

Оңтүстік қазақстан мемлекеттік фармацевтикалық академиясы

СӨЖ

Қарыншалық пароксизмальдық тахикардия

Орындаған: Досыбаева Г

602тк

Қабылдаған: Мирзабекова Ж.А

Шымкент 2017

Жоспары:

- Кіріспе
- Негізгі бөлім

Қарыншалық пароксизмальды тахикардия дегеніміз не?

- Этиология. Патогенезі
- Себептері
- Клиникалық көріністері

Диагностика

- Емдеу
- Қолданылған әдебиеттер

Қарыншалық
пароксизмальдық тахикардия
– жүректің жүйелі ырғағы
сақталған күйде кенеттен
қарыншалар жиырылуының 1
минутта 150-180 дейін жиілеп,
кейін кенеттен бастапқы күйге
оралуы.

- **Этиологиясы мен патогенезі. Практикалық тұрғыдан барлық жағдайда қарыншалық пароксизмальды тахикардия жүрек ауруларында (85% жағдайда ЖИА-да кездеседі) кездеседі. 2% жағдайда идиопатиялық қарыншалық ПТ тіркеледі. Еркектерде әйелдерге қарағанда екі есе жиі кездеседі.**

Пайда болуының басты механизмдері

- 1. Қозу толқынының қайта ену механизмі (re-entry); қозу толқыны миокардтың өткізгіш жүйесінде немесе миокардтың өзінде орналасады;
- 2. Активтігі күшейген автоматизмнің эктопиялық ошағы болу;
- 3. Триггерлік активтіліктің эктопиялық ошағы болу.

Клиникасы

Науқас адамдардың шағымдары – жүрек соғу, кейде жүректің ауыруы, ендігу, әлсіздік, бас айналуы, жүректің тұрып қалу сезімі және «шалыс» соғу сезімі. Кейде Морганьи-Адамс-Стокс синдромының клиникасы болады.

- Ұстама кезінде тері қуқыл тартқан, ерін көгерген, акроцианоз, мойын артерияларының, кейде веналардың пульсациясы көрінеді. Аускультацияда – жүрек тондары әлсіреген, жиілеген, ырғақ қалыпты күйде. Пульсация саны жүрек ырғағына сәйкес келеді, кейде пульс тапшылығы (дефициті) анықталады. АҚҚ көбіне төмендейді, кейде коллапстық және кардиогендік шоктың (аритмиялық шок) клиникасы байқалады. Кейбір жағдайда өкпе шемінінің белгілері болады. Аритмияның бұл түріне «спастикалық несеп бөлу» симптомы тән емес.

● Қарыншалық ПТ-ң ЭКГ-лық белгілері:.

. Жүректің жиырылу жиілігінің кенеттен 1 минутта 140-150 дейін көтеріліп (сирек – 200-ден жоғары, немесе минутына 100-120) кенет бастапқы қалпына келуі;

2. QRS комплексінің деформациясы мен 0,12 с жоғары ұзаруы және ST аралығы мен T тісшесінің дискордантты орналасуы;

3. АВ – диссоциациясының болуы – жиі қарыншалық ырғақ (QRS комплексі) пен жүрекшелік қалыпты синус ритмінің (P тісшелері) арасындағы байланыстың үзілуі; сирек синус түйінінен шыққан өзгермеген бірен-саран QRST комплексі тіркеледі (қарыншалардың «ұсталып қалған» жиырылулары).

Қарыншалық тахикардияның эктопиялық ошағын ЭКГ-ның кеуделік тіркемелері бойынша, қарыншалық экстрасистолиядағыдай анықтайды.

Қарыншалық ПТ-ң ерекше түріне екі бағыттағы ұршық тәрізді тахикардия («пируэт») жатады, ол ұзарған Q-T аралығы синдромына тән.

Хаосты қарыншалық тахикардия (бірнеше эктопиялық қарыншалық ошақ болған жағдайда) барлық жағдайда дерлік қарыншалар фибрилляциясына көшеді.

● Қарыншалық ПТ



қарыншалық

тахикардиялардың айырықша белгілері

- Суправентрикулярлық ПТ Қарыншалық ПТ
- Жас Жыныс Басталуы мен соңы Жүректің жиырылу жиілігі Ырғақтылық Жүрек тондары Мойын веналарының пульсациясы Ұстаманың даму барысы Спастикалық несеп бөлу феномені Ішектің күшейген перистальтикасы Вагусты рефлекторлы стимуляциялау ЭКГ-дағы QRS Верапамилдың ұстаманы тоқтату әсері АТФ ұстаманы тоқтату әсері Лидокаинның ұстаманы тоқтату әсері Жастық жас басым Екі жыныс өкілінде бірдей Кенеттен болатын басы мен соңын науқас айқын ажыратады Әдетте 160/мин. жоғары Жүйелі ырғақтылық Екеуі де күшейген, кейде біреуі жарықшақтанған Жиі артериялық пульспен синхронды Көбіне жеңіл Тән Тән, ұлы дәретке «шақыру» сезімінің болуы Ырғақты сиретеді, не ұстаманы тоқтатады

Диагностикасы

- ЖҚА
- ЖЗА
- БХ анализ
- Куагулограмма
- ЭКГ
- ЭхоКГ

Қарыншалық ПТ

- егде ж/е қарттық жас Негізінен еркектерде Көбіне науқас байқамайды Әдетте 160/мин. жоғары емес Аздап ырғақсыздық болуы Мезгіл-мезгіл I «зеңбірек» дыбысты тон Сирек мезгіл-мезгіл биік толқындар байқалады Көбіне ауыр болмайды Әсері жоқ Кеңіген, деформацияланған болмайды

Емі

- Пароксизмальды тахикардияны емдегенде екі мақсат қойылады: а) ұстаманы тоқтату және қол жеткен нәтижені бекіту; б) пароксизмальды тахикардия қайталауының алдын алу.

Суправентрикулярлық пароксизмальдық тахикардияда: тахикардия ұстамасын тоқтатуды кезбе нервті рефлекторлы қоздыру әдістерін қолданудан бастайды:

- 1) Чермак-Геринг әдісі – каротид синусын кезекті массаж жасау, каротид синусі төменгі жақ бұрышының астында қалқанша шеміршегінің жоғары шетінің деңгейінде орналасқан. Осы аймақты омыртқаға қарай бағытталған қимылмен массаж жасайды. Сол жақ синустан бастаған жөн, массажды кезек жасайды, екі синусты бір мезгілде массаж жасауға болмайды.
- 2) Вальсальва әдісі – дауыс саңылауы жабық күйде сыртқа тыныстау сияқты қимыл жасау (күшену).
- 3) Мюллер әдісі – дауыс саңылауы жабық күйде демді ішке алу қимылын жасау.
- 4) Жұтқыншақты механикалық тітіркендіру – құсу рефлексін тудыру.
- 5) Алға қарай тез еңкею, ішті жұдырықпен ұру, бетке салқын су құю және т.б.

- АТФ венаға егіледі, дозасы 10-20 мг яғни 1% ертіндінің 1-2 мл (1-2 ампуласын) 3-5 с егу керек; әсері 1-2 мин. кейін білінеді. 3-5 минут сайын, дозасын 10 мг көбейтіп егуге болады, бірақ бір мезгілде егілетін дәрі дозасы 50 мг-нан аспауы керек.
- Изоптин (финоптин, верапамил 5-10 мг дозада венаға егіледі, яғни 0,25% ертіндінің 2-4 мл (1-2 ампуланы), баяу 30-40 с венаға егеді (ерітілмей егіледі). Әсері 1-5 мин. кейін білінеді. 5-10 минут сайын қайталауға болады. Барлық доза 60 мг аспауы керек.
- Алынған нәтижені жүрек гликозидтерімен (дигоксин, целанид) бекітеді. Дигоксин 0,025% ертіндісінің 2-4 мл венаға егіледі; изоланидтің 0,02% ертіндісінің 3-4 мл 5% глюкоза ертінді-сінің 15-20 мл-де немесе натрий хлоридының ертіндісінде ерітіліп, баяу, 3-5 мин. ішінде венаға егіледі

- қарыншалық ПТ-ны тоқтату. ПТ-ны тоқтатудың басы гемодинамика күйіне байланысты басталады. Кардиогендік (аритмогендік) шокта, жедел жүрек әлсіздігінде (жүрек тұншықпасы, өкпе шемені) электроимпульстік терапия (ЭИТ) қолданылады

- I саты препараттарына лидокаин, аймалин, новокаинамид жатады. Лидокаиннің кем дегенде 100-200 мг, яғни 2% ертіндісінің 5-6 мл-ін 5% глюкоза ертіндісінің немесе натрийдың изотониялық ертіндісінің 15-20 мл-інде ерітіп, 3-4 минут бойы венаға жібереді. Осы дозаны 20-30 минуттан кейін қайталауға болады. Қол жеткен нәтижені бекіту үшін (ПТ-ң ең жақын профилактикасы) лидокаинды полиглюкинге, декстранға немесе 5% глюкозаға қосып, 60-200 мг/сағ. жылдамдығымен тамшылатып тамырға егеді. Тәуліктік доза 2-3 г жетеді. Бұлшық етке егуге болады.

- Пароксизмальды қарыншалық тахикардияның ұстамасын тоқтатудың ІІ сатысында этмозин (2,5% ертіндінің 6 мл), этацизин (2,5% ертіндінің 2,4 мл), ритмилен (венаға ағынды түрде 2 мг/кг дозасында, бірақ 150 мг жоғары емес, 5-7 мин. бойы) қолданылады.
- ІІІ саты дәрілеріне кордарон және оның аналогтары жатады. Кордарон 300-400 мг (5% ертіндінің 6-9 мл) 30 с – 3 мин ішінде венаға ағынды егіледі. Сүйемел ем – кордаронның 300 мг 5% глюкозаның 250 мл қосып 1-2 сағат бойында венаға жіберіледі.

Қолданылған әдебиеттер

- Интернет желісі «Kaz Medic»
- «Ішкі аурулар» Б.С. Қалимурзина
- «Диагностика болезней внутренних органов Том2»
Окорков А.Н
- Клиникалық хаттамалар МЗ РК-2015