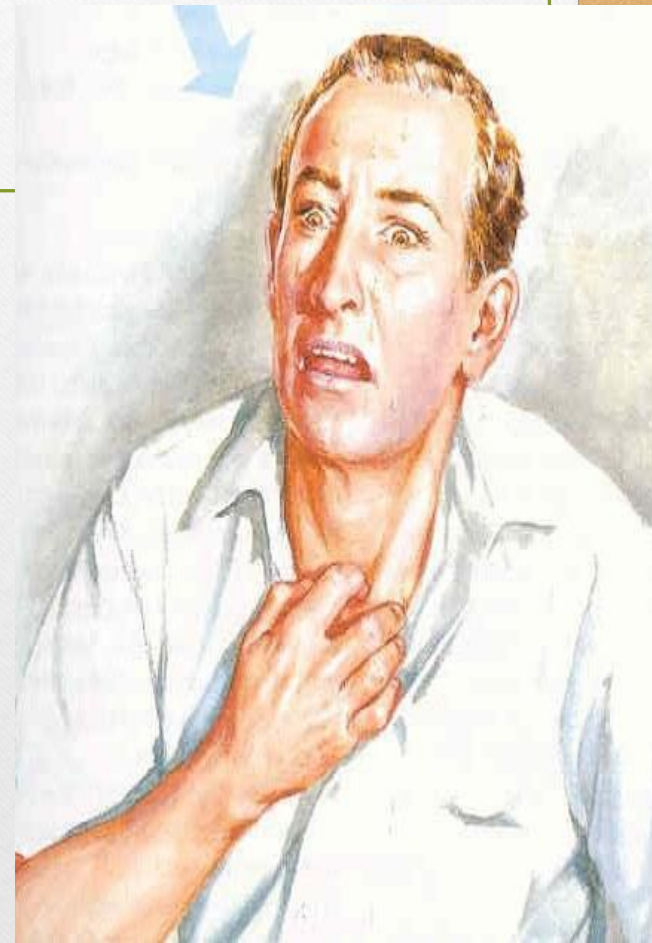
- **Бронх демікпесі** – негізінде бронхтардың созылмалы аллергиялық қабынуы мен гиперреактивтілігі жататын, қиындалған дем алу ұстамаларымен көрініс беретін ауру. Дем алудың қиындауы / әсіресе тыныс шығарғанда / диффузды обструкцияның нәтижесінде болады. Оған себеп бронхтардың бірыңғай салалы бұлшық етінің спазмы, шырыштың гиперсекрециясы және бронх қабырғасының ісінуі





# Клиникалық көрінісі

- Науқастардың көбінде бронх демікпесі созылмалы ағымда кездеседі және физикалық күш түскенде үдейтін, тұрақты қиналдыратын ысқырықты тыныс және еңтігумен сипатталады. Кезеңді түрде өршу тұншығу ұстамасының туындауымен байқалады. Аз мөлшерде ашық түсті, қою, кілегейлі қақырықты жөтел пайда болады. Көбіне ауырудың өршуі мен тұншығу ұстамасының туындауындағы маңызды рольді тыныс алу мүшелеріндегі инфекциялық – қабыну (жіті респираторлы-вирусты инфекциялар, созылмалы бронхиттің өрлеуі) үдерістері алады.



# Бронх демікпесінің базисті терапиясы :

- Гипоаллергенді диета, режим.
- Аллерген-спецификалық иммунотерапия
- Кромонды дәрілер: натрий кромогликаты (интал), натрий недокромил (тайлед)
- Ингаляциялық глюкокортикостероидтар: флунизолид (ингакорт), беклометазона дипропионат (бекотид, беклазон, беклокорт, альдецин), будесонид (пульмикорт), флютиказон (фликсотид)
- Пролонгирленген  $B_2$ -адреномиметиктер: сальметерол (серевент), формотерол (форадил)
- Антилейкотриенді препараттар: монтелукаст, зафирлукаст





# Негізгі дәрі дәрмектер тізімі:

- \*Бекламетазон аэрозоль 200 доза.
- \*Ипратропий бромиді аэрозоль 100 доза.

---

- \* Кромоглиций қышқылы дозаланған аэрозоль 5 мг; капсула 20 мг.
- \*Сальбутамол аэрозоль 100 мкг/доза; капсула 2 мг, 8 мг; небулайзер үшін ерітінді 20 мл.
- \*Теофиллин таблетка 100 мг, 200 мг, 300 мг; капсула 100 мг; 200 мг; 300 мг; капсула ретард 350 мг.
- \*Фенотерол аэрозоль 200 доза.
- \*Амброксол таблетка 30 мг; сироп 30 мг/5 мл.
- \*Преднизолон, таблетка 5 мг; инъекция үшін ерітінді 30мг/1 мл.

<b>критерии</b>	<b>обморок</b>	<b>коллапс</b>	<b>шок</b>
<b>Определен</b>	под обмороком понимают кратковременную потерю сознания, наступающую вследствие кратковременного спазма сосудов головного мозга.	коллапсом называется острая сосудистая и развившаяся на ее фоне сердечная недостаточность, характеризующаяся резким падением артериального и венозного давления и уменьшением массы циркулирующей крови.	общую тяжелую реакцию организма при массивной травме тканей и кровопотере.
<b>Причина</b>	значительная кровопотеря, боль, переутомление, психические потрясения и пр	могут быть острая массивная кровопотеря, травма, быстрое перемещение тела из горизонтального положения в вертикальное, быстрое выпускание жидкости из плевральной и брюшной полостей, тяжелая интоксикация.	кислородное голодание тканей. тяжелые открытые и закрытые переломы, травмы внутренних органов, обширные раны. Главные факторы в развитии шока — травмы элементов нервной системы, кровопотеря и интоксикация, которые ведут к расстройствам кровообращения, снижению объема циркулирующей крови и к кислородному голоданию тканей
<b>Клиника</b>	наблюдаются внезапная потеря сознания, резкое побледнение кожных покровов и слизистых оболочек, поверхностное дыхание, слабый пульс.	общей слабостью, цианозом, холодным потом, нитевидным пульсом, падением артериального давления, частым поверхностным дыханием. В отличие от обморока сознание, как правило, сохраняется.	бледность кожи и слизистых оболочек, холодный обильный пот, беспокойство, одышка, частый малый пульс, снижение артериального давления, уменьшение объема циркулирующей крови, плохое кровоснабжение периферических тканей.



# АЛДЫН АЛУ ШАРАЛАРЫ

• **Операциялық араласу немесе контрастық заттарды қолданумен рентгенологиялық зерттеу алдында анамнез жинау әдістемесі:**

• этиологиялық маңызы бар аллергияларды қамтитын дәрілік заттарды, тағам өнімдерін алып тастау мақсатымен аллергиялогиялық анамнезді жинау;

• фармакологиялық анамнезді жинау (премедикация мәселесін және тағайындаудан және пайдаланудан алып тастау керек болатын препараттар немесе олардың туындалары, айқасқан реакция беретін қасиеттері бар препараттар туралы ақпарат жинау мәселесін шешу мақсатымен);

• ауыраған аллергиялогиялық анамнез кезінде келесі деректерді нақтылау қажет: қай препаратқа реакция дамыды;

препаратты енгізу жолы;

препарат не үшін қолданылды;

препарат қандай мөлшерде қолданылды;

реакцияның клиникалық көрінуі;

дәрілік затты қабылдағаннан кейін қандай уақыт аралығында реакция туды;

реакция немен тоқтатылды;

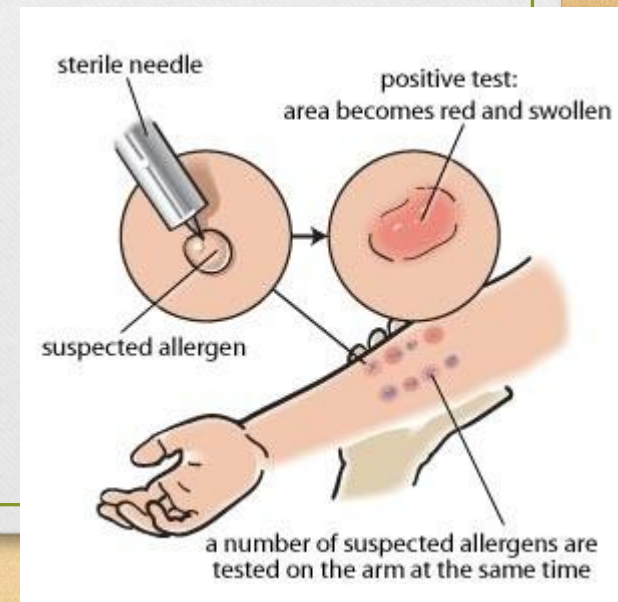
бұрын дәрілік заттарға реакциялар болды ма;

реакциядан кейін осы топтағы препараттар қолданды ма;

қандай препараттарды қабылдайды және жақсы көтереді.

## Тері тесттерін қолдану қағидалары:

- анамнезде дәріні көтере алмаушылыққа нұсқаулар болмаған кезіндегі дәрілік препараттармен тері тесттері ақпараты жоқ және көрсетілмеген;
- себептік маңызы бар аллергиянді нақтылауға бағытталған барынша егжей-тегжейлі аллергиялық зерттеуді жіті реакцияны тоқтатқаннан кейін және қасарыс (рефрактерлік) кезеңі аяқталғаннан соң өткізеді, диагностикалаудың зертханалық әдістерін пайдаланған дұрысырақ болады;
- оң фармакологиялық анамнез кезінде дәрілік аллергия диагнозын нақтылау үшін күдікті препаратпен провокациялық тесттер: тері, тіласты және толық терапевтік мөлшердегі тесттер жоспарланған тәртіпте, тек қана көрсетімдер бойынша, реанимация және қарқынды терапия блоктарына жақындатылған жағдайларда аллерголог–иммунолог дәрігермен өткізіледі, өйткені анафилаксиялық шоктың даму мүмкіндігі жоққа шығарылмаған.





## **Медициналық кабинеттерді жарақтандыруға қойылатын талаптардың сақталуы:**

- шокқа қарсы жинақтың және анафилаксия дамуы кезінде алғашқы көмек көрсету жөніндегі нұсқаулықтың тек емшара бөлмелерінде ғана емес, гистамин бөлінуін ынталандырушы әсерге ие препараттарды қолданумен диагностикалық зерттеулер (мысалы, рентгенді-контрастық зерттеулер) жүргізілетін кабинеттерде де, стоматологиялық кабинеттерде де міндетті түрде болуы.

### **Фармакотерапия қағидаларын сақтау:**

- полипрагмазиядан сақтану;
- ДЗ тек көрсетімдер бойынша ғана тағайындау;
- ДЗ енгізгеннен кейін пациентті кемінде 30 минут бойына бақылау;

# ҚОРЫТЫНДЫ

Жедел жағдайлар кезінде уақытылы дұрыс көмек көрсетпесе, ем қолданбаса ол қайтымсыз өзгерістерге, тіпті өлімге де душар етуі мүмкін. Стоматолог-дәрігерлер практикасында ондай жағдайлар көп кездеседі. Сондықтан да алғашқы жедел көмек көрсету шараларын әр дәрігер білуі тиіс.



# ҚОЛДАНЫЛҒАН ӘДЕБИЕТТЕР

1. Қ.М.Тұрланов “Жедел медициналық жәрдем” 2-басылым, Алматы,2011ж (127-134б.)
2. ҚР денсаулық сақтау министірлігінің протоколы Н-Т-001
3. Биртанов Е.А., Новиков С.В., Акшалова Д.З.  
Разработка клинических руководств и протоколов диагностики и лечения с учетом современных требования. Методические рекомендации. Алматы, 2006, 44 с.
4. <https://diseases.medelement.com/disease/12993>
5. <https://stud.kz/referat/show/43790#&gid=1&pid=6>
6. <https://kazmedic.org/archives/4456>

---

Назарларыңызға  
рахмет