

**L/O/G/O**

**ҚР ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ МИНИСТРЛІГІ  
С.Д.АСФЕНДИЯРОВ АТЫНДАҒЫ  
ҚАЗАҚ ҰЛТТЫҚ МЕДИЦИНА УНИВЕРСИТЕТІ**



**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РК  
КАЗАХСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ  
УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ С.Д.АСФЕНДИЯРОВА**

*Кафедра: Ішкі аурулар*

# Презентация

*Тақырыбы: Экстрасистолиялар*

*Тексерген: Сапарбаева М.М  
Дайындаған: Нурланқызы Асель  
Топ: 032-2к*



*Алматы 2016 жыл*

# Жоспар:

- Кіріспе
- Негізгі бөлім
- Экстрасистолия дегеніміз:
- Этиологиясы
- Классификациясы
- Клиналық көрінісі
- Емі
- Пайдаланылған әдебиеттер
- Қорытынды



# Кіріспе:

**Экстрасистолия (ЭС)** – жүректің немесе оның бөліктерінің мезгілінен бұрын қозуы және жиырылуы. Экстрасистолия – аритмияның ең жиі түрі.

**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.



# Этиологиясы:



- *Себептеріне қарай :*
- ✓ Функциональдық
- ✓ Органикалық
- ✓ Токсикалық (улану себепті) түрлерін бөледі.
- ❖ **Функциональдық (дисрегуляторлық) экстрасистолиялар :**
- ✓ **Гиперадренергиялық экстрасистолия** неврозда, эмоциональдық стрес-терде, кейбір әсерлерге (кофеин, никотин) үстеме сезімталдық болғанда туындайды. Көбіне тахикардия фонында кездеседі (тахи - тәуелді ЭС).
- ✓ **Вагустық немесе нейрорефлекторлы ЭС** парасимпатикалық нерв жүйесі тонусының рефлекторлы көтерілгенінде (ұйқы, тамақ қабылдау, іш қуысы органдарының патологиясы т.б.) пайда болады, негізінен брадикардия фонында кездеседі (бради - тәуелді ЭС). ЭС сау адамдарда да болады.
- ❖ **Органикалық ЭС** миокардтағы терең морфологиялық өзгерістер нәтижесінде (ЖИА, АГ, жүрек ақаулары, миокардиттер, кардиомиопатиялар, қан айналысы жетіспеушілігі т. б.) туындайды.
- ❖ **Улану текті (токсикалық) ЭС** қызба күйлерде, дигиталиспен уланғанда, маскүнемдікте, антиаритмиялық препараттар әсерінен пайда болады.
- ❖ **Механикалық тітіркендіру** – катетр енгізу немесе жарақаттар

## *Экстрасистолия салдарынан туындайтын гемодинамикалық бұзылыстар*

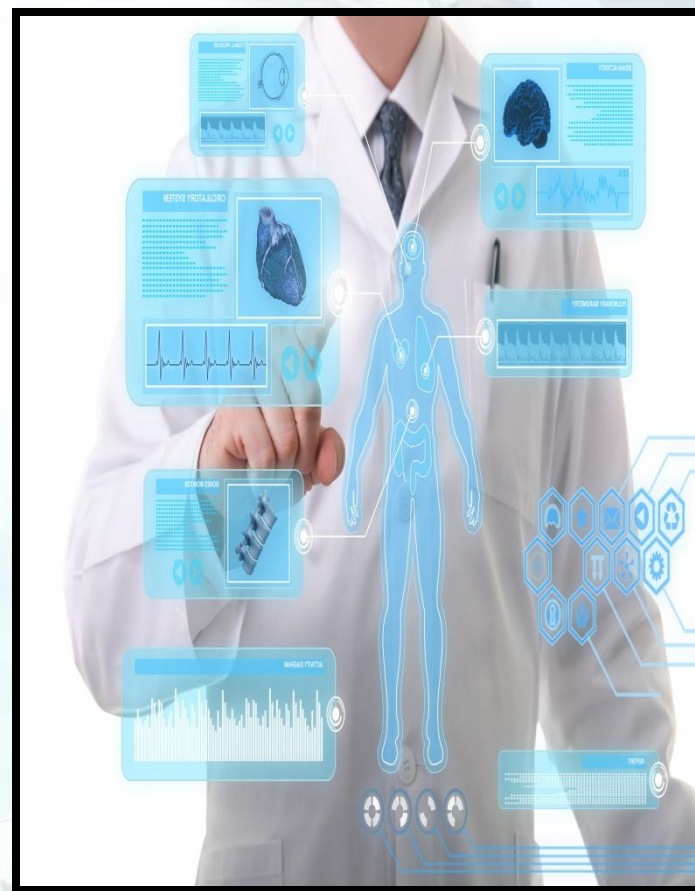


- Жүретің кезектен тыс ерте қозуынан қарыншалар қанға толып үлгермейді. Кейде қарыншалар ішіндегі қанның соншама аздығынан аортаның қақпағы ашылмайды. Жүректің бостан-бос жиырылуы кезінде артериялық пульс түзілмейді, одан пульс дефициті пайда болады. Компенсациялық паузаның ұзақтығынан жүректің экстрасистолиядан бірінші соғуынан айдау көлемі мол болады, сол кезде көзге көрінетін тамырлар бүлк ете қалады.*

## *Клиникалық көрінісі:*

*Экстрасистолиялардың сезілу-сезілмеуі нерв жүйесінің сезімталдығына тәуелді. Әдетте, функциялық экстрасистолия сезіледі, органикалық сезілмейді.*

*Экстрасистолиядан кейінгі үзіліс **жүрек тоқтап қалғандай**, ал одан кейінгі бірінші соғуы **жүрек түртіп қалғандай** сезіледі. Жүрекшелер мен қарыншалардың аса толуы кезінде **жүрек шаншып кеткендей** сезіледі. Бигемения болса – жүрек соғуы, қысылу тәрізді сезінулер болады.*



# *Классификациясы:*



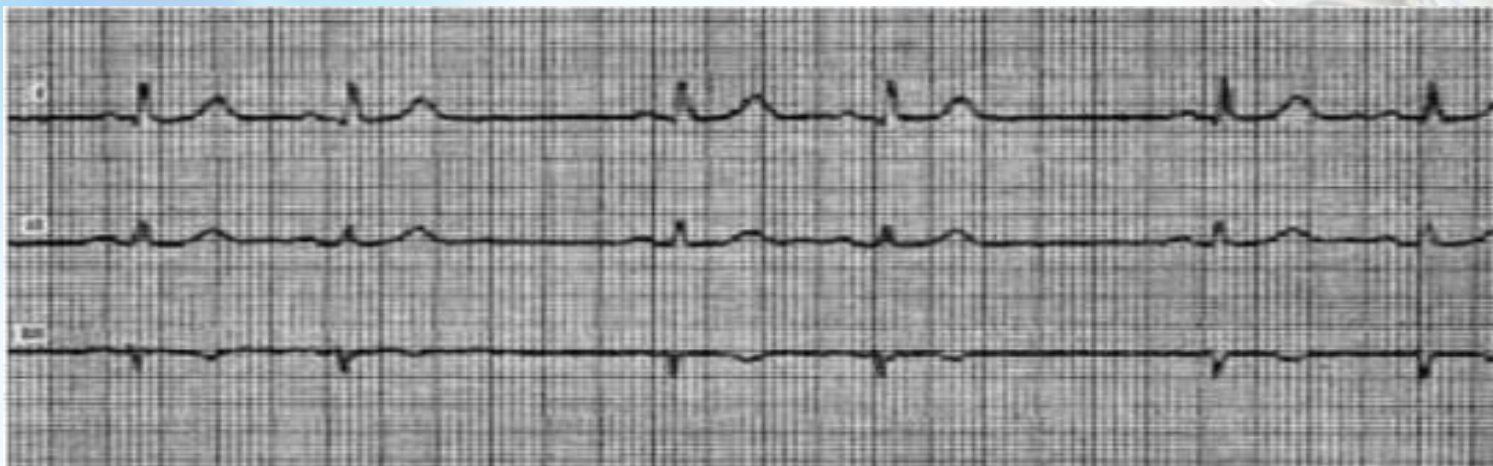
## *1. Қарыншаүстілік:*

- *Синустық*
- *Жүрекшелік*
- *Түйіндік*
- *Гис будасының*

## *2. Қарыншалық:*

- *Сол қарыншалық*
- *Оң қарыншалық*
- *Жүрек ұшының*
- *Базальдық /қарыншалардың жоғарғы аймақтарынан/*

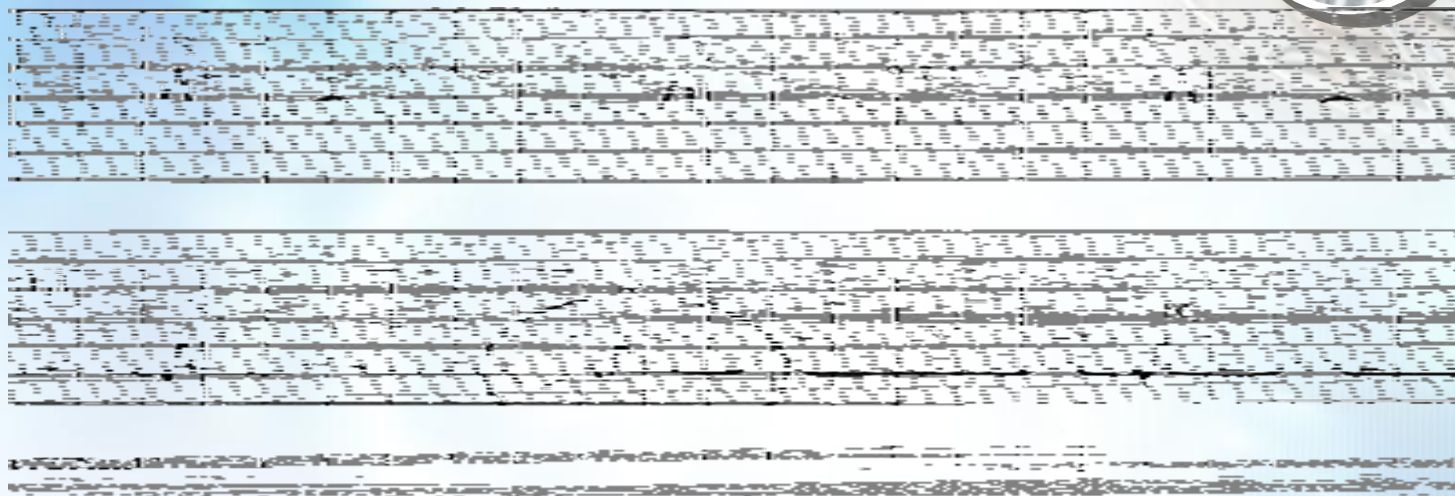
# *Синустық экстрасистолия*



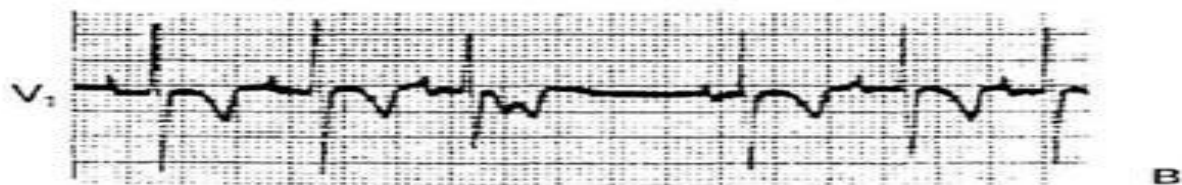
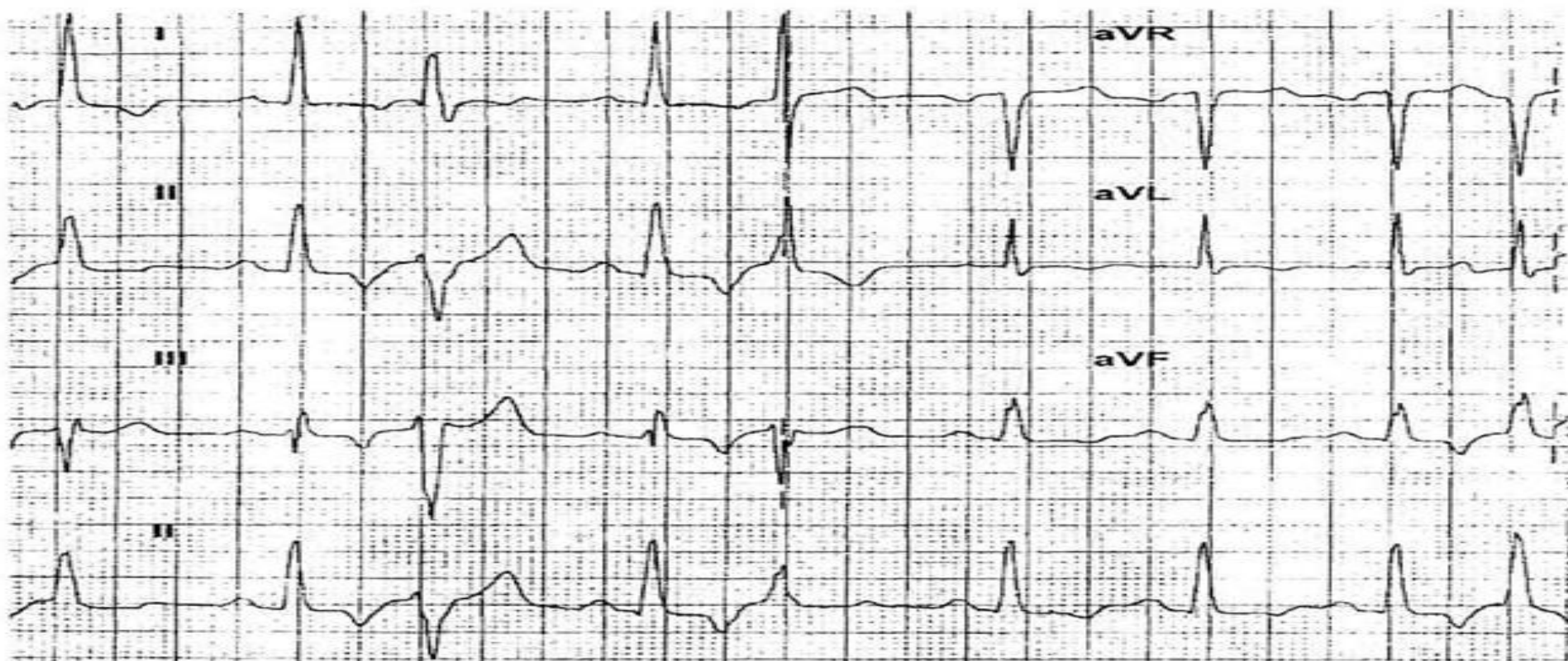
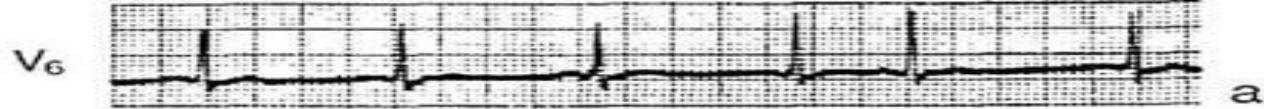
Сирек кездеседі. ЭКГ сипаттамасы: R-R аралық қысқа, артындағысы қалыпты; экстрасистоланың P тішесі мен QRST комплексі еш өзгеріссіз.



# *Жүрекшелік экстрасистолия*



- 1. Экстрасистоланың алдындағы R-R аралық қысқа, артындагысы ұзындау /толық емес компенсациялық пауза/*
- 2. Экстрасистоланың P тісшесі деформацияланған /жалпақтау, биіктеу, төмендеу, қос қркеісті немесе ұшты/; жүрекшелердің төменгі аймақтарынан шыққан P тісшесі әрдайым теріс*
- 3. QRST комплексі қалыпты, эктопиялық ошақ АВ түйіннен неғұрлым қашық орналасса, PQ соғұрлым ұзақ.*



**Рис. 20.** Предсердная экстрасистолия:

*а* — положительные зубцы *P'* четко дифференцируются, комплекс *QRST* экстрасистолы не изменен;

*б* — предсердные экстрасистолы с абберрантными комплексами *QRST*. В I отведении ЭКГ перед внеочередным абберрантным комплексом *QRST* хорошо виден измененный зубец *P'*. Компенсаторная пауза неполная;

*в* — блокированная предсердная экстрасистола (3-й комплекс)

# Түйіндік экстрасистолия



Жүрекшелерге импульс ретроградты, қарыншаларға антеградты бағытпен келеді. Осыдан  $P$  тісше әрдайым теріс, қарыншалық комплекстің пішіні қалыпты.

Компенсациялық пауза толық емес.

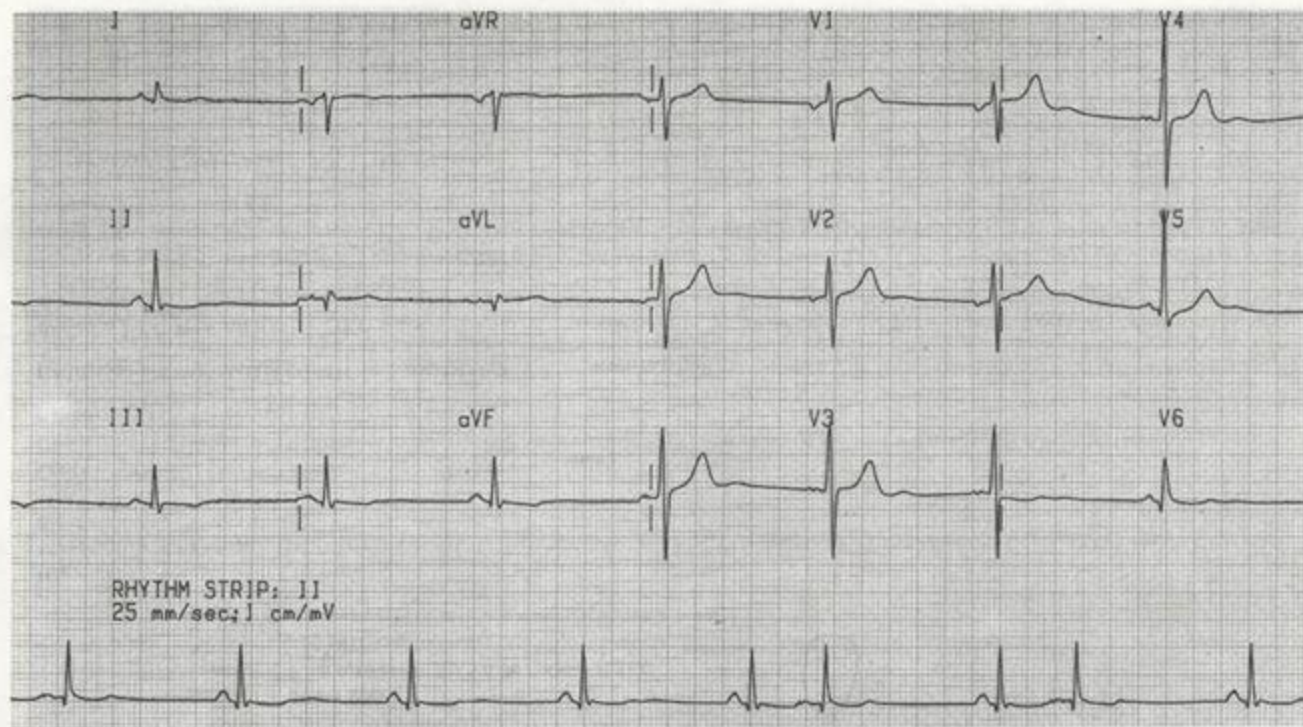
- ✓ **Жоғары түйіндік** – теріс  $P$  тісше  $QRS$  комплексі алдында тұрады.
- ✓ **Ортаңғы түйіндік** – жүрекшелер мен қарыншалар бір уақытта қозады, сондықтан экстрасистоланың теріс  $P$  тісшесі  $QRS$  комплексімен қабаттасып, визуальды айыруға келмейді.
- ✓ **Төменгі түйіндік** – қарыншалар жүрекшелерден бұрын қозады да, теріс  $P$  тісше қарыншалық комплекстен кейін орналасады.

# Узловая экстрасистолия.

A-9

Анамнез

Мужчина в возрасте 75 лет, страдающий сердцебиениями.



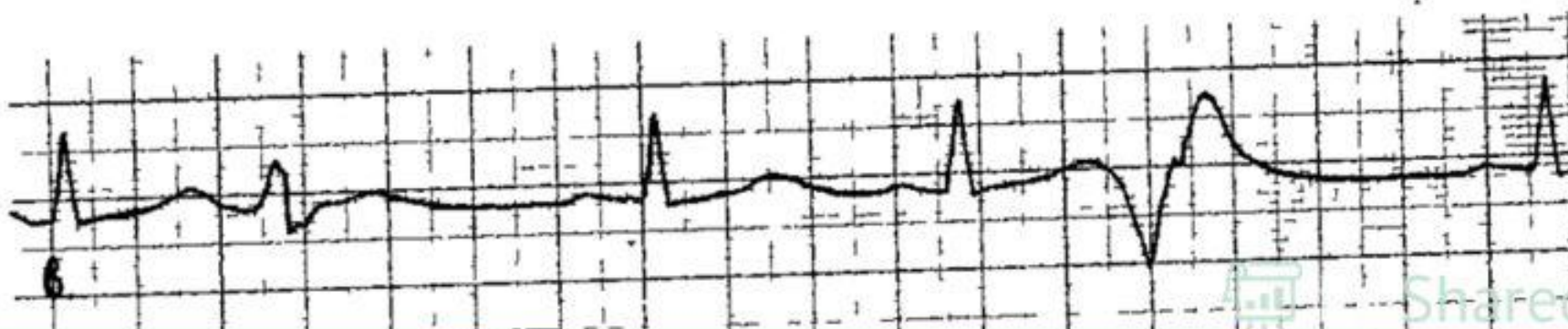
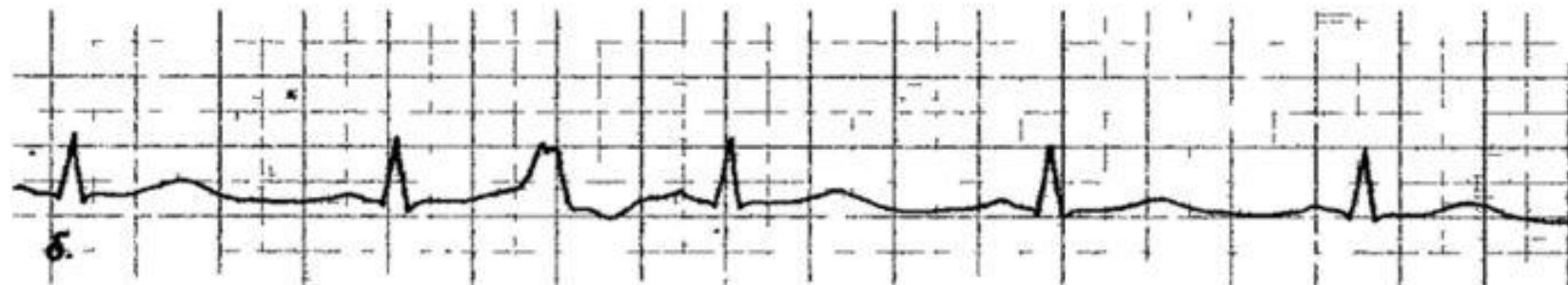
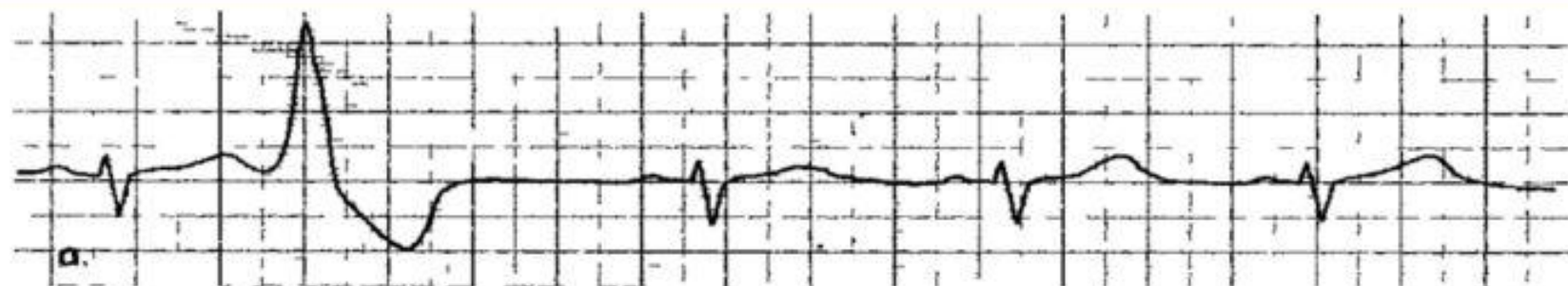
# *Гисс будасының экстрасистолиясы*



1. Р тісшесінің болмауы, өйткені АВ түйіні өзінен шықпаған бөтен импульсты жоғары өткізбейді
2. Импульстың қарыншаларға антеградты келуінен QRST комплексі қалыпты
3. Толық компенсациялық пауза



# Желудочковая экстрасистолия



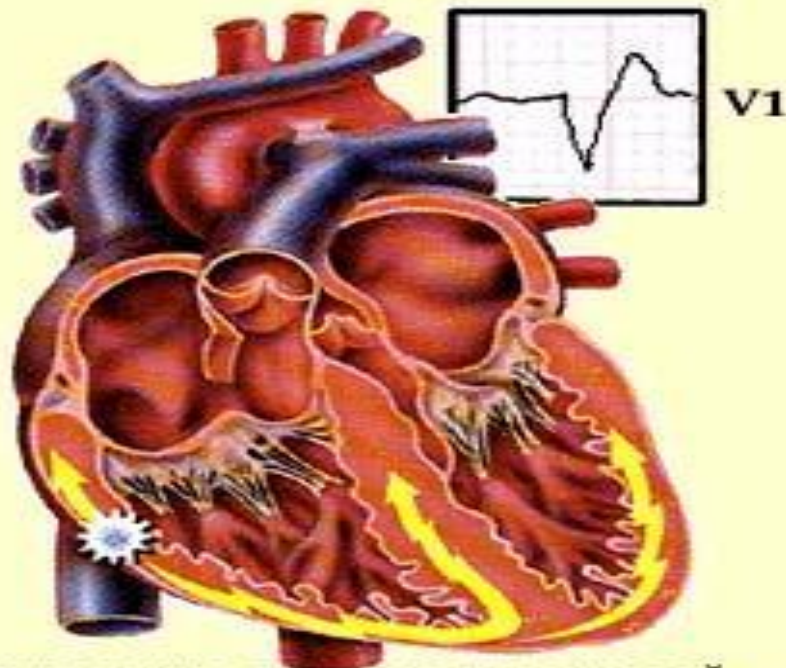
# Қарыншалық экстрасистолия



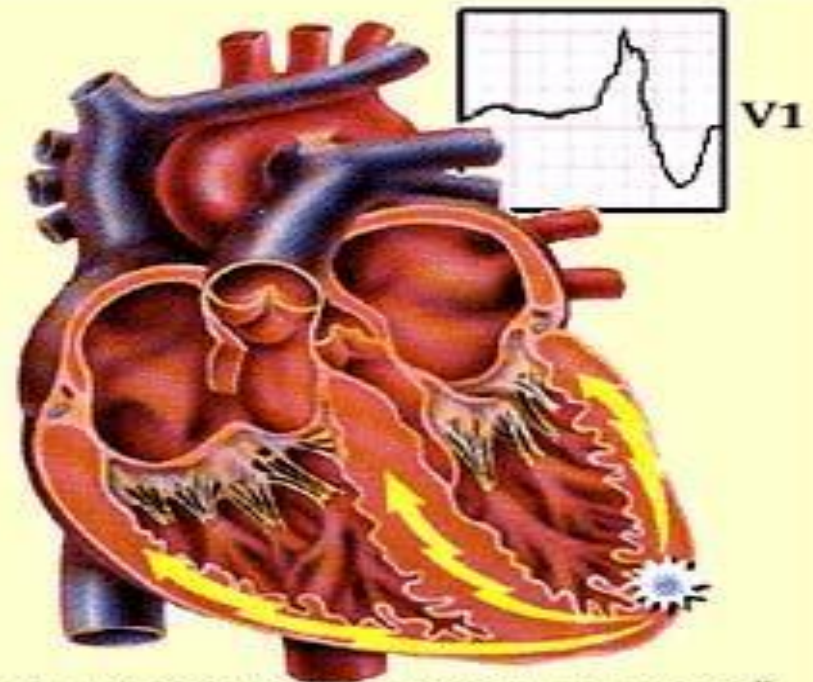
Эктопиялық ошақ қарыншалардың өткізу жүйесінде орналасады. /Пуркинье, Гисс/

## **Жалпы ЭКГ белгілері:**

1. Импульстың қарыншаларда бұрыс жолымен таралуынан QRS комплекстің жалпақтығы /0,1с артық/ және деформациясы – экстрасистолалық комплекстің ST аралығы мен Т тісшесінің ең ірі тісшеге дискорданттылығы. QRS Комплексте ең үлкені R тісше болса - ST аралығы төмендейді, Т тісшесі теріс болады, ал үлкен S тісшеде – ST аралығы жоғарылайды, Т тісше оң және биік.
2. Экстрасистолалық комплексте Р тісшесінің болмауы, өйткені АВ түйіннен ретроградты өткізілмейді. Синус түйінінің функциясы бұзылмайды, оң Р тісше экстрасистолалық QRS комплексіне қабаттасуынан көрінбейді.
3. Толық компенсациялық паузаның болуы, өйткені СА түйінде өткізілмеген эктопиялық импульс оның зарядын жоймайды, ал СА түйінінен шыққан әдеттегі импульс қарыншаларға рефрактерлік фазасына түседі, осыдан 2 жүрек циклы бір-біріне қосылады да, пауза ұзарады.



Формирование правожелудочковой экстрасистолы



Формирование левожелудочковой экстрасистолы

### ***Сол қарыншадан шыққан экстрасистолалар.***

- Импульс ең алдымен сол қарыншаны қоздырып оң қарыншаға кештеу жетеді. **ЭКГ көрінісі:** aVL, V5, V6 тіркемелердегі S тісше терең, жалпақ, T тісше оң және ассиметриялы; III, aVF, V1, V2 тіркемелердегі R тісше биік, жарықшақтанған және жалпақ, T тісше теріс.

### ***Оң қарыншадан шыққан экстрасистолалар.***

- Импульс ең алдымен сол қарыншаны қоздырып оң қарыншаны қоздырады. **ЭКГ көрінісі:** I, aVL, V5, V6 тіркемелерде R тісше биік, жалпақ және жарықшақтанған, T тісше теріс, ассиметриялы; III, aVF, V1, V2 тіркемелерде S тісше терең, жалпақ, иректелген, T тісше биік.





## ***Жүрек ұшынан шыққан экстрасистолалар.***

- ✓ Жүрек ұшынан шыққан импульс кері, төменнен жоғары қарай тарайды. Сондықтан стандарттық және кеуде тіркемелерінде экстрасистолалық комплекстің жалпақ, терең S тісшесі басым.

## ***Қарыншалардың базальдық бөліктерінен шыққан экстрасистолалар.***

- ✓ Импульстың қарыншаларда тарау бағыты қалыптыға жақын, сондықтан стандарттық және кеуде тіркемелерінде экстрасистолалық комплекстің жалпақ, деформацияланған R тісшесі басым.

- Монотопты /бірдей, бір ошақ/
- Политопты /эртүрлі, әр жерден/
- Қыстырмалы /2 қалыпты комплекс арасына қыстырылып түсетін/

# ЕМІ



## •Қарыншаүстілік экстрасистолияда:

- ✓ В-адреноблокаторлар, әсер етпесе Са антагонистері / финоптин 0,04г 3 рет, қажет болса дозасын 0,08 г 3 ретке ұлғайтып /, әсер етпесе хинидин 0,2-0,3 г 3-4 рет немесе оның ұзақ әсерлі түрін хинилентин 0,25 г 4-6 рет.

## •Қарыншалық экстрасистолияда:

- ✓ МИ – жүрек шамасыздығын күшейтпейтін, теріс инотроптық әсері аз антиаритмиялық дәрмектер көрсетіледі /лидокаин, тримекаин, кордарон/
- ✓ Стенокардияда – коронаролитиктік әсері бар антиаритмиялық дәрі-дәрмектер қолайлы: В-адреноблокатор, Са антагонистері, кордарон.
- ✓ Гипертонияда – гипотензиялық әсер көрсететін В – адреноблокатор, Са антагонистері.
- ✓ Жүрек гликозидтерімен уланудан дамыған экстрасистолияда – К дәрмектері тиімді, ал экстрасистолия жиі болып, оны тез жою қажет болса, онда емге дифенинді қосады. Дифенинді қолдану жобасы: 1-2 тәулікте: 100 мг 5 рет. 3 тәулікте: 100 мг 4 рет. 4-5 тәулікте: 100 мг 3 рет. Сонымен қатар, В-адреноблокатор, верапамил, ритмонорм, боннекорды қолдануға болады.

# *Пайдаланылган әдебиеттер:*

- ✓ *Б.Қалимұрзина 1 том, 2005 жыл – Ішкі аурулар*
- ✓ *Г.И Строжиков, И.И Чукаева, А.А Александров 2014 жыл –  
Емханалық терапия*

