



Кафедра: Ішкі аурулар

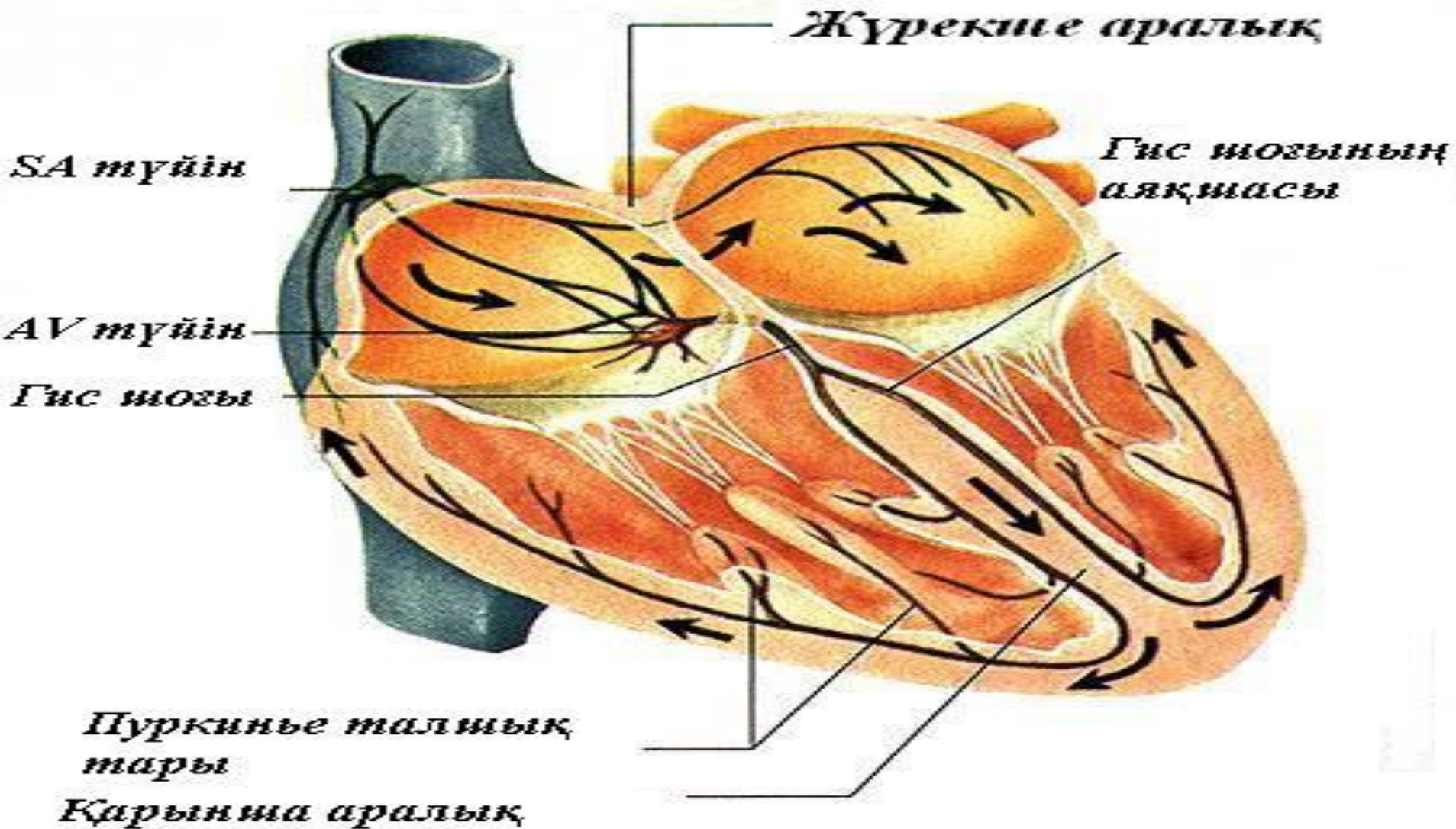
СӨЖ

**Тақырыбы: Пароксизмалды
тахикардия. Жүрекшелік
діріл**



Орындаған: Мұқай Р.А.
Факультет: Жалпы Медицина
Курс: 5
Топ: 049-1к
Қабылдаған: Ногаева М.Г.

Жүректің өткізгіш жүйесі



*Этиологиялық
фактор*

**Жүрек
өткізгіштігінің
бұзылысы**

**Жүрек
автоматизмінің
бұзылысы**

**Жүрек
қозғыштығының
бұзылысы**

Жүректік аритмиялар

Қозғыштығының бұзылысы нәтижесіндегі аритмия (триггерлік белсенділігінің артуы)

- 1. Экстарсистолиялар:
- А) пайда болу көзі бойынша: жүрекшелік, жүрекшеқарыншалық торап, қарыншалық
- Б) пайда болу көзі саны бойынша: монотопты, политопты
- В) пайда болу уақытына байланысты: ерте, интерполививирленген, кеш
- С) жиілігіне байланысты: жекелік (мин 5 рет), көптеген (мин 5 реттен жоғары), жұп, топтық
- Д) тәртіптілігі бойынша: тәртіпсіз, аллоритмия
- 2. Пароксизмальды тахикардия (жүрекшелік, АВ, қарыншалық)

Триггерлік белсенділіктің артуы—жүрек ет жасушаларында серпін туындауын “оталдыратын” не соған бастама беретін күштің артып кетуі. Ол серпін туындататын қосымша ошақтарды “эктопиялық ошақтар” деп атаймыз. Оларда өз бетінше диастолалық деполяризация дамуы не серпін туындауының артуы шекті қозу потенциалының – 60 мВ-тан азынан және жасуша мембраналарында иондық каналдардың қызметтері өзгерістерінен болады.

▣ **Экстрасистола** – *эктопиялық ошақта пайда болған серпіндердің әсерлерінен тұтас жүректің не оның жеке бөліктерінің кезектен тыс, мезгілсіз жиырылуы.*

□ Пароксизмальды тахикардия — қалыпты номотоптық ырғақты толық жоятын экстрасистолалар топтарының пайда болуының нәтижесінде дамиды. ЖСЖ мин 140-250 рет. (миокард ишемиясы, кардиосклероз, жүрек аневризмасы)

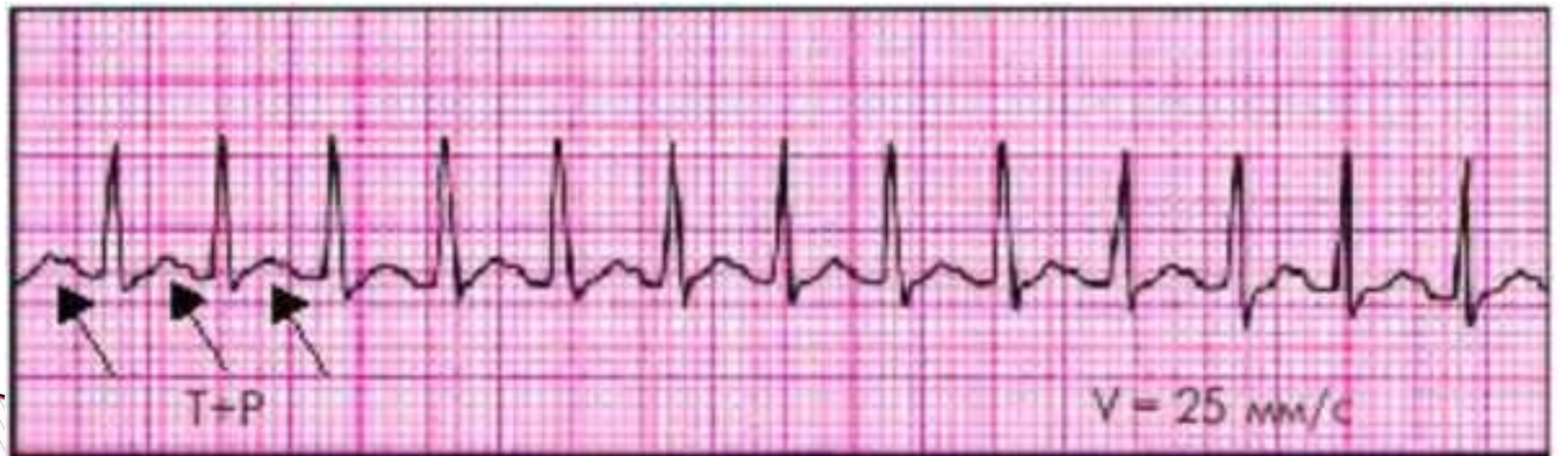


Қарыншалық тахикардия



*"жедел миокард инфаркты" диагнозымен науқас ЭКГсы
Жүрекше-қарыншалық диссоциация*

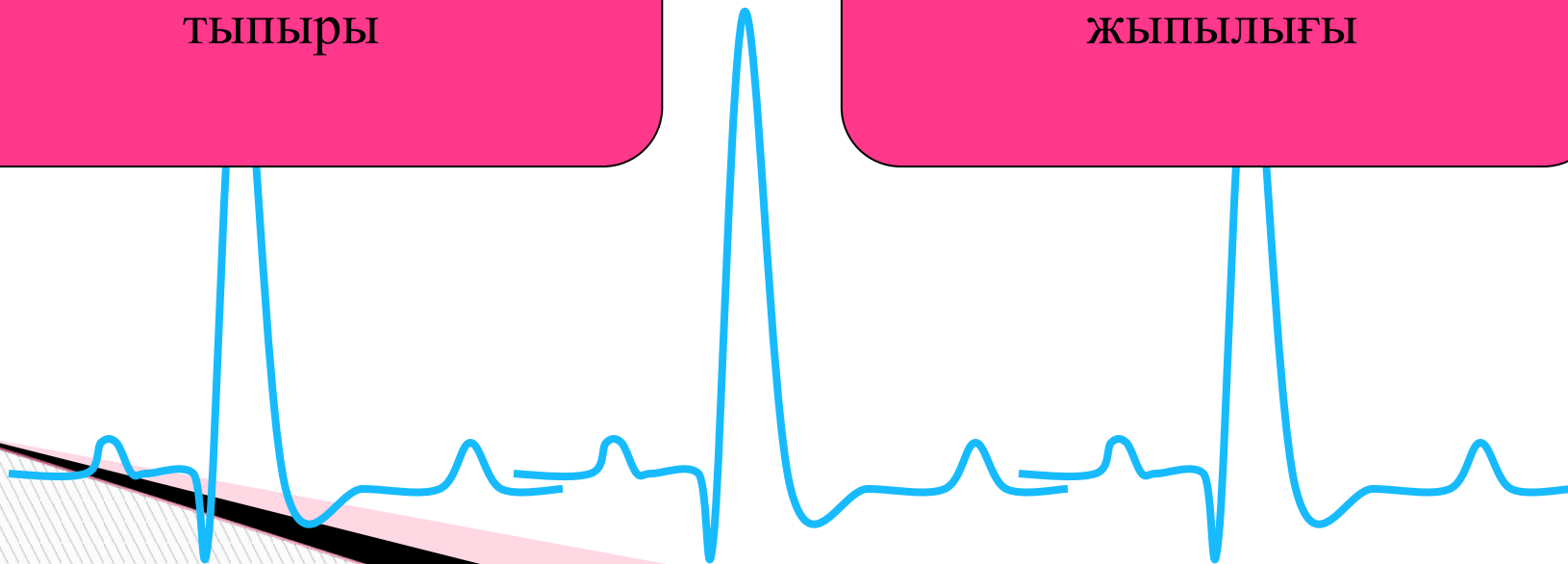
Пароксизмалды жүрекшелік тахикардия



Серпіндердің қалыптасуы мен өткізілуінің
біріккен бұзылыстарынан дамидын жүрек
аритмиялары

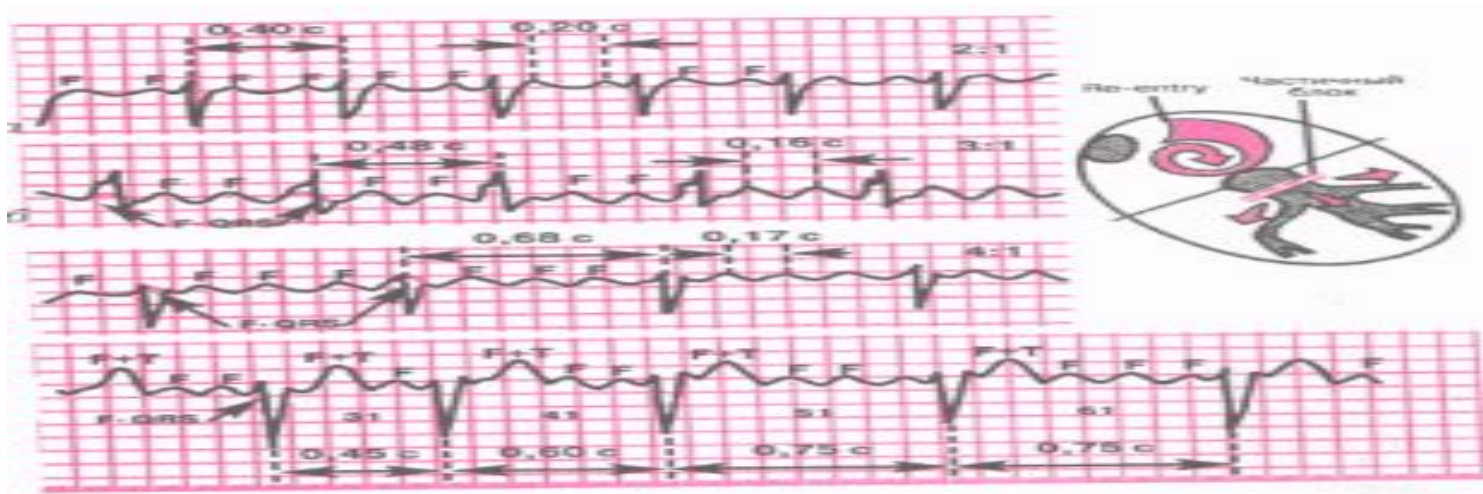
Жүрекше/қарынша
тыпыры

Жүрекше/қарынша
жыпылығы



Серпіндердің қалыптасуы мен өткізілуінің біріккен бұзылыстарынан дамидын жүрек аритмиялары

- Жүрекшелер тыпыры*** – олардың дұрыс ырғақпен өте жиі жиілікте, диастолалық үзіліссіз, дәрменсіз жиырылуы (жүрекше мин 220-400рет)



Гемодинамикасы ауытқымалы науқастың, ырғақ бұзылысын бағалауда және тасымалдауда ЭКГ мониторингтің ролі маңызды.

Аритмияны емдеу және бағалау екі бағыт бойынша жүргізіледі:

1. Науқастың жалпы жағдайы (тұрақты немесе тұрақсыз).
2. Аритмияның сипаты.

Шұғыл қолданылатын емнің үш варианты бар:

1. Антиаритмиялық дәрі-дәрмектер.
2. Электрлік кардиоверсия.
3. Ырғақ жүргізуші (пейсинг).

Тахикардия, емдеу алгоритмі

Жалпы шаралар:

1. 1мин.4-5 л. оттегі.
2. Көк тамыр арқылы дәрі құю.
3. ЭКГ- монитор.
4. Науқас жағдайының ауырлығын бағалау.
5. Электролитті баланстың кез келген бұзылысын түзеу.

Арнайы шаралар

1. Науқастың жағдайы тұрақсыз:

Қатерлі белгілердің болуы:

- ақыл-есі ауытқыған;
- кеудедегі ауыру сезімі;
- систолалық АҚ 90 мм Нг төмен болуы;
- жүректік жеткіліксіздік;
- қарынша ырғағы 1 мин 150 реттен артық.

Электроимпульсті терапияның әдістемесі

- премедикация жасау (оксигенотерапия, фентанил 0, 05 мг немесе промедол 10 мг венаға);
- медикаментоздық ұйқыға енгізу (диазепам 5мг венаға, 2мг әрбір 1-2 мин сайын ұйықтап кеткенге дейін);
- жүрек ырғағын бақылау;
- ұсынылған мөлшерде ЭИТ жүргізу;
- әсері жоқ болса - ЭИТ – ны қайталап, энергия разрядын екі еселеу;
- әсері жоқ болса – көрсетілген аритмияға қарсы антиаритмиялық препарат енгізу;
- әсері жоқ болса – максимальды разрядпен ЭИТ-ны қайталау.

Кең комплексті QRS немесе жүрекше фибрилляциясы кезінде 200 дж. Монофазалық шоктан баста немесе 120-150 дж. Бифазалы шоктан баста.

Жүрекше тыпыры мен ретті тар QRS комплексті тахикардия кезінде кардиоверсияны монофазалы 100 дж немесе 70-120 дж бифазалы шоктан басқа.

Интубация аппараттары қосымша электро-сорғыш науқастың жанында дайын тұруы қажет.

1. 200, 300, 360 дж разрядты кардиоверсия.
2. Амиодарон 300мг венаға 10-20 мин ішінде.
3. 360 дж разрядтан бастап шокты қайталау.
4. 24 сағ ішінде 900 мг амиодаронды венаға тамшылатып енгізу.

2. Науқастың жағдайы тұрақты

ЭКГ талдауында, QRS комплексті ені мен реттілігі бағаналады:

- QRS 0,12 сек – жоғары - кең комплексті;
- QRS 0,12 сек – аз тар комплексті.

1. Кең ретті QRS комплексін қарыншалық тахикардия деп есептейміз:

- Венаға амиодарон 300 мг 10 – 20 мин ішінде;
- Амиодарон 900 мг 24 сағат ішінде;
- Тар комплексті тахикардия кезіндегідей тармақша блокадасымен жүретін айқын суправентрикулярлы тахикардия кезінде венаға аденозин енгізу.

2. Кең, ретсіз QRS комплексі (көмекке қарқынды терапияны немесе реанимациялық эксперт бригаданы шақыру) болатын бұзылыстар:

- Шоғырдың блокадасымен жүретін жүрекше фибриляциясы);
- Экстрасистолиямен болатын жүрекше фибрилляциясы - амиодарон қолдануды ойлан;
- Полиморфты қарыншалық тахикардия, Torsade de Pointes – венаға 2 г магний сульфаты 10 минут ішінде.

3. Ретті тар QRS комплексі:

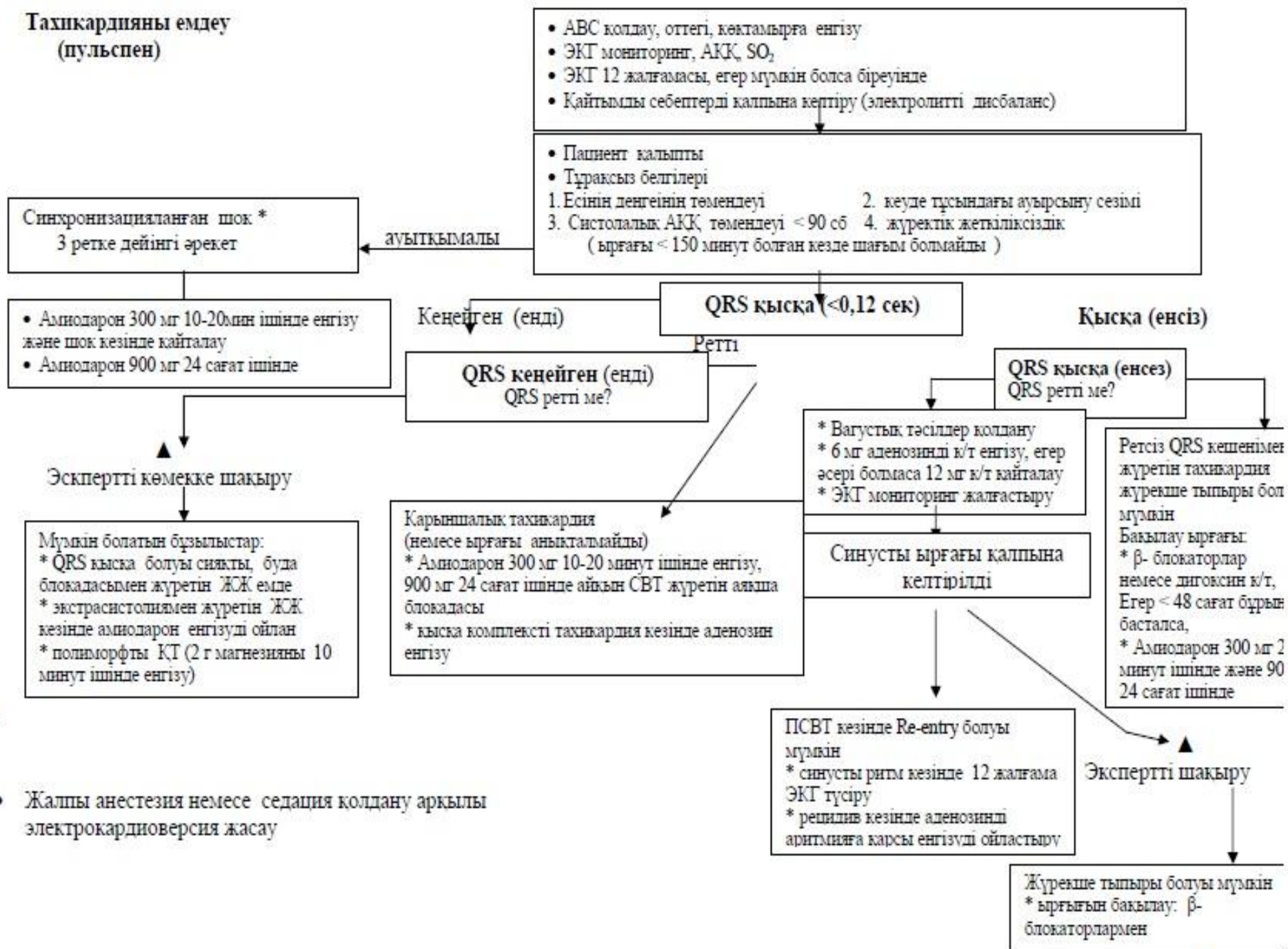
- Вагусқа әсер ету тәсілін қолдан (күшену сынағы, демін шығармай ұстап тұру, Вальсва тәсілі немесе альтернативті әдістер қолдану – бір жақ каротит синусын басу немесе шприцтің поршенін күштеніп үрлеп шығару әдісі).

- аденозин 6 мг тез венаға енгізу;
- әсері болмағанда -12мг– аденозин венаға енгізу;
- ЭКГ - мониторингты жалғастыру;
- егер синустық ырғақ қалпына келсе, онда ол ПСВТ болуы мүмкін, сондықтан ЭКГ синустық ырғақтағы 12-жалғамды жазу керек, ПСВТ рецидивінде тағы да 12 мг аденозин енгізу қажет, аритмияның алдын алу үшін альтернативті заттардың біреуін таңдау қажет;
- егер синустық ритм қалпына немесе онда эксперт көмегі қажет, стационарлық жағдайда ырғақты β -блокаторлармен бақылау қажет.

4. Тар QRS комплексті ретсіз тахикардияда – жүрекше фибриляциясы болуы мүмкін:

- ырғақты β -блокаторлармен бақылау;
- немесе дигоксин, егер тахикардия 48 сағат бұрын басталса;
- амиодарон 300 мг әр 20 - 60 мин. сайын к\т;
- ары қарай амиодарон 900 мг 24 сағ ішінде;
- маман кеңесі.

Тахикардияны емдеу (пульспен)



Негізгі дәрі-дәмектер тізімі:

1. *Амиодарон (кордарон) 150 мг 3мл, амп.
2. *Магния сульфат 25% 5мл, амп.
3. *Дигоксин 0,25% 1 мл, амп.
4. *Аденозин (АТФ) 1% 1 мл , амп.
5. *Натрий хлориді 0,9% 500 мл, фл.

Қосымша дәрі-дәмектер тізімі:

1. *Фентанил 0,005% 2 мл, амп.
2. *Промедол 2% 1 мл, амп.
3. *Диазепам 0,5% 2 мл, амп.
4. *Пропранолол (обзидан) 0,1% 10 мл, амп.

Ем тиімділігінің индикаторлары:

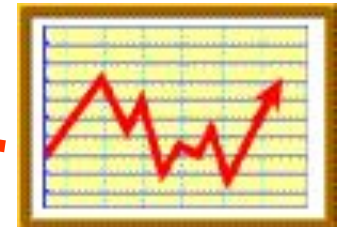
- Жүрек ырғағы бұзылысы реттелуі;
- Немесе жүрек жиырылу саны реттелуі;
- Гемодинамиканың тұрақтануы.

Фармакологиялық кардиоверсия ретінде антиаритмиялық препараттар қолданылады:

- амиодарон 5-7 мг/кг - в/в инфузия за 30-60 мин (15 мг/мин);
- ибутилид 1 мг - в/в введение за 10 мин (при необходимости повторное введение 1 мг);
- новокаинамид 1-1,5 г (до 15-17 мг/кг) - в/в инфузия со скоростью 30-50 мг/мин;
- пропафенон 1,5-2 мг/кг - в/в введение за 10-20 мин;
- флекаинид 1,5-3 мг/кг - в/в введение за 10-20 мин.

Қорытынды

- Жүрек аритмияларын емдеу негіздері:
- Жасуша мембраналары арқылы натрий, калийдің артық енуін тежеу (новокаинамид, хинидин)
- Бета адренорецептор тежегіштері (обзидан)
- Антиоксиданттар, фосфоорилаза белсенділігін төмендететін дәрі-дәрмектер
- Жүрек жыпылығын емдеу үшін жүрек арқылы қуатты электр ағымын өткізу негізінде дефибриляция әдісі қолданылады.
- Кардиостимулятор қою



Пайдаланылган әдебиеттер

- Medkarta.com
- **Сумин С.А. Неотложные состояния. — Медицинское информационное агентство, 2006. — 800 с.**
- **Внутренние болезни: в 2 т./под ред. А. И. Мартынова. М.: ГЭОТАР — Медиа, 2005. Т. 1. — с.249**
- **Gollob MH, et al, 2001, N. Engl. J. Med. 344: 1823-1831.**