A close-up photograph of a white medical coat. A silver stethoscope is draped over the left side. On the right side, there is a red heart-shaped patch with a yellow cross in the center. A person's hand is visible at the bottom right, holding the bottom edge of the heart patch.

Бірғақ бұзылыстары

Қабылдаған: Саттиева Саида

Орындаған: Мамек Элмира.

Тобы: ЖМ-511

ЖОСПАР

1.Кіріспе

2.Негізгі бөлім

Ырғақ бұзылыстары

Диагностикалау

Емі

3.Қорытынды

4.Қолданылған әдебиеттер

Зерттеу сұрағым

Бірғақ бұзылысы кезінде емдеу және диагностикалау принциптері

Зерттеу мақсатым

Бірғақ бұзылыстары кезіндегі антиаритмиялық препараттар арқылы емдеу жүргізуді студенттерге түсіндіре білу

АВ - БЛОКАДА

- АВ блокада жүрекшеден қарыншаға импульс өтуінің баяулауы немесе тоқтауы. АВ блокаданың дамуында өткізгіш жүйенің зақымдану деңгейі әртүрлі болып келеді. Бұл жүрекшелердегі , қарыншалардағы, АВ түйініндегі өткізгіштіктің бұзылысы болуы мүмкін.

ДИАГНОСТИКАЛЫҚ КРИТЕРИЙЛЕРІ:

Жүректің жиырылуында пауза болуы

Күтпеген жерден жүректің ұстама тәрізді ауырсынуы

Ритмнің бұзылуы

Туыстарында ЖИА бар болуы

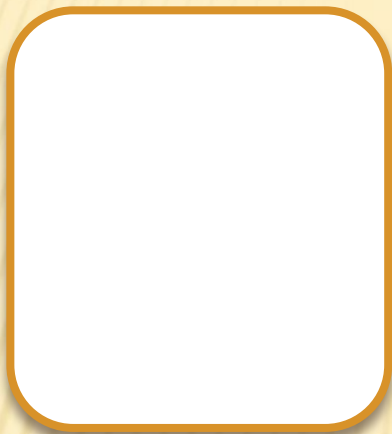
Жүрек айну, Құсу

Енгізу, әлсіздік, есінен тану

Анамн езінде ишеми ялық ауру, артериялық гипертензия, жүректің созыл малы ауруы

Туыстарында ерте жаста кенеттен өлім болуы

ФИЗИКАЛЫҚ ҚАРАУ



□ Диагностикалық критерийлері

□ Шағымы және анамнез – негізгі симптомдары

- Естен тану
- Бас айналу
- Бас ауру
- Жалпы әлсіздік
- АВ блокада дамуына әкелетін ауруларды анықтау

□ Физикальды қарау

- •Тері қабаты бозаруы
- Терлегіштік
- Сирек пульс
- • Аускультацияда - брадикардия, интенсивтілігі өзгеретін жүректе I тон, жүрек ұшында және кеуденің сол қырында систолалық шу.
- • Гипотония

□ Лабораторлық зерттеу: жүргізілмейді.

□ Инструментальды зерттеу:

- ЭКГ
- ЭКГ тәуліктік мониторлау

АМБУЛАТОРИЯЛЫҚ ДЕҢГЕЙДЕ ЖҮРГІЗІЛЕТІН ДИАГНОСТИКАЛЫҚ ЗЕРТТЕУЛЕР НЕГІЗГІ ЗЕРТТЕУЛЕР:

- ЭКГ;
- ЭКГ Холтер бойынша мониторинг;
- Эхокардиография.
- **Қосымша зерттеулер:**
 - • Бас миы және мойын омыртқа бөлімін рентгенографиясы;
 - • көз түбін және көру алаңын тексеру;
 - • ЭЭГ;
 - • эхоэнцефалоскопия
 - • компьютерлік томография
 - • ультрадыбысты доплерография
 - • ЖҚА (6 параметр)
 - • ЖЗА;
 - • Антилипидты антигені бар преципитацияның микрореакциясы;

-
- • Биохимиялық қан анализі (АлАТ, АсАТ, жалпы белок, билирубин, креатинин, мочевина, глюкоза);
 - • коагулограмма;
 - • ИФА ВИЧ-қа;
 - • ИФА вирусты гепатит В, С маркерлеріне ;
 - • қан тобы, резус фактор;
 - • кеуде қуысының шолу рентгенографиясы;
 - • ФГДС;
 - • Мамандар кеңесі: эндокринолог, пульмонолог, стоматолог, отоларинголог;

ЕМІ

Медикаментозды емес ем:

- • төсектік режим;
- • диета N°10.

□ Медикаментозды ем:

- Негізгі дәрілік препараттар АВ блокаданың жедел дамуында
- Дозасы, енгізу жолдары
- 0,1% раствор атропина сульфата 1 мл 1 мг внутривенно
- 1% раствор фенилэфрина 1 мл 1 мл внутривенно капельно
- 0.18% раствор эпинефрина 1 мл 1 мг внутривенно капельно

□ Стационарға госпитализацияға дейінгі амбулаториялық жағдайда көрсетілетін
медикаментозды ем

□ Основные Количество в сутки Длительность

□ применения Вероятность применения

0,1% раствор атропина сульфата 1 мл 1-2 1-2 100%

Қосымша препараттар:

□ Количество в сутки Длительность применения

Вероятность применения

□ 1 0.5% раствор допамина 5 мл 1-2 1-2 50%

□ 2 0.18% раствор эпинефрина 1 мл 1 1-2 50%

□ 3 1% раствор фенилэфрина 1 мл 1-2 1-2 50%

ЖҮРЕК ЫРҒАҒЫНЫҢ ҚАРЫНШАЛЫҚ БҰЗЫЛЫСТАРЫ ЖӘНЕ КЕНЕТТЕН БОЛҒАН ӨЛІМНІҢ ПРОФИЛАКТИКАСЫ

- Қарыншалық аритмия – бұл эктопиялық импульстің ошағы гис будасынан төмен, яғни Гис будасының бұтақтарында, Пуркинье талшығында немесе қарынша миокардында орналасқан қозудың іртүрлі бұзылыстары.
- Қарыншалық экстрасистолия- бұл Гис будасы аяқшаларынан немесе бұтақтарынан, Пуркинье талшығынан немесе миокардтан индуцирленген импульстің уақытынан бұрын жүректі электрлік активациялауы.
- Қарыншалық тахикардия ырғағы дұрыс, жиілігі минутына 100-240 соққымен көрінетін үш немесе одан да көп қарыншалық комплексті айтамыз.
- Қарыншалар дірілі мен жыбыры – бұл жүрек жұмысының толық дезорганизациясына алып келетін және эффективті геодинамиканың бірден бөгелуін және қанайналымның тоқталуын шақыратын, миокард талшығының бөлек будаларының әртүрлі бағытта жиырылуы.

□ Диагностикалық критерийлері:

Шағымы:

□ · Дұрыс емес ритмді, жүрек қағысын сезінумен бірге жүретін бас айналу, әлсіздік, ентігу, жүрек аймағында ауырсыну, жүрек жиырылуындағы паузалар, естен тану.

□ · Анамнезінде АГ, ЖИА, Созылмалы жүрек жеткіліксіздігі, перифериялық артериялардың аурулары. Науқастардың көпшілігінде анамнез жинағанда миокардтың әртүрлі аурулары анықталады. Науқастарда әдетте комплексті қарыншалық эктопиямен асқынатын, жүректің ауыр аурулары кездеседі.. Тұқымқуалаушылық тұрғысынан туыстарында жас кезінде кенеттен болған өлім болған ба, кардиоқұрылғы қолданғандары болған ба сұрастыру керек.

□ Физикальды қарау:

□ · Қарыншалық эктрасистолияда аускультацияда аритмиялық жүректік қызметі, пульс дефициті көрінеді. Қарыншалық тахикардия ұстамасы кезінде пальпацияда пульс жиі (100 - 220 1 минутта) және ритмі дұрыс, патологиялық шулар, жүрек шамасыздығы белгілері, АҚҚ төмендеуі, перифериялық артерияларда пульс болмауы, қарыншалық тахикардиядан қарынша фибриляциясы ауысқанда АҚҚ мен тондардың жоғалуы. ВСС кезінде : Қарыншалар фибриляциясы басталғаннан 15-20 сек соң науқас есінен танады,; 40-50 сек соң- қаңқа бұлшықеттерінің біруақытта тоникалық жиырылуы; қарашықтары кеңейеді; 2-4 мин соң тынысы сиреп, тоқтайды.

□ Лабораторлық зерттеулер:

□ ЖҚА ;

□ ЖЗА;

□ Ашқарынға глюкозаны анықтау;

□ Биохмиялық тексеру (билирубин, АСТ, АЛТ, креатинин, калий, натрий);

□ Қалқанша без гормондары (ТТГ, бос Т3 , Т4, антиТПО)

□ Липидті спектр (жалпы холестерин, ЖТЛП, ТТЛП, триглицеридтер)

Коагулограмма

Глюкозаға толеранттылық тесті;

Гликолизирленген гемоглобин;

Инструментальды зерттеу:

1. ЭКГ стандартты 12 тіркемеде;

2. Холтерлік мониторинг ЭКГ

□ 3. ЭхоКГ

□ 4. Физикалық жүктемемен сынама - тредмил-тест/ВЭМ;

□ 5. УЗДГ

EMI

- Показания для консультации специалистов:
- · аритмолог, врач интервенционной кардиологии – для проведения ЧПЭФИ, ВСЭФИ, определение показаний к РЧА аритмогенных очагов.
- · эндокринолог – наличие симптомов патологии щитовидной железы, в том числе индуцированных амиодароном; нарушений гликемического профиля;
- · гастроэнтеролог – наличие язвенной патологии ЖКТ, связанной с риском кровотечений при дальнейшем назначении антиагрегантов/антикоагулянтов.
- · кардиохирург - наличие показаний к хирургическому лечению, например, реваскуляризации при коронарогенных жизнеугрожающих ЖА, операциям на клапанах сердца.
- · невролог – при наличии синдрома пароксизмального расстройства сознания с целью дифференциальной диагностики с эпилепсией, ОНМК/ТИА.
- · психотерапевт – для оценки уровня личностной тревожности при редких идиопатических ЖЭ с плохой субъективной переносимостью у молодых лиц без органической патологии сердца.

- Препарат Форма выпуска Доза
- Амиодарон ампулы 300 мг в/в болюсно, через 5 минут возможно повторное введение 150 мг, после устранения ЖТ/ФЖ-поддерживающая инфузия со скоростью 1 мг/мин в течение первых 6 часов (360 мг за 6 часов), а затем 0,5 мг/мин до конца суток (540 мг за 18 часов), при необходимости — дольше.
- Лидокаина гидрохлорид 1% ампулы в/в болюсно 1–1,5 мг/кг, при необходимости можно повторить из расчета 0,5 мг/кг до 2 дополнительных введений, суммарная доза в течение первых 30 минут - 3 мг/кг массы тела
- Магния сульфат 25% ампулы 10-20 мл в/в струйно медленно
- Метопролола тартрат 0,1% ампулы 5 мл в/в струйно медленно
- Адреналин 0,18% ампулы 1 мл в/в болюсно, повторяя каждые 3-5 минут СЛР без ограничения по дозе
- Атропина сульфат 0,1% ампулы 1 мл в/в болюсно, повторяя каждые 3-5 минут СЛР до 3 доз
- Верапамил ампулы 5-10 мг в/в струйно

□

ЖҮРЕКШЕЛЕР ДІРІЛІ ЖӘНЕ ЖЫБЫРЫ

- ▣ **Жүрекшелер фибрилляциясы** — бұл жүрекше миокардының жиі және ретсіз қозуымен және жүрек жиырылуының күші мен жиілігі толықтай әртүрлі болуымен сипатталатын жүрек ритмінің бұзылысы. Сондай ақ бұл кезде жүрек циклы ауытқып отырады және кездейсоқ сипатқа ие.
- ▣ . NB! ЖФ ЭКГ-ға негізделіп анықталады: ырғақ дұрыс емес, P тісшесінің болмауы немесе f толқындарының болуы, екі жүрекшелер қозуының арасындағы интервалдың 200 мс – тен төмен болуы(мин 300 жоғары.) [1].
- ▣ **Жүрекшелер дірілі** –жүрекшелердің жиырылу жиілігінің айтарлықтай жоғарылаумен , жиілігі минутына 180-400 соққымен жүретін жүрекшелердің патологиялық тездетілген ритмді әрекеті.
NB! ЖД ЭКГ- да : жиі, ретті, бір-біріне ұқсас ара тісі тәрізді үлкен F толқындарынан (II, III, aVF, V1, V2) F ; Көп жағдайда алдында жүрекшелік F толқындары орналасқан, дұрыс, ретті өзгермеген қарыншалық комплекстен тұрады. (2:1, 3:1, 4:1 и т. д.) [1].

□ Диагностика,

- ЖҚА ;

- ЖЗА;

- Ашқарынға глюкозаны анықтау;

- Биохмиялық тексеру (билирубин, АСТ, АЛТ, креатинин, калий, натрий);.

- Қалқанша без гормондары (ТТГ, бос ТЗ , Т4, антиТПО)

 - Липидті спектр (жалпы холестерин, ЖТЛП, ТТЛП, триглицеридтер)

- Қосымша лабораторлық тексерулер;

- Варфарин тағайындалса МНО

- Глюкозаға толеранттылық тест (абдоминальды семіру, АГ, дислипидемия)

- Гликолизирленген гемоглобин

Негізгі:

- ЭКГ;
- ЭхоКГ трансторакальды;

□ Қосымша:

- ХМЭКГ
- ЧПЭхоКГ
- ФГДС

ЕМІ

□ Медикаментозды ем:

Диета – стол N°10, гипонатрийлік диета;
Қауіп факторларын жою: (гиподинамия, семіру,
гиперкалориялы тамақтану, темекі шегу),
салауатты өмір салтын ұстану, рационалды
тамақтану

Физикалық жүктемені көтере алса (IIa класс
ЕНРА) науқасқа емдік дене шынықтыру, жаяу
жүру сияқты шаралар тағайындалады.

№ п/п	МНН ЛС	Способ применения	УД
Антагонисты альдостерона. Калийсберегающий диуретик с целью нейромодуляции			
12.	Спиронолактон	таблетки/капсулы, 12,5-50 мг	IIa B
13.	Эплеренон	таблетки, 25-50 мг 1 раз в сутки под контролем калия крови.	IIa B
Блокаторы рецепторов ангиотензина II для уменьшения/предотвращения ремоделирования миокарда/с целью нейромодуляции			
14.	Кандесартан	таблетки, 4 мг/сутки, под контролем АД	IIa B
15.	Валсартан	таблетки, 40-80 мг/сутки, под контролем АД	IIa B
16.	Лосартан	таблетки, 25-100 мг/сутки, под контролем АД	IIa B
17.	Телмисартан	таблетки, 40-80 мг/сутки, под контролем АД	IIa B
Диуретики для купирования симптомов застойной ХСН (петлевые и тиазидные)			
18.	Фуросемид	ампулы, 20-120 мг в/м, в/в, под контролем диуреза, уровня калия	B
19.	Фуросемид	таблетки, 20-80 мг/сутки, под контролем диуреза, уровня калия таблетки, 2,5-10	B

WPW –ВОЛЬФ ПАРКИНСОН УАЙТ СИНДРОМЫ

- **Уақытынан бұрын қозу синдромы дегеніміз қарыншалардың бұлшықеттік массасы қалыпты өткізгіш жүйесінен өтетін синустық импульс әсеріне қарағанда, уақытынан бұрын ерте активтенуі**

Негізгі:

□ - ЭКГ

□ - Биохимиялық қан анализі (креатинин, мочевина, глюкоза , АЛТ, АСТ.)

□ - Липидті спектр, 40 жастан жоғары үлкендерге, анамнезінде МИ, Жүректің созылмалы ишемиялық ауруы бар.

□ - Коагулограмма

□ - ВСЭФИ

□ - Дәрілік препараттарға аллергиясын тексеру (йод, новокаин, антибиотика).

□ Қосымша:

□ - ЭКГ Холтер бойынша тәуліктік мониторинг

□ - УЗДГ

- **Шағымы мен анамнезі**

- Шағымы жүре қағу ұстамасы, әлсіздік, естен тану, бас айналу, ауа жетіспеу сезімі, ентігу.

-

- **Физикальды қарау:**

- Синдром WPW кезінде тахиаритмиямен байланысты симптомдардан басқа физикалық белгілері жоқ.
- Жстарда жүрек жиырылуы жоғары болған жағдайдың өзінде де симптомдары минимальды. Басқа жағдайларда ұстама кезінде шеткі мүшелердің салқындауы, терлегіштік, гипотензия, өкпеде іркілістер болады. Аритмия ұстамасы бірнеше секундтан бірнеше сағатқа созылады, өздігінен басылады.

□ Медикаментозды емес емі

□ Вагусты проба:

□ адасқан нервті стимуляциялау ,бұл жүректік ритмді баялатады.Мысалы:каротидті синусқа массаж,бет аймағын салқын суға салу

□

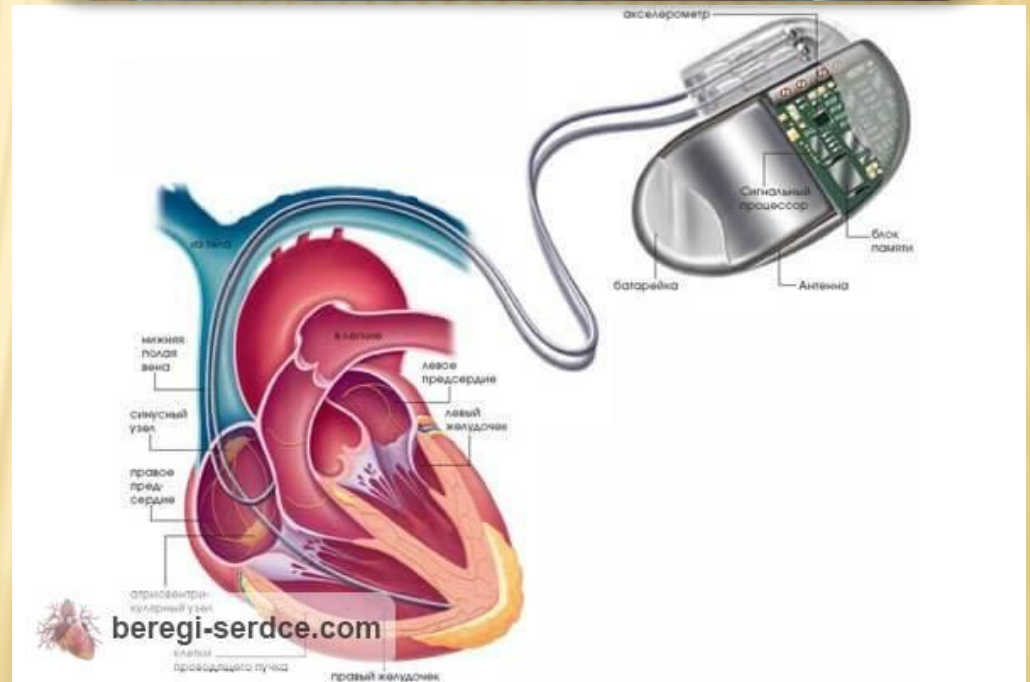
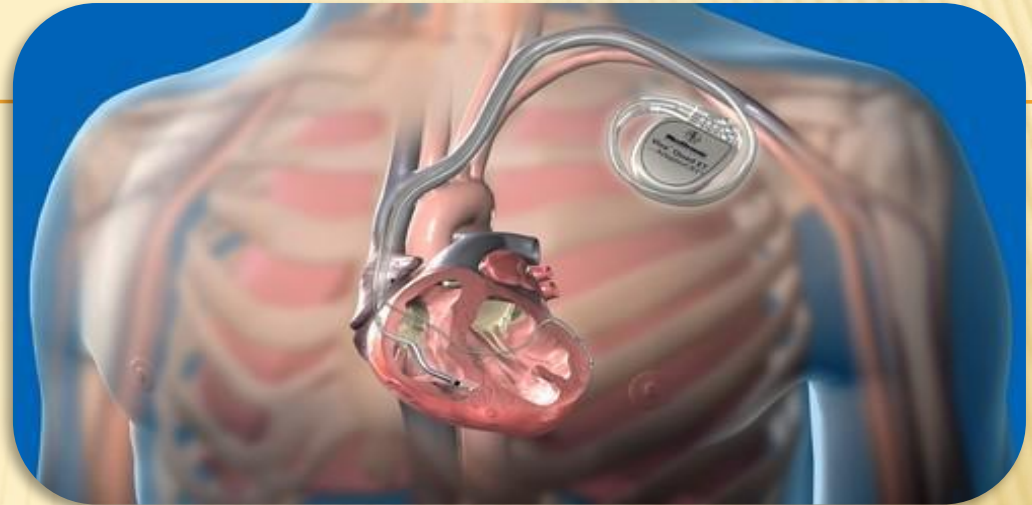
Электрлік кардиоверсия—науқастың тұрақсыз жағдайында , АД < 80 мм. рт. ст., естің тануымен жүретін,миокард инфаркт,жедел сол қарыншалық жетіспеушілік кезінде қолданылады.

ЭКС монополярлық және биполярлық әдістерін ажыратады.

Монополярлық-жүрекке бір ғана электрод тіркеледі, ал металдан жасалған аппараттың өзі кеуде немесе құрсақ қабырғасының жұмсақ тінінің арасына қойылады.

Биполярлық-2 электрод тіркеледі, олар жүрек қабырғасына тиіп тұрады.

Эндокардиальдік-жергілікті анестезия жасап, рентгендік бақылаумен электродты перифериялық вена арқылы енгізіп, оң жүрекшеде немесе оң қарыншаның ұшында



Медикаментозды емі:

1. Тахикардия кезінде негізгі жедел көмек егерде гемодинамикада өзгеріс болмаса онда науқасқа антиаритмиялық препараттар қолданылады.

Препарат	Дозы	Класс рекомендаций	Уровень доказательности	Примечание
Амиодарон	150-450 мг в/в медленно (за 10 - 30 мин.)	IIa	C	особенно полезен при неэффективности других препаратов
Пропафенона гидрохлорид	доза 150 мг перорально	IIa	C	возможны брадикардия, замедление синоатриальной, AV и внутрижелудочковой проводимости, снижение сократительной способности миокарда (у предрасположенных пациентов), аритмогенное действие; при приеме в высоких дозах - ортостатическая гипотензия.

Препарат	Суточные дозы	Основные побочные эффекты
Бисопролол	От 5 до 15 мг/сут перорально	гипотония, СН, блокада сердца, брадикардия, бронхоспазм
Карбэтоксиамино-диэтиламинопропионил-фенотиазин	Доза от 50 мг до до 50 мг, суточная 200 мг/сут или или до 100 мг 3 раза в сутки (300 мг/сут)	гиперчувствительность, синоатриальная блокада II степени, AV блокада II-III степени, блокада внутрижелудочковой проводимости, желудочковые нарушения ритма сердца в сочетании с блокадами проведения по системе Гиса - волокнам Пуркинью, артериальная гипотензия, выраженная сердечная недостаточность, кардиогенный шок, нарушение функции печени и почек, возраст до 18 лет. С особой осторожностью - синдром слабости синусного узла, AV блокада I степени, неполная блокада ножек пучка Гиса, тяжелые нарушения кровообращения, нарушение внутрижелудочковой проводимости.
Верапамил	5 - 10 мг в/в со скоростью 1 мг в мин.	При идиопатической ЖТ (комплексы QRS типа блокады правой ножки п. Гиса с отклонением ЭОС влево)
Дилтиазем	90 мг 2 раза/сут	При суправентрикулярной тахикардии
Соталол	80 мг 2 раза в сутки	При суправентрикулярной тахикардии, при синдроме Вольффа-Паркинсона-Уайта

□ Пайдаланған әдебиеттің тізбегі

- I. Аурулардың диагностикасы және емдеу хаттамалары (Приказы №764 - 2009, №165 – 2013)
Хаттаманы дайындау барысында пайдаланылған әдебиеттер:
- II. 1. Клинические рекомендации, основанные на доказательной медицине: Пер. с англ. / Под ред. Ю.Л. Шевченко, И.Н. Денисова, В.И. Кулакова, Р.М. Хаитова. — 2-е изд., испр. — М.: ГЭОТАР-МЕД, 2012. — 1248 с.: ил.
- III. 2. Руксин В.В. Неотложная кардиология. СПб.- 2013.- 512 с. 3 Сыркин А.Л. Инфаркт миокарда. М. Мед. информ.