

ҚР ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ МИНИСТРЛІГІ

С.Д.АСФЕНДИЯРОВ АТЫНДАҒЫ
ҚАЗАҚ ҰЛТТЫҚ МЕДИЦИНА УНИВЕРСИТЕТІ



МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РК

КАЗАХСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ С.Д.АСФЕНДИЯРОВА

ЖАЛПЫ ДӘРІГЕРЛІК ТӘЖІРИБЕ КАФЕДРАСЫ

СӨЖ

АВТОМАТИЗМНІҢ БҰЗЫЛУЫНА БАЙЛАНЫССЫЗ СИСТОЛАЛАР МЕН ЫРҒАҚТАР

Орындаған: Абилкайр Е.С


Тексерген: Ногаева М.Г

Факультет: *Жалпы медицина*

Тобы: 12-021-01

Курс: V

Алматы 2016



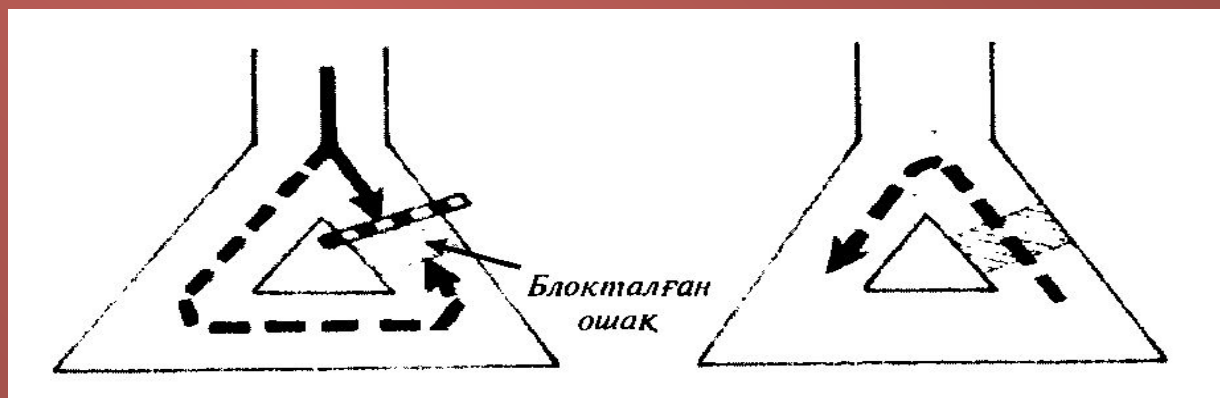
Бұл жағдайда қозу қуаты СА түйінінен басым эктопиялық ошақтар пайда болады. Мұндай белсенді ошақтар СА түйінін тежеп, жетекшілікті кейде өзіне алады.

Түрлері:

- Экстрасистолия;
- Пароксизмдік емес және пароксизмдік тахикардия;
- Жүрекшелердің дірілі және жыбыры;
- Қарыншалардың дірілі және жыбыры;
- Асистолия.

Қысқаша патогенезі:

ЭКГ ұғымы бойынша активті эктопиялық аритмия бір кірген импульстың, белгілі бір ошақта айналуынан болады («re entry» - қайтадан кіру механизмінен). Блок ошағы миокардтың барлық аймақтары қозып болып, рефрактерліктен шыққан кезде ғана қозады, өйткені импульс айналма жолмен келеді.



Импульс ілмекте бір немесе бірнеше айналып өтуі экстрасистолияға, ал шыр айналып жүруі пароксизмдік тахикардияға әкеледі.

Экстрасистолия

Этиологиясы:

- Функционалдық неврогенді күйлер: НЦД, вегетодистония.
- Экстракардиалдық рефлекторлық әсерлер: жүректің биіктеген диафрагмамен басылуы.
- Жүректің органикалық зақымы: миокардит, ЖИА, кардиомиопатия.

Гемодинамикадағы бұзылыстар: Жүрек кезектен тыс ерте қозғаннан қарыншалар қанға толып үлгермейді. Аорта қақпағы ашылмайды. Бүйрек қанайналымы жетіспейді. АҚ түседі. Компенсаторлық пауза ұзақтығынан айдау көлемі мол болады, көзге көрінетін тамырлар бүлк ете қалады.

Жүрекшелік экстрасистолия

ЭКГ – дағы көріністері:

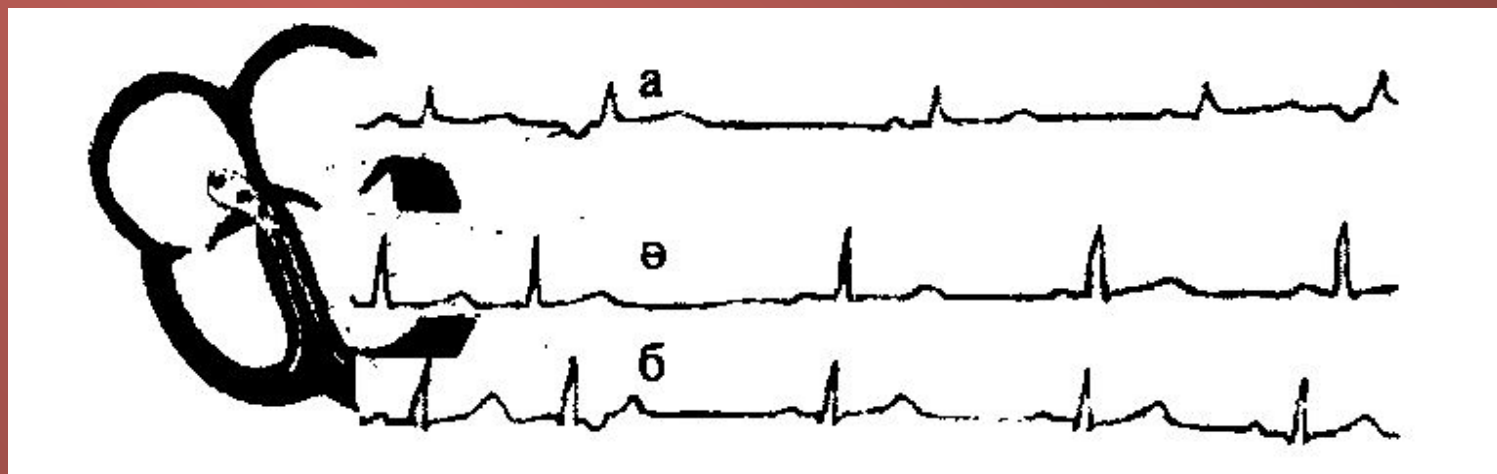
- Экстрасистола алдында R – R аралықтары қысқа, артындағысы ұзындау (толық емес компенсаторлық пауза)
- P тісше деформацияланған (жалпақтау, биіктеу, төмен, қос өркешті)
- QRST комплекс қалыпты; эктопиялық ошақ АВ түйінінен неғұрлым қашық орналасса, соғұрлым PQ аралығы ұзақ.



Жүрекшелік экстрасистола

Түйіндік экстрасистолия

Жүрекшелерге импульс ретроградты, қарыншаға антеградты бағытпен келеді. Осыдан P тісше әрдайым теріс, қарыншалық комплекстің пішіні қалыпты. Компенсациялық пауза толық болмайды.



а) Жоғары түйіндік экстрасистолияда P тісше QRS комплексінің алдында тұрады

ә) Ортаңғы түйіндік экстрасистолияда жүрекшелер мен қарыншалар бір уақытта қозады. Сондықтан экстрасистоланың теріс P тісшесі QRS комплексімен қабаттасып, визуальды айыруға келмейді.

б) Төменгі түйіндік экстрасистолияда қарыншалар жүрекшелерден бұрын қозады да, теріс P тісше қарыншалық комплекстен кейін орналасады.

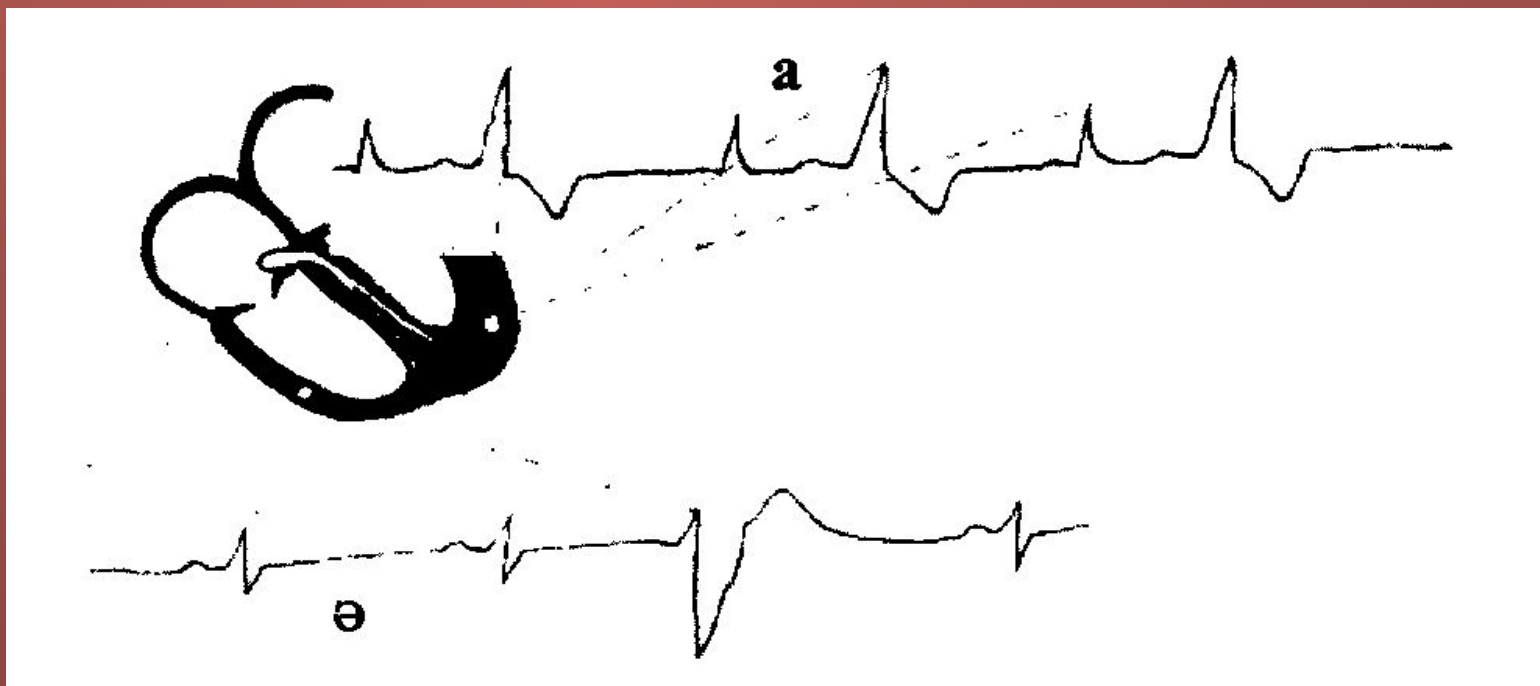
Қарыншалық экстрасистолия

Эктопиялық ошақ қарыншалардың өткізу жүйесінде орналасады(Пуркинье талшықтарында, Гис будасының аяқшаларында, тармақтарында)

1. Сол қарыншалық экстрасистолия – импульс ең алдымен сол қарыншаны қоздырып оң қарыншаға кештеу жетеді. ЭКГ көрінісі Гис будасының оң аяқшасының блогына ұқсас
2. Оң қарыншалық экстрасистолия – импульс ең алдымен сол қарыншаны, содан кейін оң қарыншаны қоздырады. ЭКГ көрінісі Гис будасының сол аяқшасының блогына ұқсас.

а) I, aVL, V5, V6 тіркемелерінде S тісше терең, жалпақ. T тісше ассиметриялы. III, aVF, V1, V2 – тіркемелеріндегі R тісше биік, жарықшақтанған және жалпақ.

ә) I, aVL, V5, V6 тіркемелерінде R тісше биік, жалпақ және жарықшақталған. T тісше теріс, ассиметриялы. III, aVF, V1, V2 – тіркемелеріндегі S тісше терең, жалпақ, иректелген.



Пароксизмдік тахикардия

Бұл кенет басталып, кенет аяқталатын, минутына 140-250-ге жиілікпен жүретін, дамуы эктопия ошағынан импульстердің «автомат оғын жаудырғандай» бірінен соң бірі жиі шығуынан болатын ұстамалы тахикардия.

Пайда болу механизмі:

- Қозу толқынының оралып кіруі («re-entry» механизмі), яғни шыр айналуы;
- Төменгі жетекші орталықтарының автоматизмдік қасиетінің күшеюі

Түрлері:

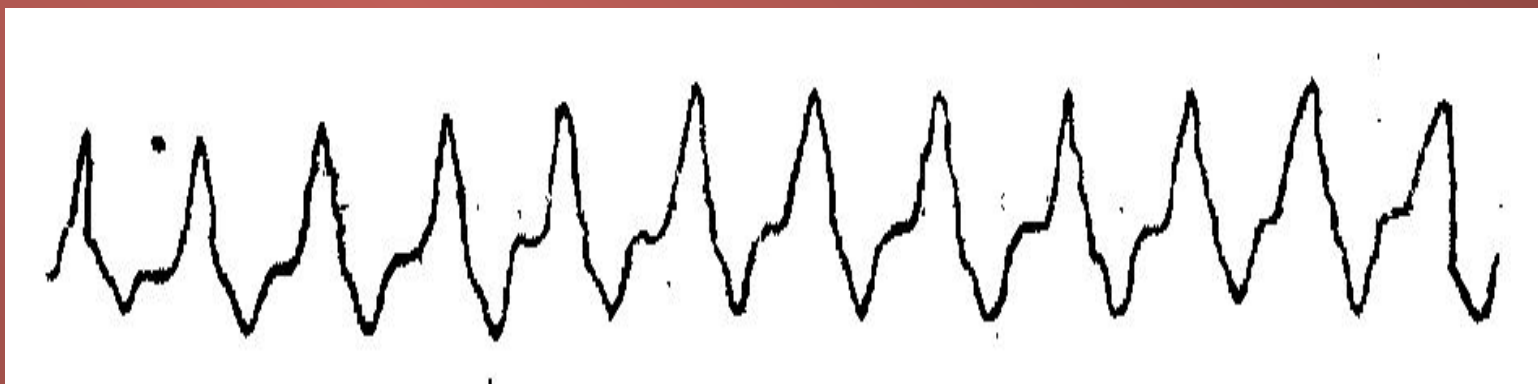
- Суправентрикулалық (Жүрекшелік, түйіндік)
- Вентрикулалық

Жүрекшелік және түйіндік пароксизмдік тахикардияны бір-бірінен P тісше арқылы айырады, ал T тісше мен P тісше қабаттасса, оларды айыру қиын. Сондықтан оларды біріктіріп, QRS комплексі жіңішке тахикардия деп атайды. Себебі қарыншалық комплекс деформацияланбаған.



Себептері: күшті эмоциялар, миға күш салу, гормондық өзгерістер(тиреотоксикоз, жүктілік, климакс, пубертаттық кезең); никотин, алкоголь, гипокалиемия, жүректің органикалық аурулары.

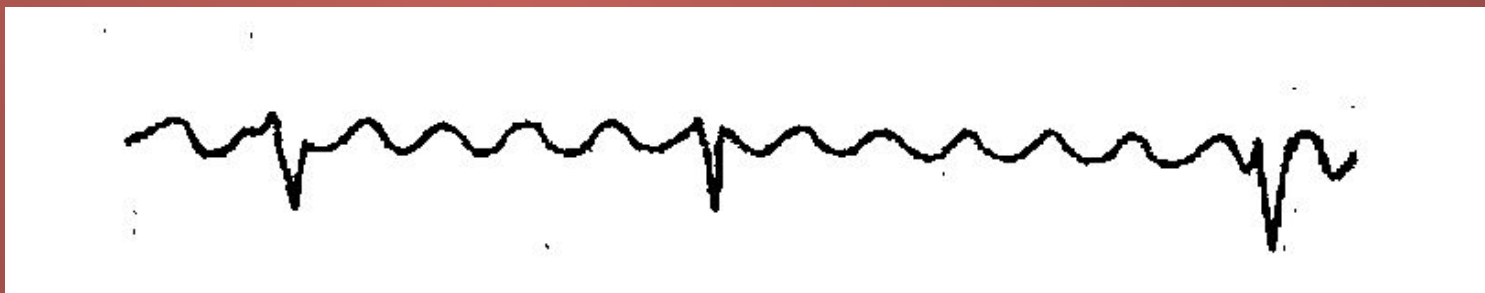
Гемодинамика гиподиастолияның есебінен қатты өзгеріске ұшырайды. Басты ағзалар ишемияға ұшырайды, үлкен және кіші шеңберде жүрекшелерде қанның іркілісі пайда болады. Асқынуы – аритмиялық кардиогенді шокқа алып келеді.



QRS комплексінің деформацияға ұшырауы.

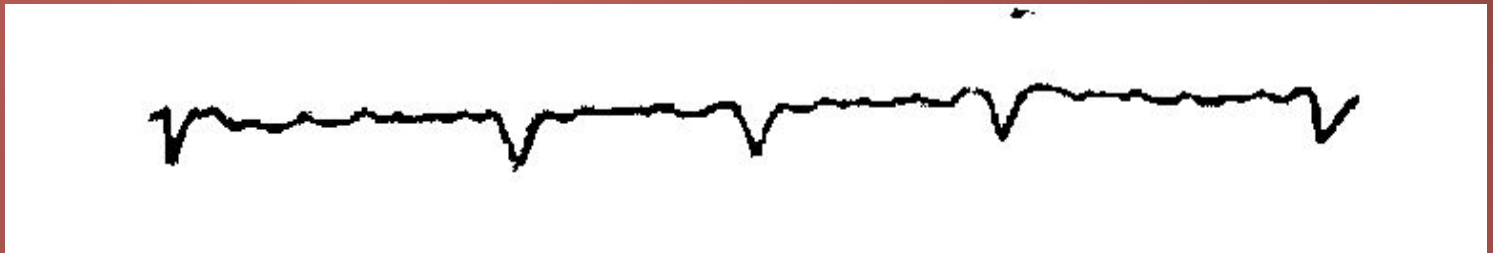
Жүрекшелер жыбыры мен дірілі

Жүрекшелер дірілі – өткізу жүйесі автоматизмінің күшеюіне байланысты жүрекшелердің минутына 250-400 жиілікпен жиырылуы. Функциялық АВ блокқа байланысты жүрекшелерден шыққан импульстің әр екіншісі, үшіншісі, төртіншісі немесе бесіншісі ғана қарыншаларға өтеді.



Изосызықта минутына 200-400 жиіліктегі F толқындар болады. Қарыншалық комплекстер қалыпты.

Жүрекшелер жыбыры – жүрекшелік бұлшықет талшықтарының өз бетінше бет алдыхаосты қозып жиырылуы, яғни жүрекшелердің бір уақытта тұтас қозуы мен жиырылуы болмайды (жиырылудың орнына жүрекшелердің беті жыбырлап тұрады)



ЭКГ белгілері:

- P тісшенің жоқтығы;
- P тісшенің орнына ұсақ жыбыр (F) толқындардың болуы (V1, V2, III, aVF тіркемелерінде анық көрінетін);
- R-R аралықтарының әртүрлілігі;
- F толқындардың QRS комплекстерінің әр жеріне қабаттасуынан, қарыншалық комплекстердің бір – бірінен сәл айырмашылығы.

Қарыншалардың дірілі

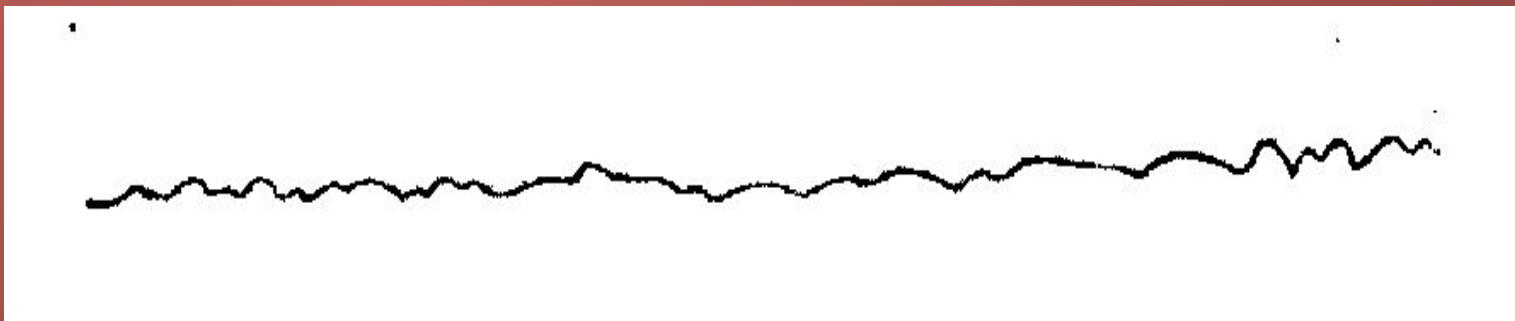
Қарыншалар дірілі – қарыншалардың белгілі бір ошағында импульстың шырайналуынан минутына 200-300 жиілікпен қозуы. Қозу толқыны бір бағытта ырғақты түрде айналады. Қарыншалар дірілі жыбырға ауысуы мүмкін.



ЭКГ – лық көрінісі – қарыншалар дірілінде бір – біріне ұқсас, ірі синусоидтар тіркеледі. Бұл толқындардың бойынан тішелерді айыру мүмкін емес.

Қарыншалар жыбыры(фибрилляциясы)

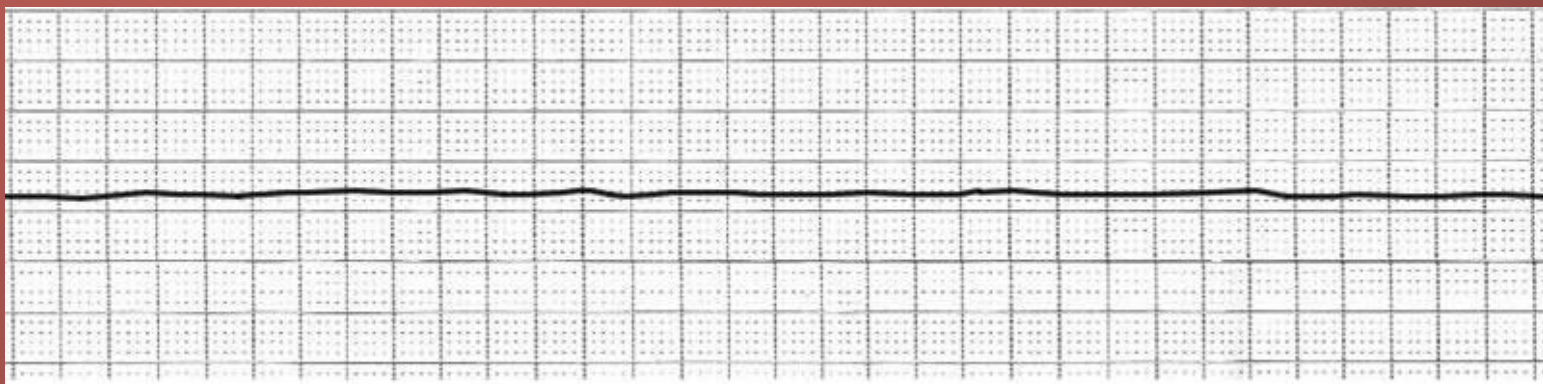
Қарыншалық бұлшықет талшықтарының ретсіз хаосты қозып жиырылуы. Импульс саны минутына 200-500 шамасында. Қозу толқынының бағыты үнемі өзгереді, сол себептен бұлшықет талшығы әркелкі ретсіз жиырылады.



ЭКГ – да амплитудасы мен биіктігі әртүрлі, ырғақсыз аласа толқындар болады. Қарыншалар фибрилляциясы асистолияға алып келеді, сол кезде ЭКГ-да тегіс сызық тіркеледі.

Асистолия

Қарыншалардың ұзаққа созылған фибрилляциясы нәтижесінде жүрек қызметінің тоқтауы мен биоэлектрлік активтіліктің жоқ болуымен бітетін үрдіс.



ЭКГ – да толқындардың бірізділікпен өтуі тән.



Ұйқы артериясынан пульсті тексеру. Пульс жоқ болса

Жүрек тұсын 1-2 рет қатты ұрып жіберіп ұйқы артериясындағы пульсты тексеру.

Дефибрилляторды дайындағанша жүректің массажын және ӨЖВ жүргізу

200 Дж қуаттылықпен дефибрилляция

300 Дж қуаттылықпен дефибрилляция

Веналық инфузияға дайындалу

Адреналин 0,5-1 мг вена ішіне жіберу

Трахеяны интубациялау

360 Дж қуаттылықпен дефибрилляция

Лидокаин 1 мг/кг вена ішіне жіберу

360 Дж қуаттылықпен дефибрилляция

Бретилий 5 мг/кг вена ішіне жіберу

360 Дж қуаттылықпен дефибрилляция