

«АСТАНА МЕДИЦИНА УНИВЕРСИТЕТІ» АҚ «КАРДИОЛГИЯ» КАФЕДРАСЫ

ТАҚЫРЫБЫ: АРИТМИЯ ФИБРИЛЛАЦИЯСЫ,
ТРЕПИТАНИЯ ДИАГНОСТИКАСЫ, КЛИНИКАСЫ,
ЕМІ

Орындаған: Құрақбаев Ә.Ж

Тексерген:

Топ - 417 ЖМ

Астана -2015

ЖОСПАР:

Кіріспе

Негізгі бөлім

- 1. Аритмия**
- 2. Жүрекшелер фибриляциясы**
- 3. Қарыншалар фибриляциясы**

Қорытынды

Пайдаланылған әдебиеттер

КІРІСПЕ

Аритмиялар — ырғақ бұзылыстары Ырғақ бұзылыстарының түрлері: импульстің түзілу бұзылыстары; өткізудің бұзылысы (блоктар); импульстің түзілуі мен өткізудің бұзылыстары. Импульс түзілуінің бұзылыстары

Патология кезінде жүректің жүрекшелері немесе қарыншаларының бұлшықеттерінің өзіндік бір күйін бақылауға болады. Ол жүректің дірілдеуі (қалтырауы) және жыпылықтауы деп аталады (фибрилляция). Осы кезде жүрекшелердің не қарыншалардың бұлшықетті талшықтарының өте жиі және асинхронды жиырылулары орындалады- минутына 400-ге дейін (дірілдеу, қалтырауы кезінде) және 600-ге дейін (жыпылықтауы кезінде). Фибрилляцияның басты айрықша белгісі жүректің берілген бөлігінің жеке бұлшықетті талшықтарының біруақытта жиырылмауы. Осындай жиырулар кезінде жүрекшелер немесе қарыншалар бұлшықеттері қанның ығыстырылуын жүргізе алмайды. Адамда қарыншалар фибрилляциясы егер оны тоқтату үшін шаралар жылдам қабылданбаса, өлімге әкеліп соғады

НЕГІЗГІ БӨЛІМ

Аритмиялар — ырғақ бұзылыстары Ырғақ бұзылыстарының түрлері: импульстің түзілу бұзылыстары; өткізудің бұзылысы (блоктар); импульстің түзілуі мен өткізудің бұзылыстары. Импульс түзілуінің бұзылыстары:

Аритмия этиологиясы :Қозу процесінің бұзылысына әкелуі мүмкін себептер: психогендік немесе рефлекторлық әсерлерден функциялық өзгерістер; органикалық өзгерістер, мәселен ЖИА, жүрекке гемодинамикалық күш салынуына және гипертрофияға әкелетін гемодинамикалық бұзылыстар; жүректің біріншілік аурулары (миокардиттер, кардиомиопатиялар); улардың әсерлері (мәселен адреналиннің, жүрек гликозидтерінің, қою кофе мен шайдың, инфекциялық улардың т.б.); гормондардың әсері (диффузды уытты жемсау, микседема, феохромоцитома, жүктілік, менструация, климакс, т.б.); электролиттік бұзылыстар, мәселен гипер- немесе гипокалиемия; жүректі механикалық тітіркендіру немесе жарақаттау (жүрекке катетер салу, операция жасау, басқа жарақаттар); жүректің туа кемістіктері (туа біткен АВ блок, WPW-синдром)

Импульс түзілуі бұзылыстарының жіктемесі:

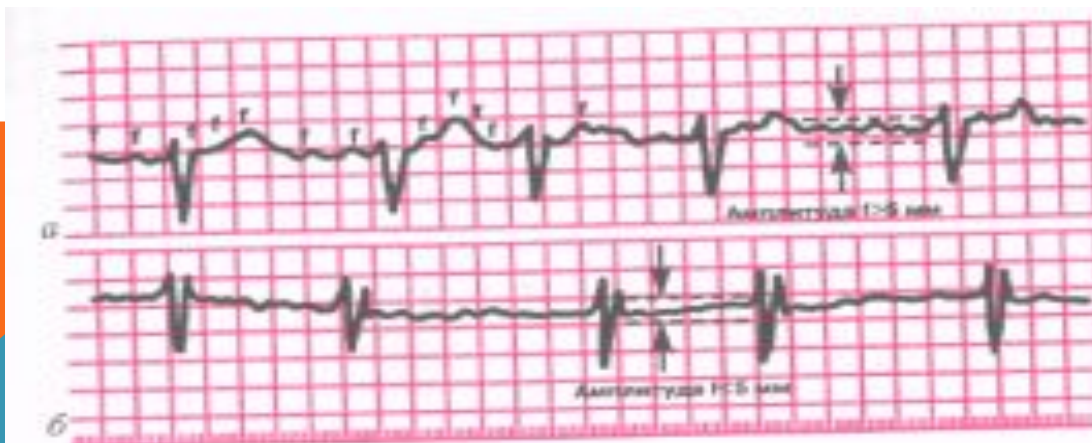
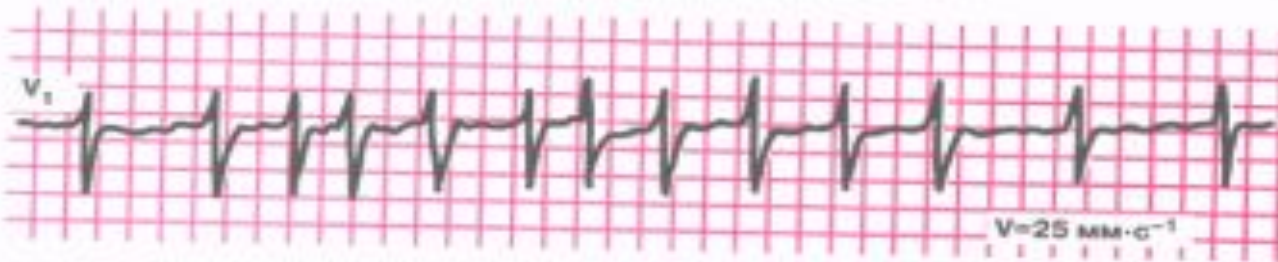
- I. Номотоптық бұзылыстар (импульстің СА түйінінде түзілу бұзылыстары): 1) синустық тахикардия; . 2) синустық брадикардия; 3) синустық. аритмия; 4) синус түйінінің тоқтауы (sinus arest).**
- II. СА түйінінен тыс гетеротоптық (эктопиялық) импульстің түзілуі. I.Пассивті (орынбасар) ырғақтар мен комплекстер: а) жүрекшелік; ә) түйіндік; б) көшпелі суправентрикулалық ырғақ жетекшісі; в) қарыншалық (идиовентрикулалық). 2 Активті (эктопиялық) систолалар мен ырғақтар: 1) жүрекшелік жүрекшелік экстрасистолия; жүрекшелік пароксизмдік тахикардия; жүрекшелер дірілі; жүрекшелер жыбыры. 2) түйіндік түйіндік экстрасистолия; түйіндік пароксизмдік тахикардия. 3) қарыншалық қарыншалық экстрасистолия; қарыншалық пароксизмдік тахикардия; қарыншалар дірілі; қарыншалар жыбыры (фибрилляция).**

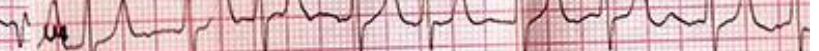
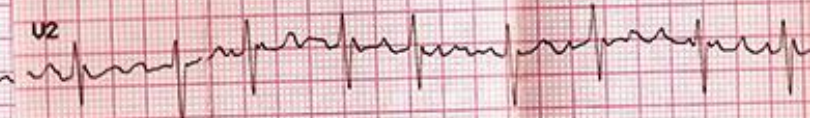
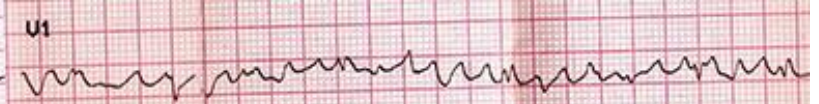
Жүрекшелер дірілі мен жыбыры.

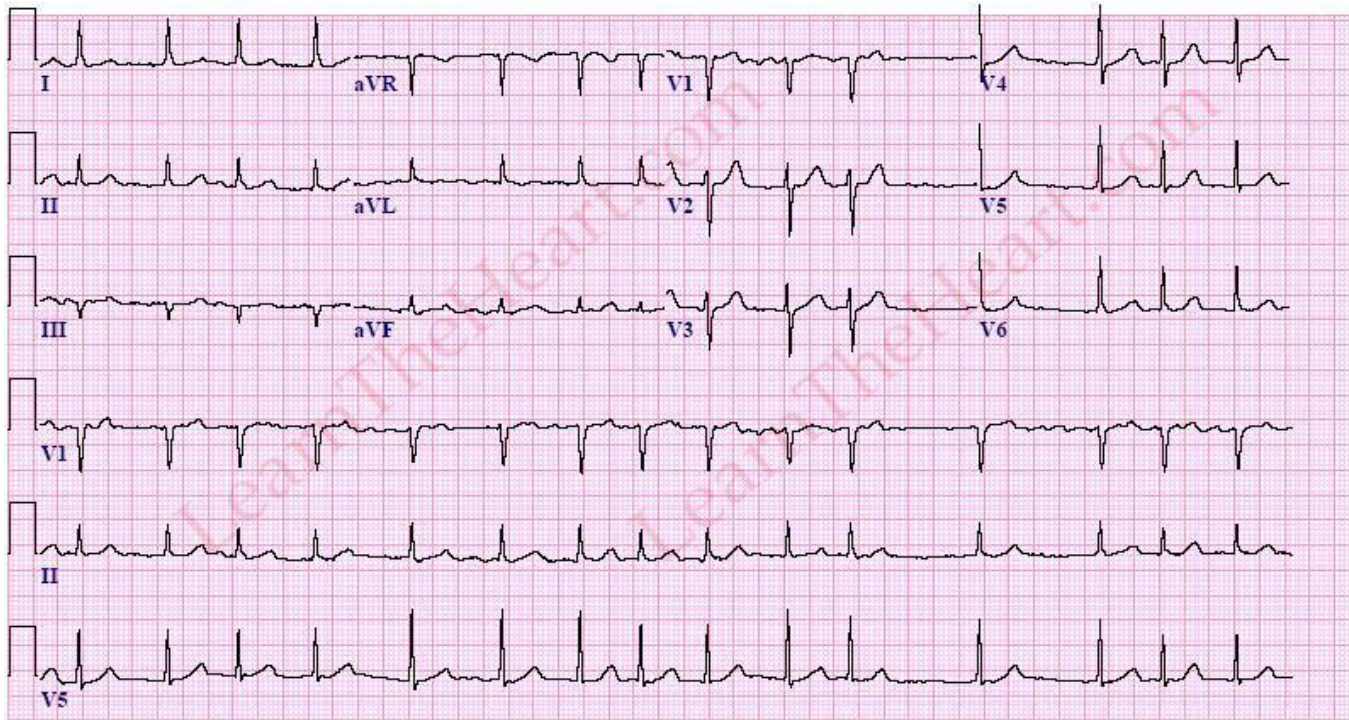
Жүрекшелер дірілі — өткізу жүйесі автоматизмінін күшеюінен немесе re-entrey механизміне байланысты жүрекшелердің минутына 250-400 жиілікпен жиырылуы. Оның ырғақты және ырғақсыз түрлерін айырады. Функциялық АВ блокқа байланысты жүрекшелерден шыққан импульстің әр екіншісі, үшіншісі, төртіншісі немесе бесіншісі ғана қарыншаларға өткізіледі. ЭКГ-лық көрінісі Изосызықта минутына 200-400 жиіліктегі ірі F толқындар болады. Қарыншалық комплекстер қалыпты, олардың аралықтары ырғақты түрінде бірдей, ал ырғақсыз түрінде — әртүрлі. Жүрекшелер жыбыры немесе жыбыр аритмияэктопиялық ошақтардың көптігінен жүрекшелік бұлшықет талшықтарының әр тобы өз бетінше хаосты қозып жиырылуы, яғни жүрекшелердің бір уақытта тұтас қозуы мен жиырылуы болмайды (жиырылудың орнына жүрекшелердің беті жыбырлап тұрады). Түзілген импульстердің саны минутына 300-700 шамасында. Оларң кейбіреулері ғана қарыншаларға өте алады. Сондықтан қарыншалардың жиырылуы минутына 90-200 аспайды, көбіне 90-140 және ырғақсыз. Жүрек соғу санына қарай жыбыр аритмияны нормосистолиялық тахисистолиялық және брадисистолиялық түрлеріне айырады

Жүрекшелер жыбырының электрокардиографиялық белгілері:

Р тішшенің жоқтығы; Р тішшенің орнына ұсақжыбыр (f) толкііндарының болуы (V1 V2 III және AVF тіркемелерінде анық көрінетін); R-R аралықтарының әртүрлілігі; f толқындардың QRS комплекстерінің әр жеріне кабаттасуынан, карыншалық комплекстердің бір-бірінен сәл а







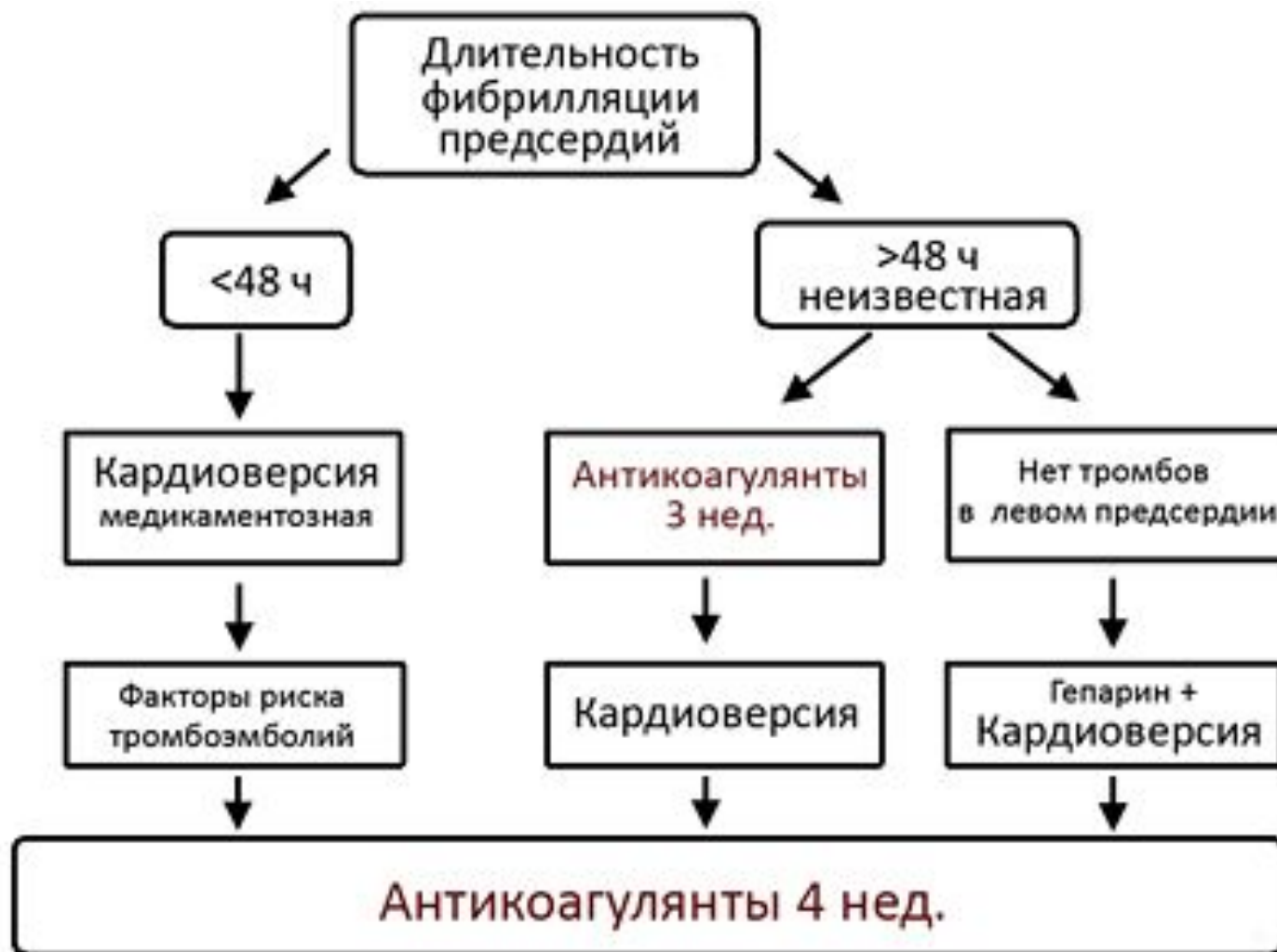
25mm/s 10mm/mV 40Hz 005C 12SL 254 CID: 27

EID:608 EDT: 15:33 25-OCT-2003 ORDER:

Жыбыр аритмияның : өтпелі (пароксизмдік) және тұрақты түрлерін айырады.

ЕМІ

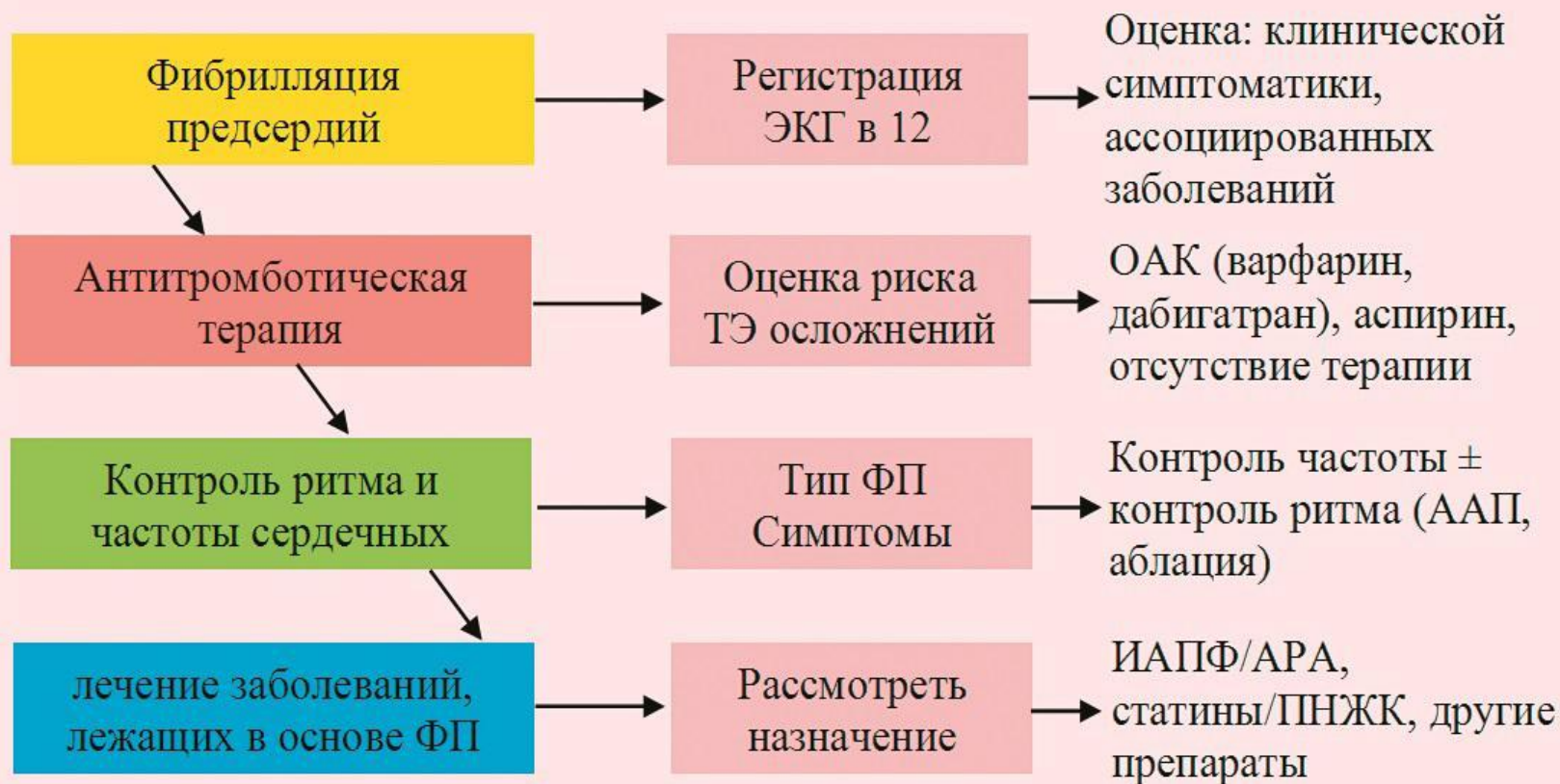
Ем жобасы осыған орай түзіледі. Пароксизмдік түрінде жүрек гликозидтері — дигоксин, строфантин, коргликон және калий дәрмектері беріледі немесе аймалин 2,5% — 2 мл вена ішіне, кордарон, обзидан, изоптин 5-10 мг вена ішіне салынады, болмаса хинидин 0,2 г 3 сағат сайын (тәулігіне 1-1,2 г) ішке беріледі. Ұзаққа созылған ұстамада электрлік дефибрилляция жасалынады. Ұзақтығы бір жылдан аспаған түрінде алдымен дәрмектік дефибрилляцияны жасап көреді (хинидинмен немесе кордаронмен), бұдан әсер болмаса — электрлік дефибрилляция жасалады. Ұзақтығы 2 жыл шамасындағы тұрақты түрінде бірден электрлік дефибрилляцияны жасайды. Жыбыр аритмия дефибрилляцияға берілмесе, онда оны жүрек гликозидтерімен нормосистолиялық күйіне келтіріп ұстайды. Жыбыр аритмияның ұзақтығы 2 жылдан асқан тұрақты түрінде дефибрилляцияны жасамастан, ЖСС дәрмектердің көмегімен (гликозидтер, β -адреноблокаторлар, кордарон) нормосистолиялық деңгейге келтіріп ұстайды. Коррекцияға келмейтін тахисистолиялық түрінде хирургиялық ем жасалады — алдымен АВ қосындысын деструкциялап, содан кейін кардиостимуляторды орнатады



Тактика ведения пациентов с ФП



Жүрекше фибриляциясы кезінде



**Рецидив
Пароксизмальной ФП**

**Минимум или
нет симптомов**

Антикоагулянты и
контроль ЧСЖ,
если необходимо

**Никаких лекарств для
профилактики ФП**

**Калечащие
симптомы при ФП**

Антикоагулянты и
контроль ЧСЖ,
если необходимо

**Антиаритмическая
терапия**

Қарыншалардың дірілі және жыбыры (фибрилляциясы)

Қарыншалар дірілі — қарыншалардың белгілі бір ошағында импульстің re-entri механизмімен шыр айналуынан 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, ырғақты ірі синусоидтар тіркеледі. Бұл толқындардың бойынан тісшелерді айыру мүмкін емес. Қарыншалар жыбыры (фибрилляциясы) — қарыншалық бұлшықет талшықтарының ретсіз хаосты қозып жиырылуы. Импульстер саны минутына 200-500 шамасында. Қозу толқынының бағыты үнемі өзгереді, сол себептен бұлшықет талшықтары әркелкі ретсіз жиырылады. Қарыншалар жыбырында ЭКГ-да амплитудасы мен биіктігі; әртүрлі, ырғақсыз аласа толқындар болады (41-сурет). Қарыншалар фибрилляциясы асистолияға алып келеді, сол кезде ЭКГ-да тегіс сызық тіркеледі. Қарыншалар дірілі мен жыбырында жүрек соғу көлемі күрт азайып нольге теңеседі.

Артериялық қысым төмендейді, пульс жойылады, қан ағымы тоқтайды, жүрек тондары естілмейді. Әдетте, наукас 10-20 с кейін есінен айырылады, 40-50 с кейін құрысулар пайда болады. Терінің түсі басында ақшыл-сұр, кейін көгере түседі. Көз қарашықтары кеңиді, жарыққа реакциясы жойылады.

Дер кезінде көмек көрсетілмесе науқас 4-5 минуттар шамасынада жан тапсырады. Сонымен, қарыншалар фибрилляциясы клиникалық өлім болып табылады. Мұндай жағдайда электрлік дефибрилляция тез жасалуы тиіс

Дефибриллятор болмағанда науқасты қатты төсекке, төсек жұмсақ болса еденге түсіріп, басын шалқайтып, аяқтарын сәл биіктетіп жатқызады да (миына қан келтіру үшін), төстің томенгі аймағын жұдырықпен 1-2 рет қатты ұрып жібереді. Бұдан әсер болмаса, өкпенің жасанды вентиляциясын және жүректің тікелей емес массажын жасайды, вена ішіне адреналиннің 0,1% 1 мл ерітіндісін 10 мл физиологиялық ерітіндіге қосып салады. Венаға түсе алмағанда оны жүрек ішіне салады, 400 Дж қуаттылықпен дефибрилляция жасалады. Адреналин фибрилляция толқындарын ұлғайтып, электрлік дефибрилляцияға сезімталдықты арттырады. Бұдан әсер болмаса, жасанды вентиляция мен массажды үзбестен, вена немесе жүректің ішіне 50-75 мг лидокаин салынады, 360 Дж қуаттылықпен дефибрилляцияны 2-4, кейде 10 ретке дейін қайталайды

. Қарыншалар фибрилляциясында жүргізілетін әрекеттердің алгоритмі (Американдық кардиологтар ассоциациясының ұсынысы бойынша):

Ұйқы артерияларындағы пульсті тексеру. Пульс жоқ болса. ↓ Жүрек тұсын 1-2 рет қатты жұдырықпен ұрып жіберіп ұйқы артериясындағы пульсті қайтадан тексеру. Егер пульс болмаса. ↓ Дефибриляторды дайындағанша жүректің жанама массажын және өкпенің жасанды вентиляциясын жүргізу. ↓ Мониторда аритмияның түрін анықтап алу (қарыншалық фибрилляция немесе қарыншалық тахикардия екендігін, өйткені қарыншалық тахикардияның пульсі жоқ түрі де осылайша емделеді). ↓ 200 Дж қуаттылықпен дефибрилляция ↓ 200-300 Дж қуаттылықпен фибрилляция ↓ Егер пульс болмаса — жанама массаж, жасанды вентиляция ↓ Веналық инфузияға дайындалу ↓ Адреналин 0,5-1 мг вена ішіне ағызы жіберу ↓ Трахеяны интубациялау ↓ 360 Дж қуаттылықпен дефибрилляция ↓ Лидокаин 1 мг/кг вена ішіне ағызып жіберу ↓ 360 Дж қуаттылықпен дефибрилляция ↓ Бретилий 5 мг/кг вена ішіне ағызып жіберу ↓ Натрий бикарбонаты 4% ерітіндісінің 1 мл/кг әр 10 минут сайын ↓ 360 Дж қуаттылықпен дефибрилляция ↓ Бретилий 10 мг/кг вена ішіне ағызып ↓ 360 Дж қуаттылықпен дефибрилляция ↓ Брегиллий немесе лидокаинды қайталау ↓ 360 Дж қуаттылықпен дефибрилляция





ПАЙДАЛАНЫЛҒАН ӘДЕБИЕТТЕР:

Б.Қалимұрзина «Ішкі аурулар» Алматы, 2010. 208-209 б

А.Ж Нұрмақов «Хирургиялық аурулар» Алматы, 2006

Г.Х Эберт «кардиология, диагностика»

Б.Г Искандеров «кардиология»

Ғаламтор мәліметтері

Назарларыңызға рахмет

