

Кафедра:хирургия,анестезиология және реанимация

Тақырыбы: Жедел жүрек-қантамыр жетіспеушілік кезіндегі реанимация және интенсивті терапия.

Орындаған:Амалбекова С.Ж.

Тобы:ТҚ-603

Қабылдаған:Дүйсебекұлы Қ.

# Жоспар

**Кіріспе**

**Негізгі бөлім**

**А) Жедел жүрек-қантамыр жетіспеушілігі анықтама, негізгі себептері.**

**Б) Жүрек жеткіліксіздігі**

**В) Қантамыр жеткіліксіздігі**

**Қорытынды**

**Пайдаланылған әдебиеттер тізімі**

**Жедел жүрек-қантамыр жүйесінің жеткіліксіздігі**—бұл ағзаның заталмасу қажеттілігіне жүрек шығарылымының төмендеуімен жүретін патологиялық жағдай. Бұл жағдайда жүрек органдар мен тіндерді қажет қан көлемімен қамтамасыз ете алмайды, яғни оттегі және энергетикалық заттармен қамтамасыз ете алмайды.



**Жүрек-  
қантамыр  
жеткіліксіздігі**

**жүректік**

**қантамырлық**

**Гемодинамика  
бұзылысының  
пайда болуы**

**Қантамыр  
тонусының  
төмендеуі**

**Кіші жүрек шығарылым  
синдромы.  
Негізгі себептері:**

а) миокард жиырылуының кенет төмендеуі;

б) қан көлемінің кенет төмендеуі;

в) қантамыр тонусының кенет төмендеуі;

# Жүрек жеткіліксіздігінің себептері

- Гипертониялық ауру
- Туа және жүре пайда болған жүрек ақауы
- Өкпе артериясы тромбоэмболия
- инфаркт миокарда
- миокардит
- кардиосклероз
- миокардиодистрофия.



# Жүрек жеткіліксіздігінің түрлері

1

- Сол қарыншалық

2

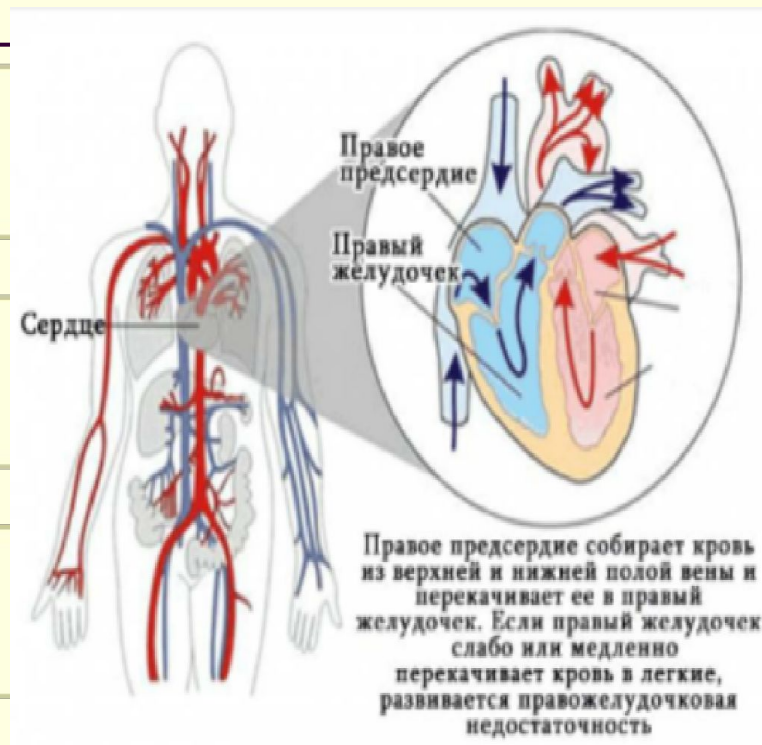
- Оң қарыншалық

3

- Бивентрикулярлы

4

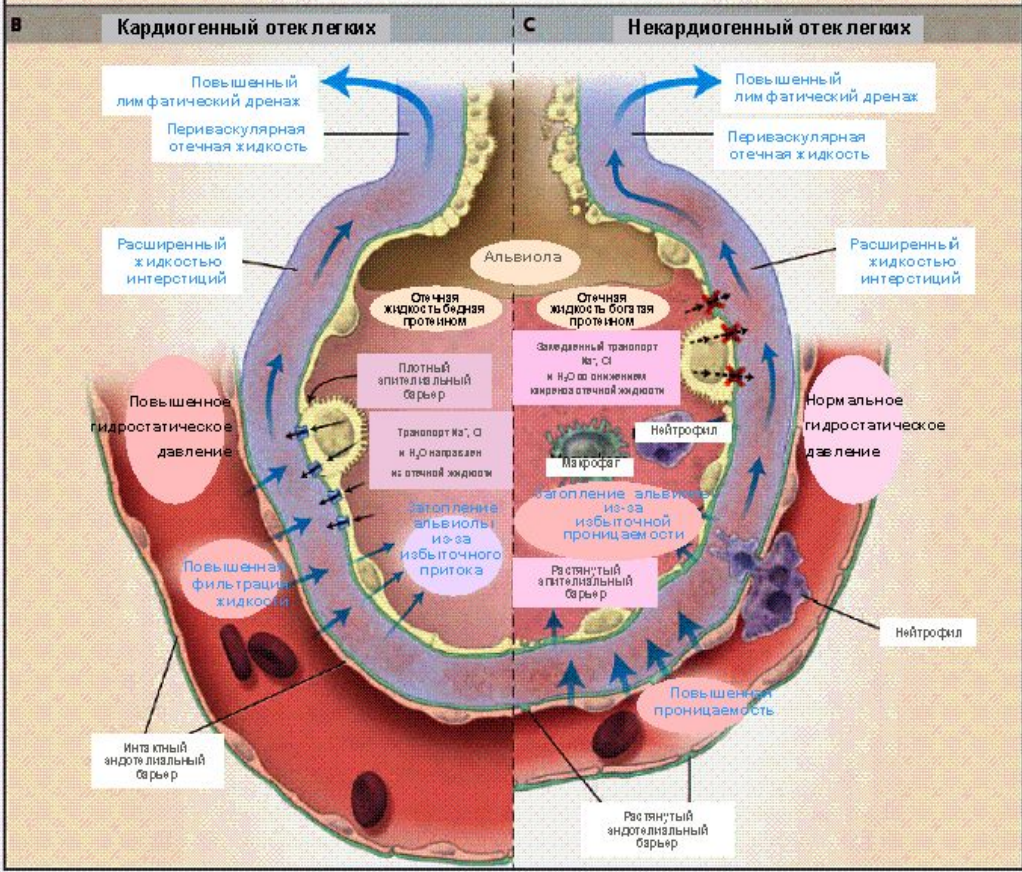
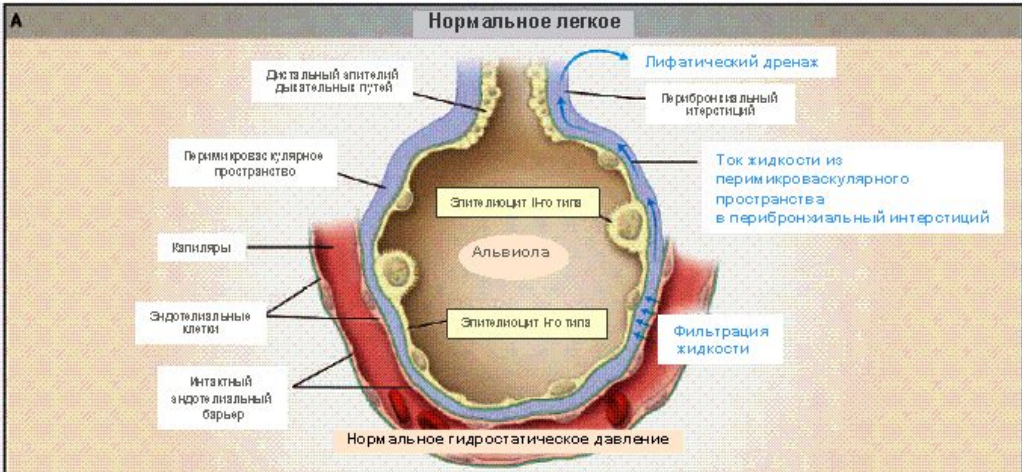
- Ритм бұзылысы нәтижесінде



# Сол қарыншалық жүрек жеткіліксіздігі

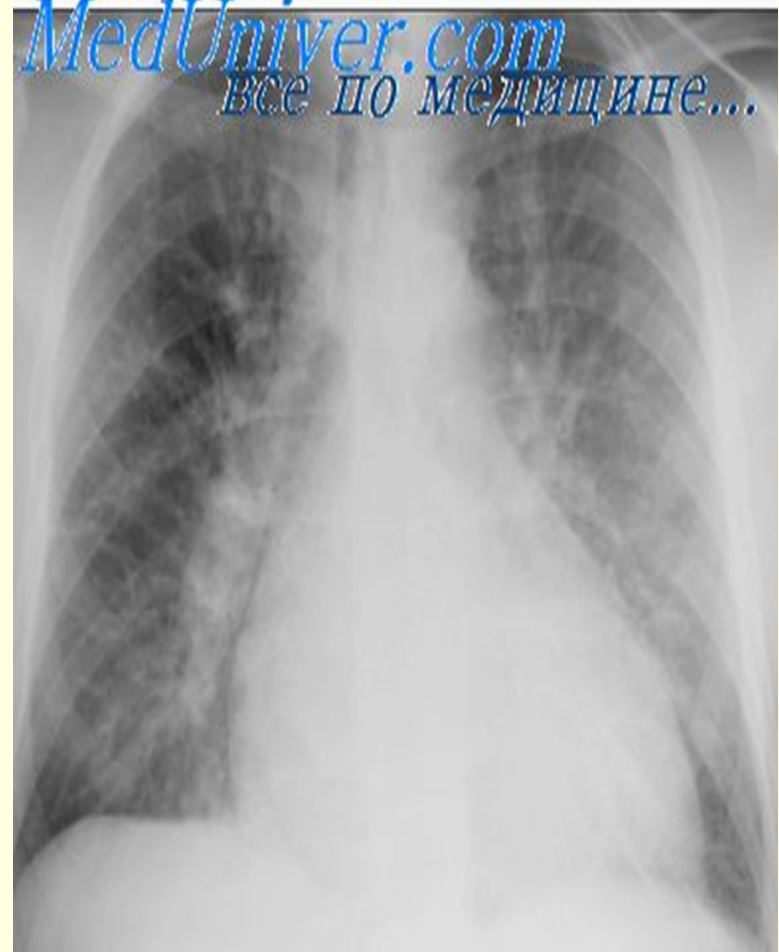
- Жүрек жеткіліксіздігінің ең жиі кездесетін түрі б/т. Жедел сол қарыншалық жеткіліксіздік өкпе ісінуімен көрініс береді.
- Өкпе ісінуінің патогенезі:
- Сол қарынша өкпеден қан қабылдап, үлкен қанайналым шеңберіне жібереді. Сол қарынша функциясы төмендегенде өкпеде қан ірікілісі дамиды, ол өз кезегінде өкпе қантамыры қысымының жоғарылауына әкеледі де, интерстициальді тін мен альвеолада массивті сұйықтық жиналуынан өкпе ісінуі дамиды.





MedUniver.com

ВСЕ ПО МЕДИЦИНЕ...



# Өкпе ісінуінің клиникасы

## Өкпе ісінуімен науқас түрі

- Науқастың жағдайы ауыр
- Науқас қалпы мәжбүрлі (отырады).
- Инспираторлы ентікпе,цианоз
- Ұстама тәрізді жөтел,қанды көпіршікті қақырық болуы мүмкін.
- Алғаш өкпеде қатқыл тыныс естілсе,сосын құрғақ сырылдар.
- **Өкпе ісінуінің клиникасы Жылдамдығына байланысты:**
- моментальді (5-10 минут арасында дамиды),
- жедел (1 сағ көлемінде дамиды)
- созылмалы (1 күннен 2 күнге созылады).



# Реанимация және ИТ

---

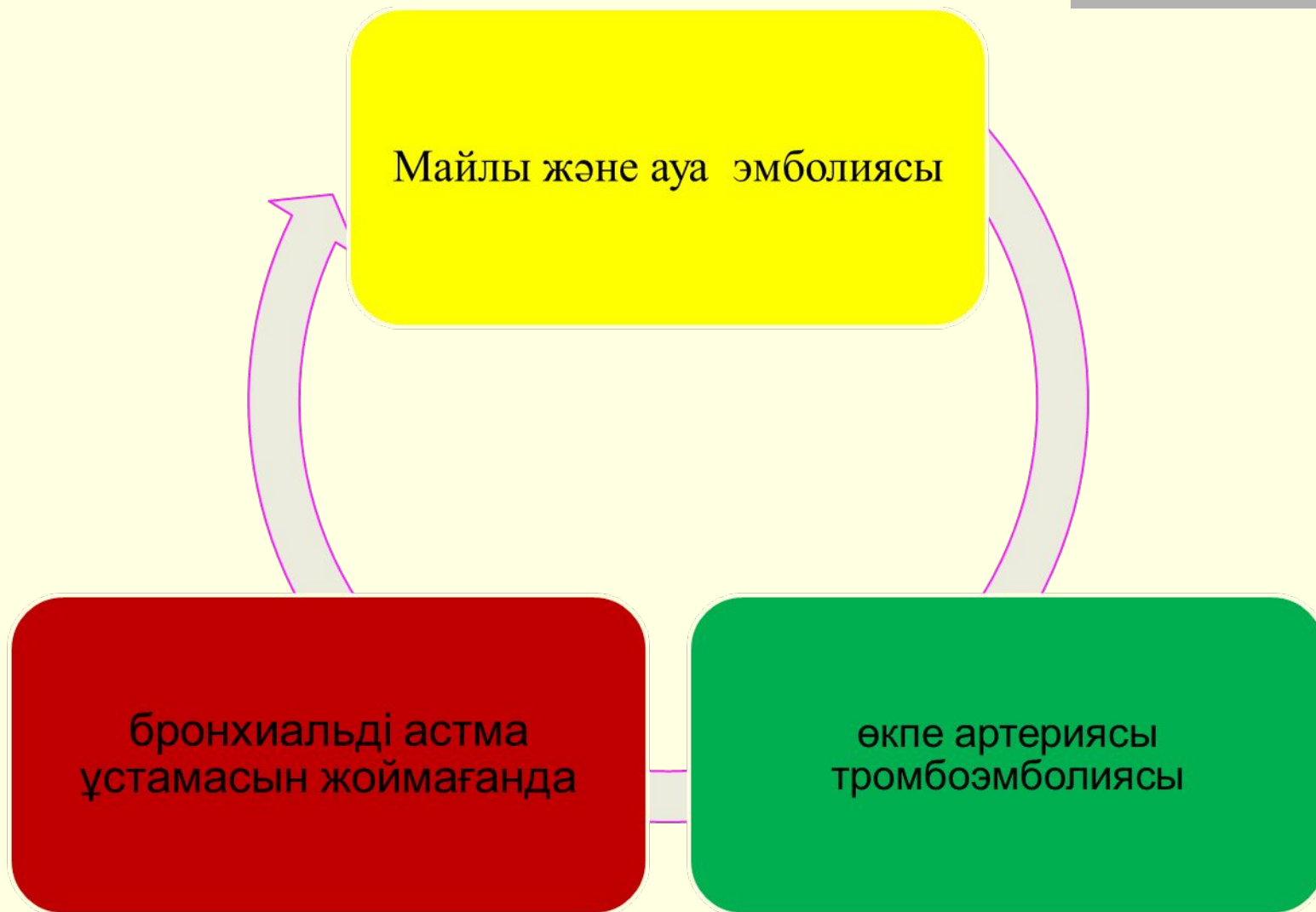
- Науқасқа денесін жоғары қаратқан қалыпқа келтіреді, аяқтарын төмен түсіріп отырғызған қалып жақсы, себебі шет бөліктердің қанайналымын дұрыстап, КҚШ қантамыры қысымның төмендеуіне әкеледі.
- Гипоксиямен күресу үшін проводят ингаляцию кислорода с пеногасителями.
- Пеногаситель ретінде қолданылады: этил спирт, антифомсилана. Оттегі Боброва банкасы арқылы не наркоз аппараты ротаметр көмегімен жіберіледі, 8-12 л/мин.



# Медикаментозды ем

- АҚҚ жоғары не қалыпты болған жағдайда-КҚШ гидростатикалық қысымды төмендету үшін нитраттарды қолданамыз:нитроглицерин алдымен тіластына (0,8 мг), сосын в/в тамшылатып(10-40 мкг/мин) АҚҚ бақылай отырып жүргіземіз.Нитраттар өкпе артериясы қысымын төмендетеді және тәждік қанайналымды жақсартады.
- Психомоторлы қозуды және енгіруді төмендету үшін наркотикалық анальгетиктерді қолданады:. Морфин -5-10 мг в/м. Ол седативті эффект көрсетеді, тыныс орталығының қозғыштығын төмендетеді,енгіруді азайтады,венаны кеңейтеді.
- Диуретик: Фуросемид в/в по 20-40 мг.
- Артериальды гипотензия фонында дамыса, кардиотониялық препараттарды қолданамыз (допамин, добутамин).
- Инфузионная терапия Орлық венозды қысымды бақылай отырып жүргізу қажет.

# Жедел оң қарыншалық жеткіліксіздік- КҚШ кедергінің дамуы нәтижесінде пайда болады



# Өкпе артериясы тромбоэмболиясы.

---

- **Өкпе артериясы тромбоэмболиясы** дамуында келесі факторлар маңызды:
- Қантамыр қабырғасы ішкі бетінің зақымдалуы
- қанның реологиялық қасиетінің нашарлауына байланысты қанайналымның баяулауы.
- Қан ұю жүйесінің бұзылысы.

# Өкпе артериясы тромбоэмболиясы клиникасы

---

- -тромбтың түзілген орнына,эмбол мөлшеріне байланысты.
- Тромбоэмболияның **бастапқы көрінісі** айқын емес,біртіндеп өсуі мүмкін.Егер эмбол мөлшері үлкен және өкпе артериясы бағанын бітеп қалған болса,сол сәтте өлімге ұшырауы мүмкін.
- **Жедел тыныс жетіспеушілігі**-оттегінің жетіспеуі,тұншығу,плевраның үйкеліс шуы. Науқастарда массивті тромбоэмболия кезінде беттің айқын цианозы байқалады.

## ӨАТЭ клиника

---

- **Жедел жүрек-тамыр жүйесінің жеткіліксіздігі-** аурудың алғашқы минуттарында дамиды. Айқын тахикардия, аритмия, мойын веналарының ісінуі, бауыр ұлғаюы, артериальді гипотензиямен сипатталады. ОВҚ жоғарылайды.
- **Ауырсыну синдромы.** Жиі кенеттен дамиды, кеуде клеткасының жоғарғы бөлігіне қанжар сұққандай сипатта болады. Жедел тәждік жеткіліксіздікке, оң қарынша өкпе артериясының кеңеюіне негізделген.
- **Церебральді синдром** – есеңгіреумен сипатталады, кейде естен тану, тырысу, бас ми ісінуі байқалады.

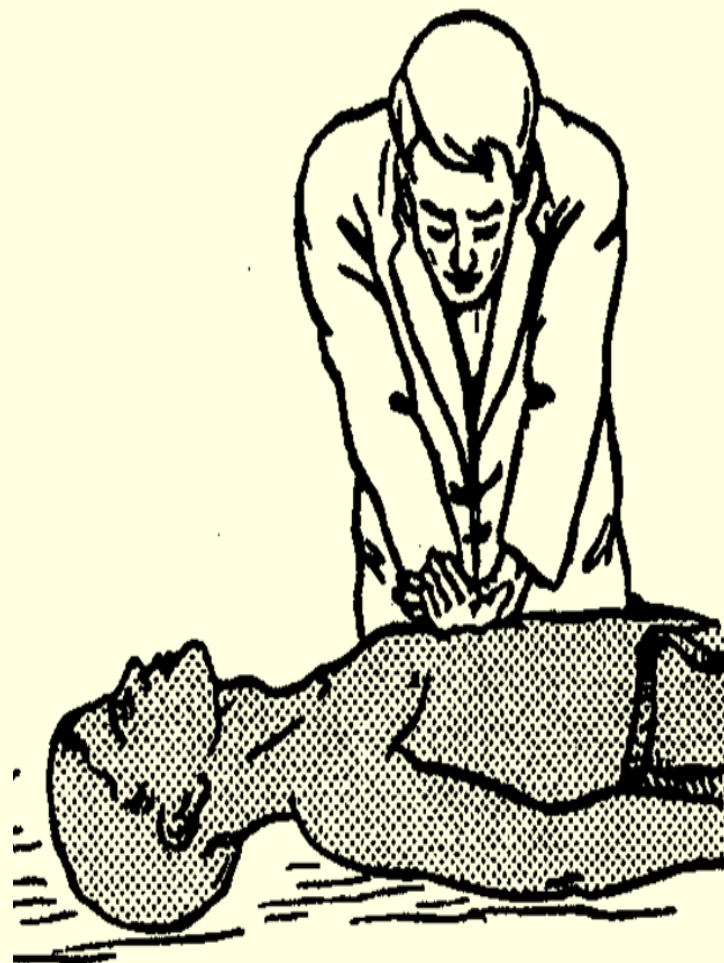
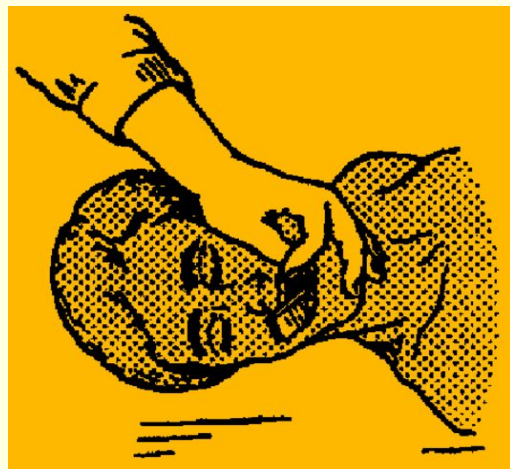
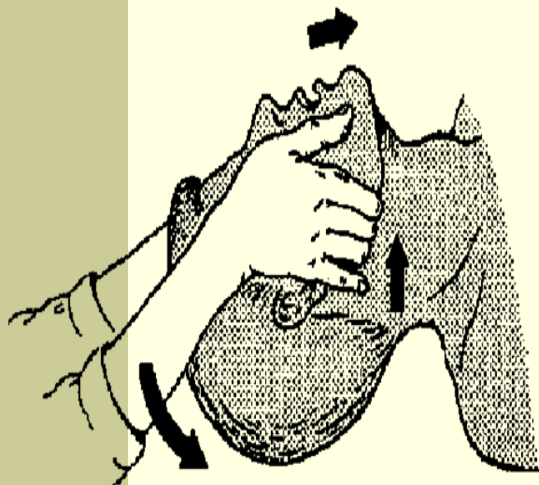


# Өкпе артериясы тромбоэмболиясы емі

---

- ауырсыну синдромын басу
- Антикоагулянтты және реологиялық терапия
- Міндетті түрде ОВҚ бақылау өажет.
- Жүрек гликозидтері, зәр айдағыш (фуросемид), симпатомиметик (дофамин). Міндетті түрде ылғалды оттегімен мұрын катетрі арқылы 5-7 л/мин жылдамдықпен оксигенотерапия жүргізу керек.
- Жүрек қызметі тоқтағанда реанимация жүргіземіз.

# Жүрек-өкпе реанимациясын жүргізу



# Жүрек аритмиясы

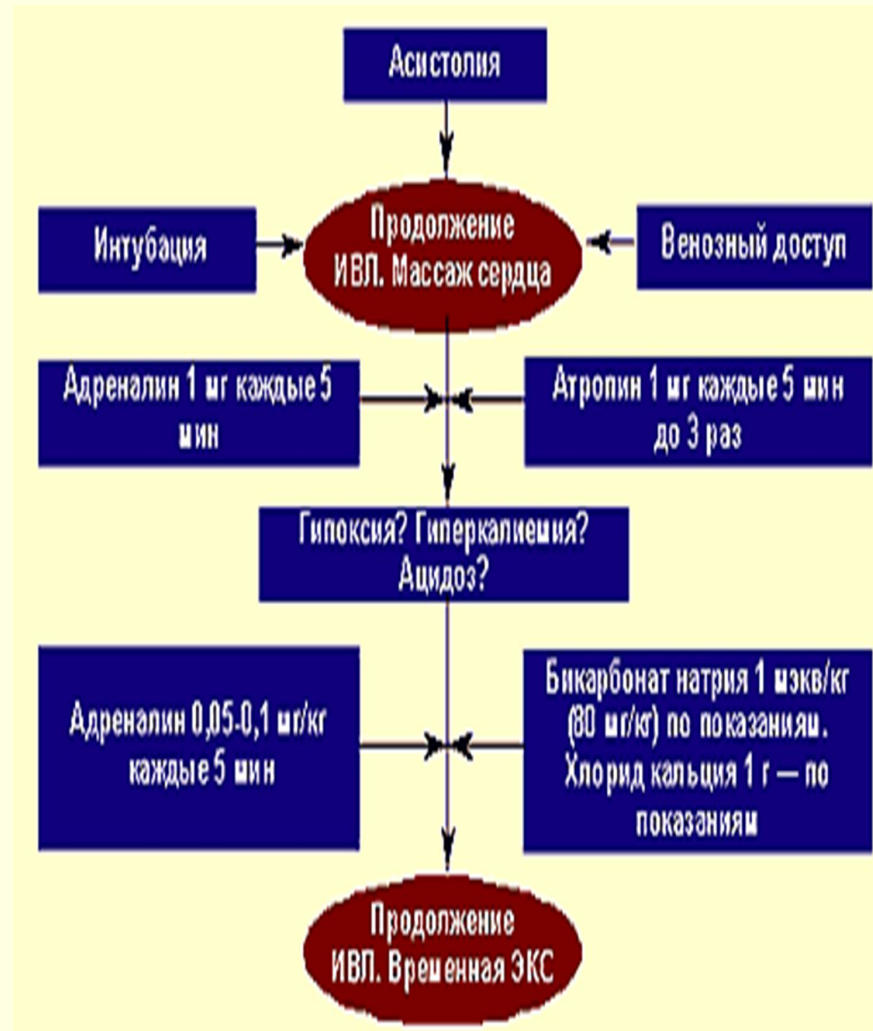
## Жүрек ритмі бұзылысының негізгі түрлері:

- асистолия,
- фибрилляция,
- жиі қарыншалық экстрасистола
- пароксизмальді тахикардия,
- АВ блокада
- Жүрекше жыбыры
- Аритмия даму себептері:
- Миокард инфаркті, кардиоатеросклероз, миокардит, гипертониялық ауру, интоксикация, гипоксия.

# Асистолия

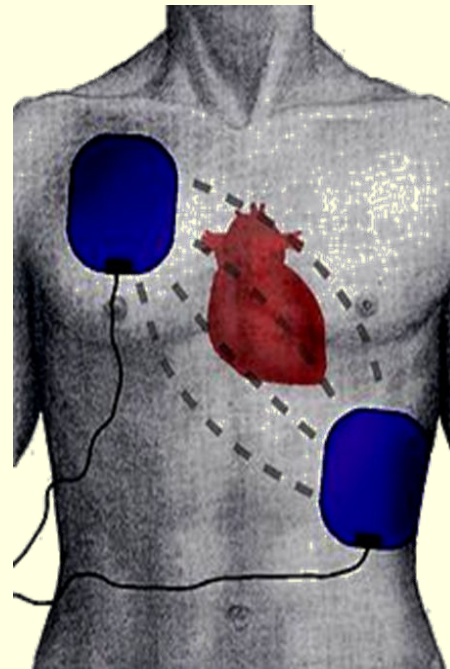
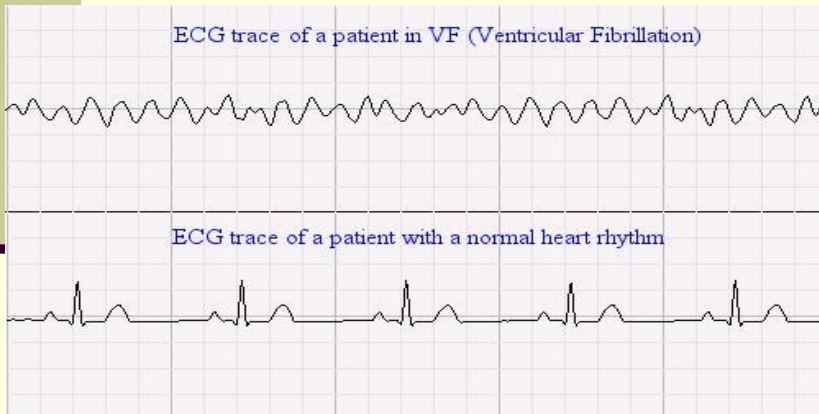
13625 1May07 21:43:02 HR:37

Жүрек ритмі бұзылысына жатады, миокард қысқаруының болмауымен сипатталады, ЭКГ да тіке линиямен және қанайналым тоқтауының клиникалық көрінісімен анықталады.



# Қарыншалар фибрилляциясы

- Бұл миокардтың жеке талшықтарының ретсіз жиырылуы, оның нәтижесінде қанайналым жүйесіне қанның дұрыс келмейді.



<b>Аритмия</b>	<b>Начальная мощность разряда</b>
Фибрилляция желудочков	200 - 300 Дж (5-6 кВт)
Желудочковая тахикардия	50-100 Дж (2,5-3,5 кВт)
Наджелудочковой тахикардии или трепетания предсердий	25-50 Дж (2-2,5 кВт)
Мерцание предсердий	100-200 Дж (3-5 кВт).

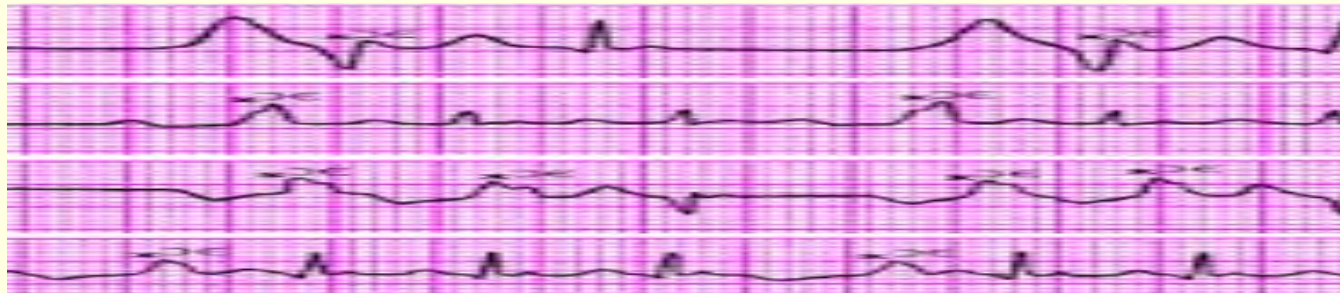
## қарынша фибрилляция кезіндегі реанимациялық шара

---

- Жүрек жабық массажын өткізу (1 мин 80-90рет);
- Жасанды өкпе желдету(15:2), 100% кислород қолдану, трахея интубациясы (30-40сек ішінде)жүрек өкпе реанимациясын үзбеу;
- Адреналин 1мг әр 3-5мин сайын, 200Дж дефибрилляция, эфффект болмаса 300Дж , эфффект болмаса 360Дж дефибрилляция;
- Эфффект болмаса лидокаин 1мг/кг + 360Дж;

# Қарыншалық экстрасистолия

- Қозудың эктопиялық ошағы қарынша миокардында немесе қарыншааралық пердеде орналасады. ЭКГ да QRS комплекс кеңейген және деформацияланған. Р тісшесі жоқ. Орталық гемодинамика бұзылысы мен жүрек жеткіліксіздігі анықталады.



- **Емі.** -седативті препараттар, транквилизаторлар кіші дозада, диазепам 2,5 мг
- -бета адреноблокаторлар пропранолол 10-20 мг/тәу, обзидан
- -антиаритмиялық препараттар новокаинамид, пропафенон



# Пароксизмальді тахикардия

- Қозудың эктопиялық ошағы жүрекшеде, жүрекше-қарыншалық өзекте, қарыншада орналасады.
- Бұл патология жиі ритмді жүрек жиырылуына әкеледі.
- ЭКГ да қарыншалық экстрасистола бірінен-соң бірі 140-220/1 мин жиілікпен қарыншалық экстрасистола анықталады.



# Пароксизмальді тахикардия емі

---

## қарыншалық

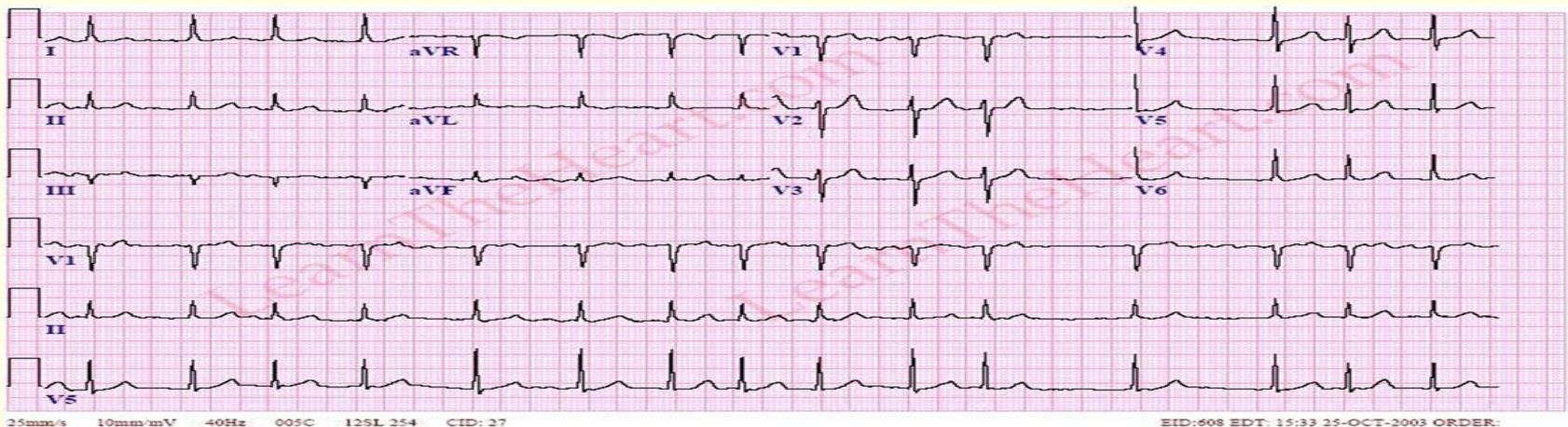
- Этмозин 100 мг+20 мл NaCl ерітіндісінде в/в
- Кордарон 5 мг/кг+20 мл 5% глюкоза ерітіндісімен в/в
- Ритмелин 150 мг+20 мл NaCl

## қарыншаүстілік

- Каротидті синус массажы
- Изоптин 10мг+10 мл NaCl
- Дигоксин 0,5 мг+20 мл NaCl
- Дизопирамид 100 мг+20 мл NaCl
- Кордарон 5 мг/кг

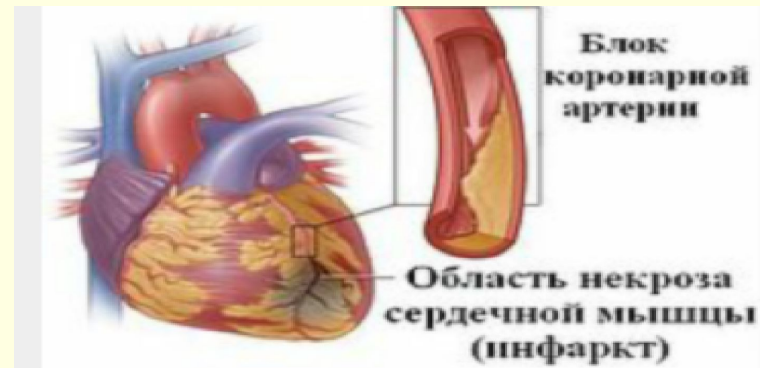
# Жыбыр аритмия

- Жүрек өткізгіштігінің шашыранды жергілікті бұзылысы шақырады.
- ЭКГ да Р тісше орнына жыбыр толұындары анықталады.
- Пульс 90-200/1 мин.Тромбоэмболия дамуы мүмкін. Гемодинамика бұзылысы ылғи ауыр болмайды,сәйкес терапия жүргізу жүрек жеткіліксіздігі дамуын алдын алады.
- Оны реттеу үшін: кордарон (300 мг в 200 мл 5% глюкозы), новокаинамида (10 мл + 10 мл физ.р-ра + 0,3 мл мезатона) енгізу.



# Миокард инфаркті

- Тәждік қантамырларының оттегіні дұрыс тасымалдамауы және жүректің бұлшықеттерінің қан жеткіліксіздігі нәтижесінде жүрек бұлшықетінде ишемиялық некроз аймағының пайда болуынан дамидын ауру.
- Тәж артериясының атеросклерозы-инфаркт дамуының ең жиі себебі.Тәж қантамырларында атеросклероздық табақшалардың пайда болуы қантамырдың тарылуына алып келеді,оның нәтижесінде миокард бөлігі қанайналымының нашарлауына әкеледі.





# Миокард инфарктінің КЛИНИКАСЫ

---

- Негізгі симптомдардың бірі –интенсивті ауырсыну синдромы болып табылады.
- Жүрек аймағында,кеуде клеткасының сол жақ бөлігінде,төс артында жедел өрістейтін ауырсыну п/б,ұз 30 минут асады.
- Ауырсыну сипаты әртүрлі:давящий, сжимающий, колющий, жгучий,
- Кейде айқын вегетативті реакциялар байқалады ( тершеңдік, тері жабындыларының бозғылттығы,өлімнен қорқу).
- АҚҚ жоғары,ұалыпты не төмендеген болады.Жүрек ритм бұзылысы байқалады (топтық экстрасистола, пароксизмальная тахикардия, фибрилляция желудочков сердца).

## Диагностика

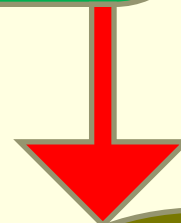
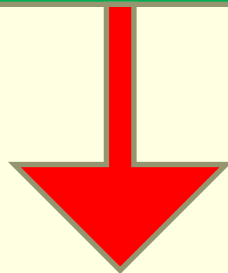
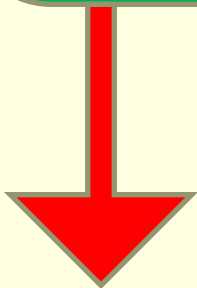
- шағымы
  - анамнез
  - физикальді тексеру
  - ЭКГ,эхоКГ
  - Лабораториялық анализдер
- \*Миокард инфаркті** диагнозын қою үшін қан сарысуындағы ферменттердің белсенділігін зерттейді:ЛДГ,КФК.
- Миокард инфарктінің** ЭКГ анық белгісі болып кең,терең Q тіше п/б,ST аралығы доға тәрізді көтерілуімен сипатталады.

## Емі

### Реанимациялық шаралар жүргізу:

- жүрекке тікелей емес массаж
- ӨЖЖ
- медикаментозды ем:** Ауырсынуды басу– наркотикалық және наркотикалық емес анальгетиктер:фентанил 0,05 мг,морфин.
- Нитраттар** – нитроглицерин, нитросорбит,сустанк.
- Антиагреганттар:**ацетилсалицил қышқылы
- Антикоагулянттар:**гепарин 10 000 ЕД, варфарин.
- Тромболитиктер:**стрептокиназа 1 000 000 Д.фибринолизин
- Бетта адреноблокаторлар:**промедол 2% 20 мг,пропранолол,карведилол

**КАРДИОГЕНДІ ШОК**-қанайналым жеткіліксіздігі нәтижесінде, миокардтың жиырылуының нашарлауынан, жүрек ритмі бұзылысынан дамидын организмдегі ауыр жағдай.  
Жиі себебі миокард инфаркты б/т.  
Шок сонымен қатар жүрек жарақаты, жедел миокардиттен де дамуы мүмкін.



# Клиникалық көрінісі

- -науқаста адинамия,тежелу
- -кейде психомоторлы қозу
- -беті бозғылт
- -ерні цианотикалық,аяқ-қолдары салқын
- -тері жамылғылары мәрмәр түстес
- -суық салқын тер
- -жетекші симптом:АҚ катастрофиялық төмендеуі, тахикардия,ентігу,өкпеде іркіліс,олигоурия
- -кейде зәр,нәжіс іркілісі,ішектердің парезі байқалады.



**Рефлекторл  
ы  
кардиогенді  
шок**

**интенсивті терапия**

Кейде ауырсынулық деп атайды, себебі шоктың патогенезінде ауырсыну факторы маңызды роль атқарады. Ауырсыну шоғы миокард инфаркты кезінде п/б. Бұл асқину ауырсыну ұстамасы деңгейінде дамиды. Ауырсыну синдромын жойғанда гемодинамика қалпына келеді.

**Шокқа қарсы қалып, оттегімен ингаляция 100%**

**Аналгезия**

Наркотикалық аналгетиктер  
(Морфин или Фентанил)

**Адреномиметики**

Допамин

Норадреналин

Адреналин

**Фибринолитик ,  
антиагреганттар**

Гепарин

Аспирин + Клопидогрел

Тромболитикалық

**Аритмогенді  
кардиогенді  
шок**

**интенсивті терапия**

Жүрек ритмі бұзылысы нәтижесінде дамиды.  
Жиі қарынша тахисистолиясы кезінде п/б (больше 150 в 1 минуту)  
Және де жыбыр аритмия, пароксизмальді тахикардия нәтижесінде де дамиды.

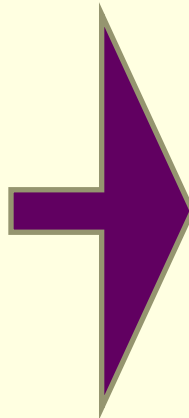
Шокқа қарсы қалып, оттегімен ингаляция 100%  
Антиаритмиялық препараттар  
Кордарон, Лидокаин,  
Тахикардия – пируэт – Магния сульфат  
Аналгезия  
қарынша экстрасистола санын азайту  
ЭКГ да жедел оң нәтиже  
гипокалиемияда- калий препараттары (Панангин).  
Көрсеткішке анықтау  
- кардиостимуляция  
- дефибрилляция (50 Дж бастап)

## Шынайы кардиогенді шок

### интенсивті терапия

Миокардтың жиырылғыш қасиетінің бұзылуына негізделген, шоктың ең ауыр түрі.

Негізгі себебі: сол қарыншаның кең ауқымды некрозы, ол жүрек шығарылымының төмендеуіне әкеледі.



**Аналгезия.,  
Тромболитическая терапия,  
спасительная ЧКВ  
Инфузионная терапия,  
Инотропная поддержка.  
Норадреналин (4 -16 мкг/мин)  
Допамин (2—10 мкг/кг \*мин)  
Добутамин (2,5—10 мкг/кг \*  
мин)  
Адреналин (0,01-0,1 мкг/кг\*мин)**

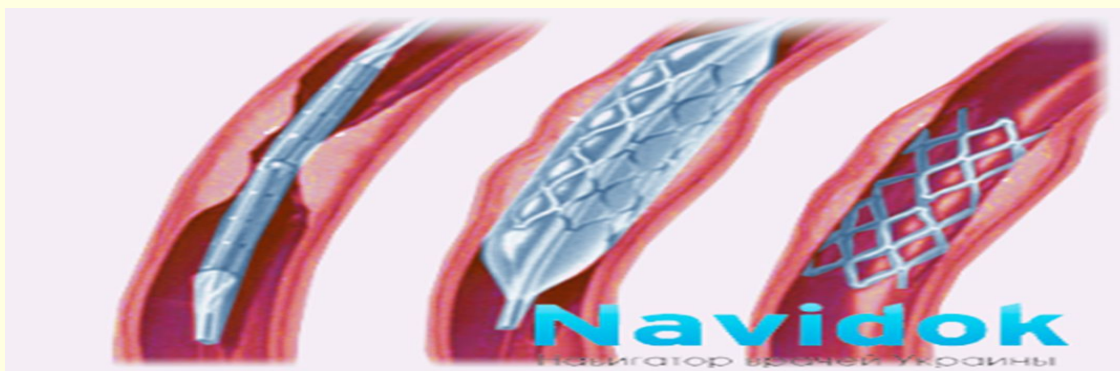


# СТЕНОКАРДИЯ

- -кеуде клеткасында кенет п/б ауырсыну.
- Негізгі себебі-тәждік артериялардың атеросклерозы.
- Нақты пайда болған және тоқтау уақыты белгілі.
- белгілі бір жағдайларда п/б (жүру, тамақтанғаннан соң, тауға шыққанда);
- Ауырсыну нитроглицеринді қабылдаған соң 1-3 мин соң басылады.
- Ауырсыну төс артында орналасады, сипаты: күйдіріп, қысып ауру
- Бір уақытта АҚҚ жоғарлауы мүмкін, терісі бозғылт.

# Стенокардия ұстамасын емдеу

- Тіл астына –нитроглицерин,коринфар (кордафена, кордипина, форидона),
- Қажет кезде дәрілерді қайта ішуге болады.
- Ұстама аралық кезеңде-пролангирленген нитропрепараттарды (нитросорбид, изодинит, сустак, нитронг, сустонит и др.),
- Ветаадреноблокаторлар (обзидан, анаприлин, атенолол, и др.),
- Са антагонистері (верапамил, нифедипин, сензит),
- Емге көнбеген жағдайда аортакоронарлы шунттау жүргізеді.



# ГИПЕРТОНИЯЛЫҚ КРИЗ

---

- Гипертониялық криз – клиникалық синдром. Гипертониялық белгілер немесе симптоматикалық АГ кенеттен басталуымен және жедел күшеюмен сипатталады, артериялық қысым жылдам жоғары шекке жетеді, ми, жүрек қан тамыр және жалпы вегетативті бұзылудың субъективті және объективті көріністері байқалады.

# Гипертониялық криздің диагностикалық өлшемі (науқастың шағымы):

- Салыстырмалы кенеттен басталады (бірнеше минуттан бірнеше сағатқа дейін)
- АҚ дербес жоғары деңгейде.
- күшті бастың ауырсыну сезімі, бас айналу, жүрегі айну, құсу, көрудің бұзылуы, мүмкін мидың ошақтық симптомдары
- Жүректік шағымдар (кеуде тұсының ауырсынуы, жүректің қағуы, шалыс соғу, мүмкін ентігу);
- Вегетативті дисфункцияның белгісі болатын жүйкелік сипаттағы шағымдар (қалтырау, қорқыныш сезімі, ашушандық, тершендік, ыстықтау, шөлдеу, несептің көбеюі)

**Клиникалық тұрғыда.**

**Сондай-ақ тұтас өнімді жәрдем беру мақсатына лайықты ГК екі топқа бөліну керек**

---

- **Криздің I типі** – АҚ бір сағат ішінде төмендетуді талап етеді (қарқынды емдеу бөлімінде ауруханаға жатқызу көрсеткіші: жедел қолқаның диссекциясы, жедел жүрек бұлшық етіне қан жетіспеу, гипертониялық энцефалопатия, эклампсия, ).
- **Криздің II типі** – АҚ 12-24 сағат ішінде төмендетуді талап етеді: жоғары диастолалық гипертензия (>130 мм с.б.) асқынусыз; гипотензивті дәрілерге сезімталдығы анық синдром.



# Интенсивті терапия

## Криздің I типі

- науқастың жағдайы дәрі қабылдауға жарайды, дәрі қабылдағаннан кейін 1-2 сағаттан кейін қан қысымы төмендейді. Резерпин 1-2,5 мг. бұлшық ет ішіне береді. Қажет болғанда 4-6 сағаттан кейін қайталауға болады. Өнімі жақсы 80 мг. фуросемидпен резерпин комбинациясы. Немесе резерпин + этакрин қышқылы 100 мг.. Дибазол 6-12 мл. бұлшық ет ішіне немесе көктамыр ішіне беру керек.

## Криздің II типі

- 10-15 минут ішінде АҚ төмендету және гиповолемияны, мидың ісінуін жою керек. Осы мақсатпен 0,15-0,3 мг. клофелинді көк тамыр ішіне енгізу керек. 10-15 мин. өнімі көрінеді, қажет болғанда 1-4 сағаттан кейін қайталауға болады. Клофелин норадреналиннің босауын тежейді, оның әсері ганглиоблокатор тектес.

**Гипертоникалық кризді тізгіндейтін басты препараттарға натрий нитропруссид (артериалық және орталық веналық қысымды төмендетеді) және нифедипин (шеткері артериялардың тонусын төмендетіп, шеткері қан тамырлардың қарсылығын азайтады) жатады.**

# Жедел қантамыр жетіспеушілік

## 3 түрге бөлінеді:



талма

коллапс

ШОК

Кенет қысқа уақытқа естен тану салдарынан, жедел бас ми ишемиясына байланысты дамидын жедел қантамыр жеткіліксіздігі.

Жүрек шығарылымының төмендеуімен жүретін аурулар: жүрек ритм бұзылысы, миокард инфаркті, стенокардия ұстамасы.

Жүйке қантамырларының реттелуінің бұзылысымен жүретін жағдай-жұтыну кезінде талма.

Қан құрамында оттегінің төмендеуімен жүретін ауру-анемия.

## Талма клиникасы

- Жиі кенет дамиды
- Талма алды жағдай п/б:құлақта шуыл,жалпы әлсіздік,бас айналу.
- Содан науқас есін жоғалтып құлайды.
- Объективті тері жабындыларының бозғылттығы,суық тер.
- Аяқ-қолдар мұздайды,пульс әлсіз, АҚ төмен.
- Талма 1 сек-1 мин созылады,кейде 10-30 мин жалғасуы мүмкін.
- Талмадан соң науқаста талмадан кейінгі жағдайды байқауға болады:айқын жалпы әлсіздік,бас ауруы.

## Емі

- Миға қан келуінің көлемін ұлғайтып,жақсатру үшін басын төмен қаратып,аяғын жоғары қаратып жатқызу.
- Қысып тұрған киімдерінен босатамыз,нашатыр спиртін иіскетеміз.
- Науқастың жағдайы ауыр болған жағдайда қолданады: корdiamин, кофеин, коразол, мезатон, дофамин.

# Коллапс

- Коллапс — қантамыр тонусы жылдамдығының төмендеуінен не айналымдағы қан көлемінің төмендеуі нәтижесінде дамиды, ол жүрекке веналық қан келуді азайтып, АҚ төмендетіп, ми гипоксиясына және өмірге қажет маңызды ағза қызметін тежейтін жедел қантамыр жеткізгішсіздігі.
- Коллапс дамуының себептері:
  - -Жедел инфекциялар, экзогенді интоксикация
  - -жедел қан жоғалту, жұлын-ми анестезия жүргізгенде
  - Жүйке және эндокрин жүйесінің аурулары
  - -кейбір дәрілік препарат дозасын шамадан тыс қолдану:
  - ганглиоблокатор, инсулин, гипотензивті препарат

# Қоллапс клиникасы

---

- Жалпы әлсіздік, бас айналу, құлақта шу п/б.
- Жүрек айну мен құсу.
- Тері жамылғысы бозғылт және жабысқақ термен жабылған.
- Пульс әлсірейді, АҚ төмендейді.
- Ауыр ағымында естің бұзылысы дамиды.
- Жиі қоллапс ұзаққа созылмайды, егер ұзаққа созылған жағдай болса, онда шоктың даму қаупі бар.

# Қоллапс емі

- Науқасты горизонтальді қалыпқа келтіру, аяқтарын жоғары көтереміз.
- Науқас бетіне салқын су себеміз.
- Қоллапсқа алып келген дәріні енгізуді тоқтату.
- Орталық аналептиктер қолданылады (1мл 25% р-ра кордиамин, 1-2 мл 10% р-ра кофеин),
- вазопрессорлар (0,2 мл 1% р-ра мезатона).
- Егер қоллапс ұзаққа созылса плазмаалмастырғыш препараттар енгіземіз (200-400 мл полиглюкин, реополиглюкин), гормональді препараттар ( 3-5 мг/кг гидрокортизон, 0,5-1 мг/кг преднизолон).
- Айқын брадикардияда егізеді:т 0,5-1 мл 0,1% атропин сульфат ерітіндісі.

# Пайдаланылган әдебиеттер

---

- «Реанимация и интенсивная терапия » Г.Г.Жданов, А.П. Зильбер, 2007год
- Усенко Л.В., Мальцева Л.А., Царев А.В. Сердечно-легочная и церебральная реанимация: новые рекомендации Европейского Совета по реанимации 2005 г. и нерешенные проблемы реаниматологии на Украине // Медицина неотложных состояний. — 2006. — № 4. — С. 17–22.
- [neotlozhnaya-pomosch.info/klinicheskaya\\_smert.php](http://neotlozhnaya-pomosch.info/klinicheskaya_smert.php)
- [medportal.ru/mednovosti/news/2013/11/20/009arrest/](http://medportal.ru/mednovosti/news/2013/11/20/009arrest/)
- [ookmedbook.ru/disease/ostanovka-serdca](http://ookmedbook.ru/disease/ostanovka-serdca)



**Назар салып  
тыңдағандарыңызға  
рахмет**