

С.Ж.Асфендияров атындағы Қазақ Ұлттық Медицина
Университеті



**Миокард инфарктінің асқынуы:
атриовентрикулярлы өткізгіштіктің
бұзылысы**

I дәрежелі АВ-бөгеме

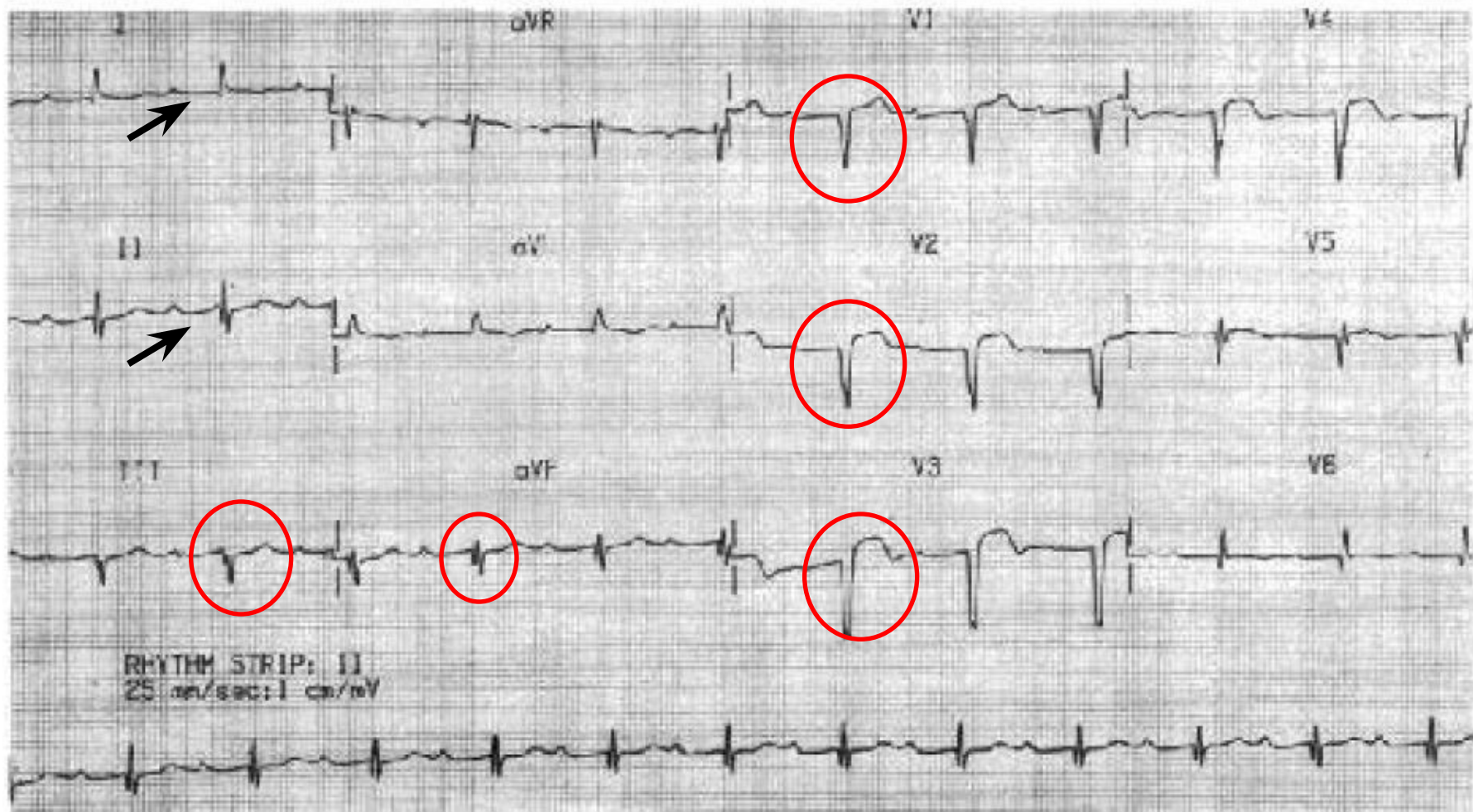
I дәрежелі атриовентрикулярлы бөгеме - жедел МИ бар науқастардың 7-13% кездеседі.

ЭКГ-көрінісі: жүрекше-қарыншалық өткізгіштіктің баяулауы нәтижесінде PQ интервалы 0,20 сек. ұзарады.

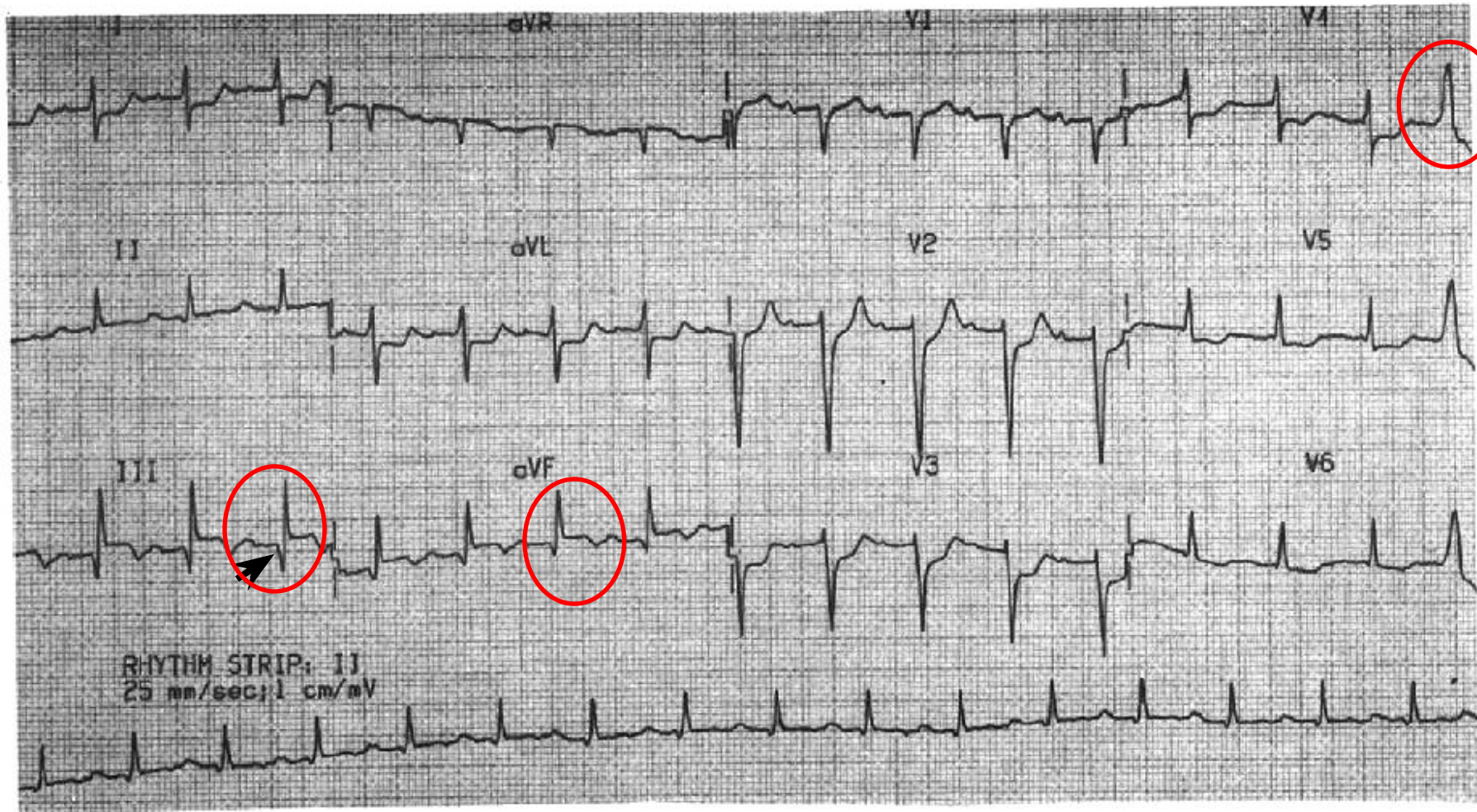
Клиникада бөгемнің бұл дәрежесі ұсталынбайды, себебі ырғақ бұзылысы жоқ және гемодинамикада көрінбейді. I дәрежелі АВ бөгеме толық АВ бөгемеге дейін сирек үдейді; соңғысы I дәрежелі АВ-бөгемнің Гист түйіні өткізгіштігінің баяулауында туындауы мүмкін. Көбінесі бұл өзгерістер сол қарыншаның артқы-төменгі қабырғасының миокард инфарктіне тән. Алдығы қабырғаның МИ-де сирек кездеседі.

Ескеріп өту керек, миокард инфарктінен бөлек, I дәрежелі толық емес АВ-бөгеме β -адреноблокаторлармен, жүрек гликозидтерімен, верапамилмен, түрлі антиаритмиялық ДЗ шақырылуы мүмкін.

Болжамы қолайлы, емді қажет етпейді.



Синусовый ритм с АВ-блокадой I степени. ИМ нижней стенки неизвестной давности. Обширный ИМ передней локализации неопределенной давности. Вероятна аневризма желудочка.



Синусовый ритм. АВ-блокада I степени. Желудочковая экстрасистола. ИМ нижней стенки с изменениями ST-T, характерными для острого повреждения миокарда. Изменения ST-T в отведениях I, aVL, V2-V6 свидетельствуют об ишемии миокарда или являются реципрокными изменениями. Недостаточное нарастание амплитуды зубца R.



II дәрежелі АВ-бөгеме Мобиц I

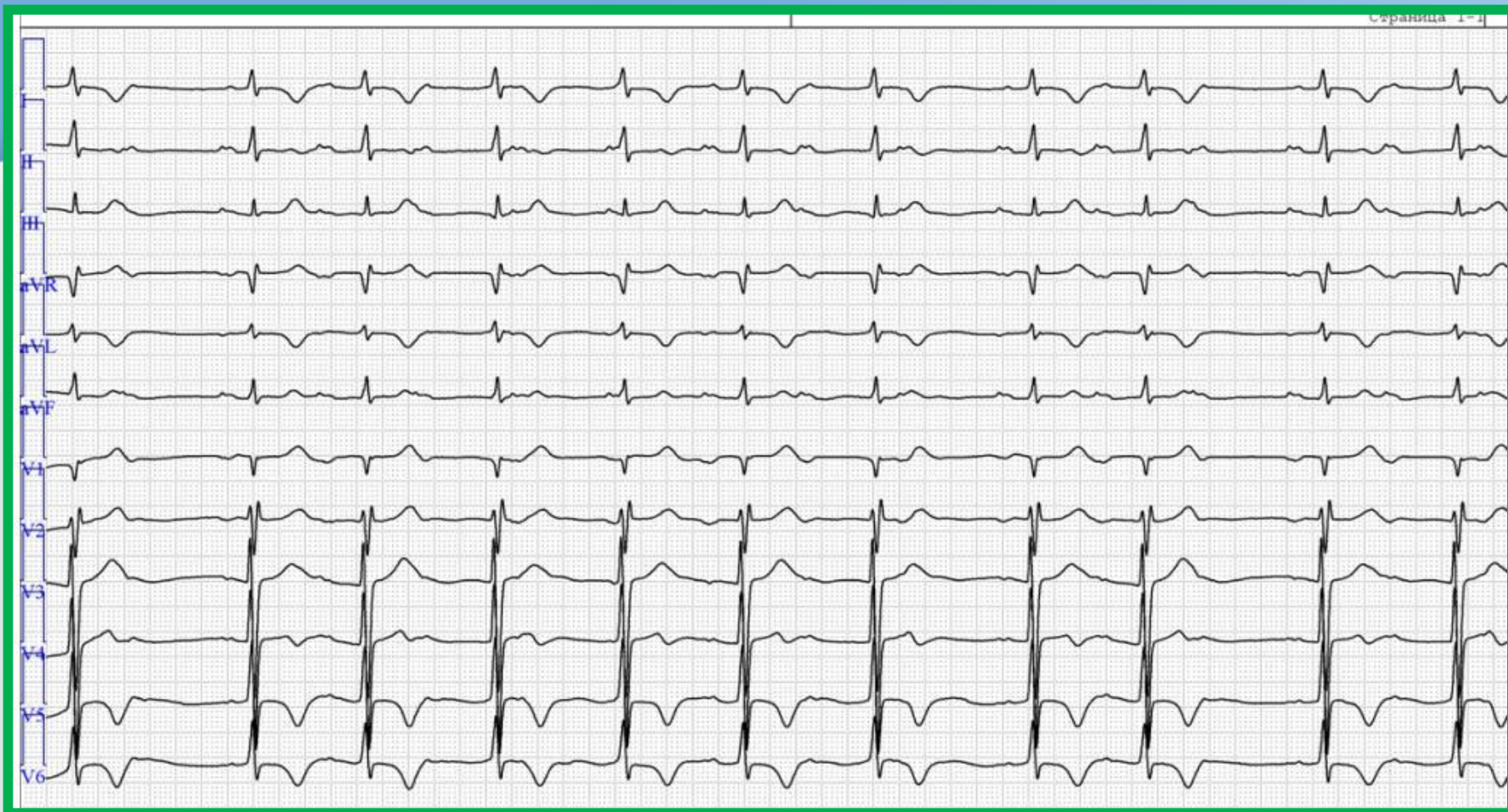
Кездесу жиілігі: МИ бар науқастардың 4-10%.

ЭКГ-көрінісі: кезекті жиырылу сайын біртіндеп PQ интервалының ұзаруы, кезекті жүрекшелер жиырылуы сақталуымен қарыншалық кешеннің түсіп қалуымен сипатталады. Қарыншалық кешен 1-2-3 жүректің толық жиырылуынан кейін түсіп қалуы мүмкін (Венкебах кезеңі). QRS кешені бөгеме кезінде кеңеймейді, Р тісшесі-синусты.

Бөгеме негізінде оң тәждік артерияның (90% жағдайда АВ түйінді қоректендіретін артерия) зақымдалуы жатыр. Самойлов – Венкебах кезеңінің дамуы Гис түйіні бифуркациясынан жоғары өткізгіштіктің бұзылуына байланысты, бұл жиі диафрагмальді миокард инфарктінде болады.

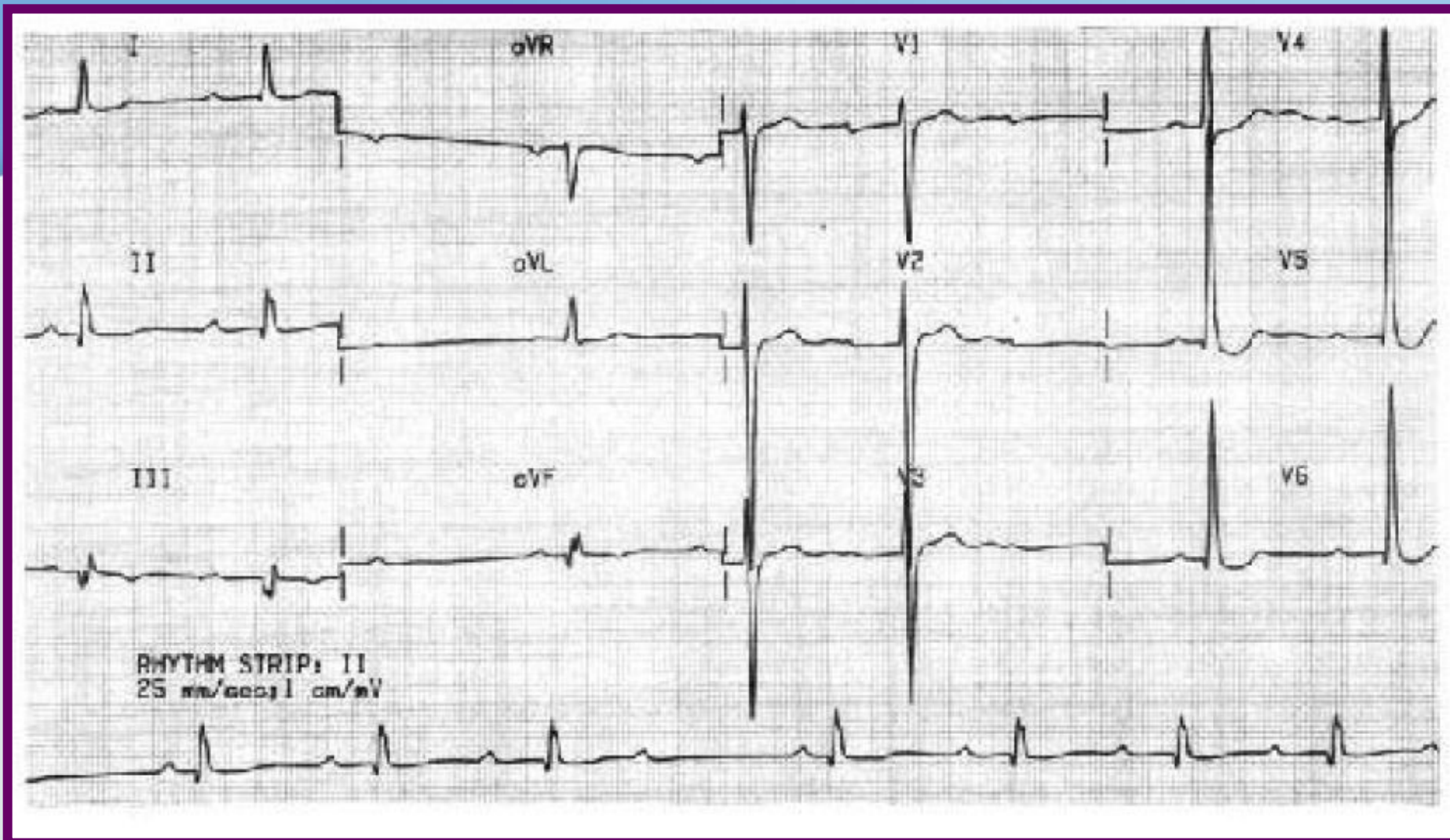
II дәрежелі АВ-бөгеме Мобиц I- өтпелі сипатқа ие және арнайы емді қажет етпейді. Бұл бөгеме 24-48 сағат көлемінде, кейде бірнеше тәуліктен соң өздігінен өтеді.

Емге атропин тері астына 0,5-1,0 мг немесе көктамырға 0,3-0,5мг тәулігіне 2-3 рет қосуға болады.



Ритм синусовый, неправильный. ЧСС=60-71. нормальное положение ЭОС, отрицательные Т в отведении I, aVL, V5-V6

Инфаркт миокарда передне-боковой локализации. АВ-блокада II степени Мобитц I (постепенное увеличение интервала P-Q)



Синусовая брадикардия. АВ-блокада II степени типа Мобитц I (типа Венкебаха). ИМ нижней стенки неопределенной давности. ГЛЖ. Замедление внутрижелудочкового проведения. Изменения ST—T вызваны ГЛЖ, нарушением внутрижелудочкового проведения или и тем, и другим.

II дәрежелі АВ-бөгеке Мобитц II

Кездесу жиілігі: МИ бар науқастардың 10%-да.

ЭКГ-көрінісі: Бұл бөгеке кезінде импульстар қарыншаларға толық өтпейді, нәтижесінде QRS кешені болмайды. АВ бөгекеге импульстің өтуі тұрақты баяу, кезекті жиырылу кезінде PQ интервалы ұзармайды. Бұл атриовентрикулярлы түйіннің айқын зақымдалғанын көрсетеді. QRS кешені кеңейген, деформацияланған, бұл да сонымен қоса, түйіннің дистальді зақымдануын баяндайды.

Бұл бөгеменің негізінде МИ кезіндегі қарыншааралық пердені қамтитын көлемді құрылымдық өзгерістер жатыр. Мобитц II кез келген миокард инфарктінің орналасуында болады, жиі алдыңғы қабырға инфарктінде кездеседі. Бұл бөгеке кезінде импульстің баяу өтуі ГШ төменгі аймақтарында болады, жиі трифасцикулярлы бөгеке орын алады, аяқ асты АВ толық бөгеке туындайды.



Емі

Егер II дәрежелі атриоventрикулярлы бөгеме Мобитц II айқын брадикардиямен және миокардтың алдыңғы қабырғасының инфарктімен, ГШ аяқшасының бөгемесімен қосарланса уақытша электрокардиостимуляция жүргізу қажет.

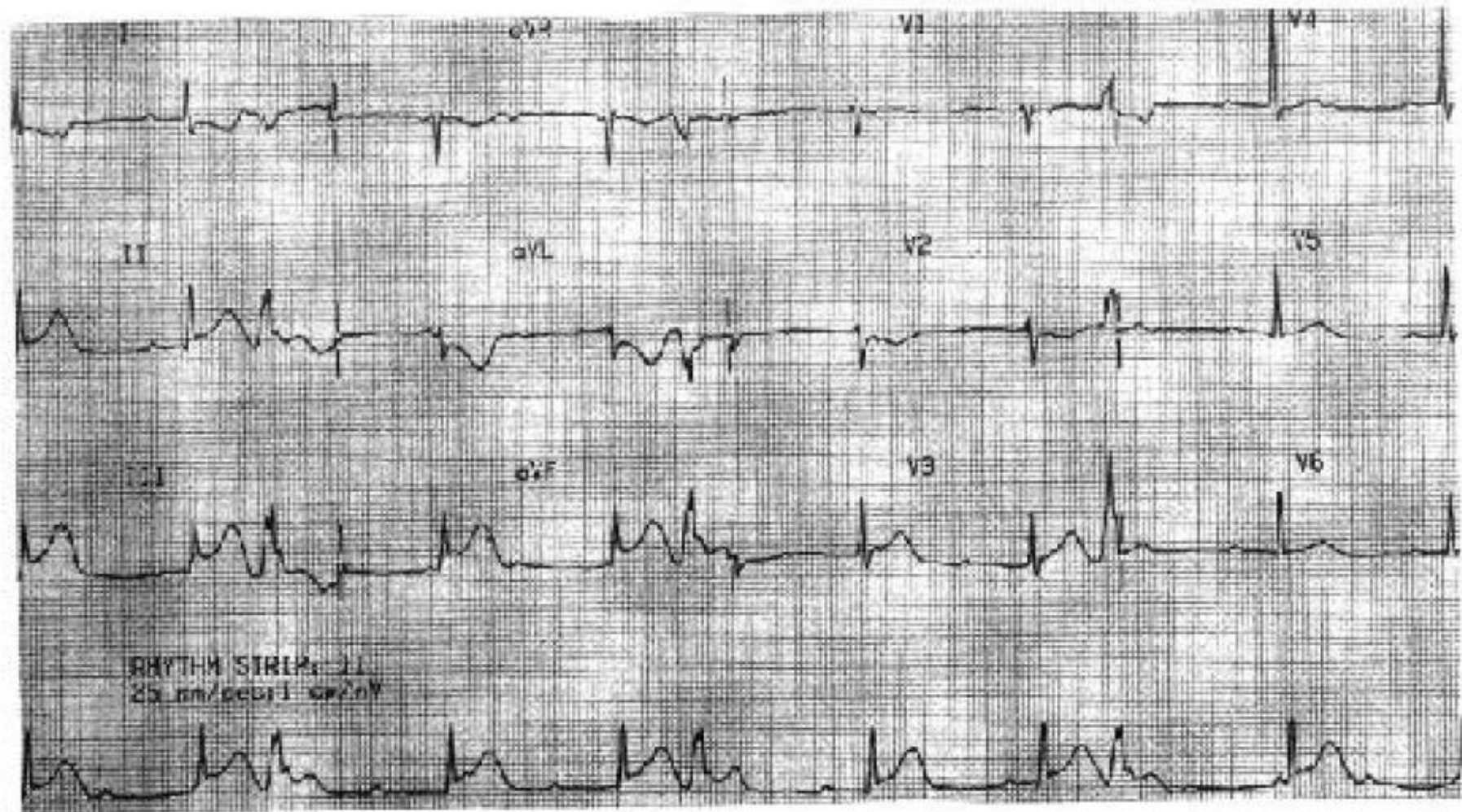
Кеңеймеген QRS кешенді миокардтың төменгі инфарктінде, өмірге қажетті мүшелердің қанайналым жеткіліксіздігі көріністерінің болмауы кезінде ЭКС жүргізілмейді, бірақ науқас жіті бақылауда болады. ЖЖЖ азайғанда, АҚҚ төмендегенде, стенокардия дамығанда, бас айналу болғанда ЭКС жүргізіледі.

III дәрежелі АВ-бөгеме

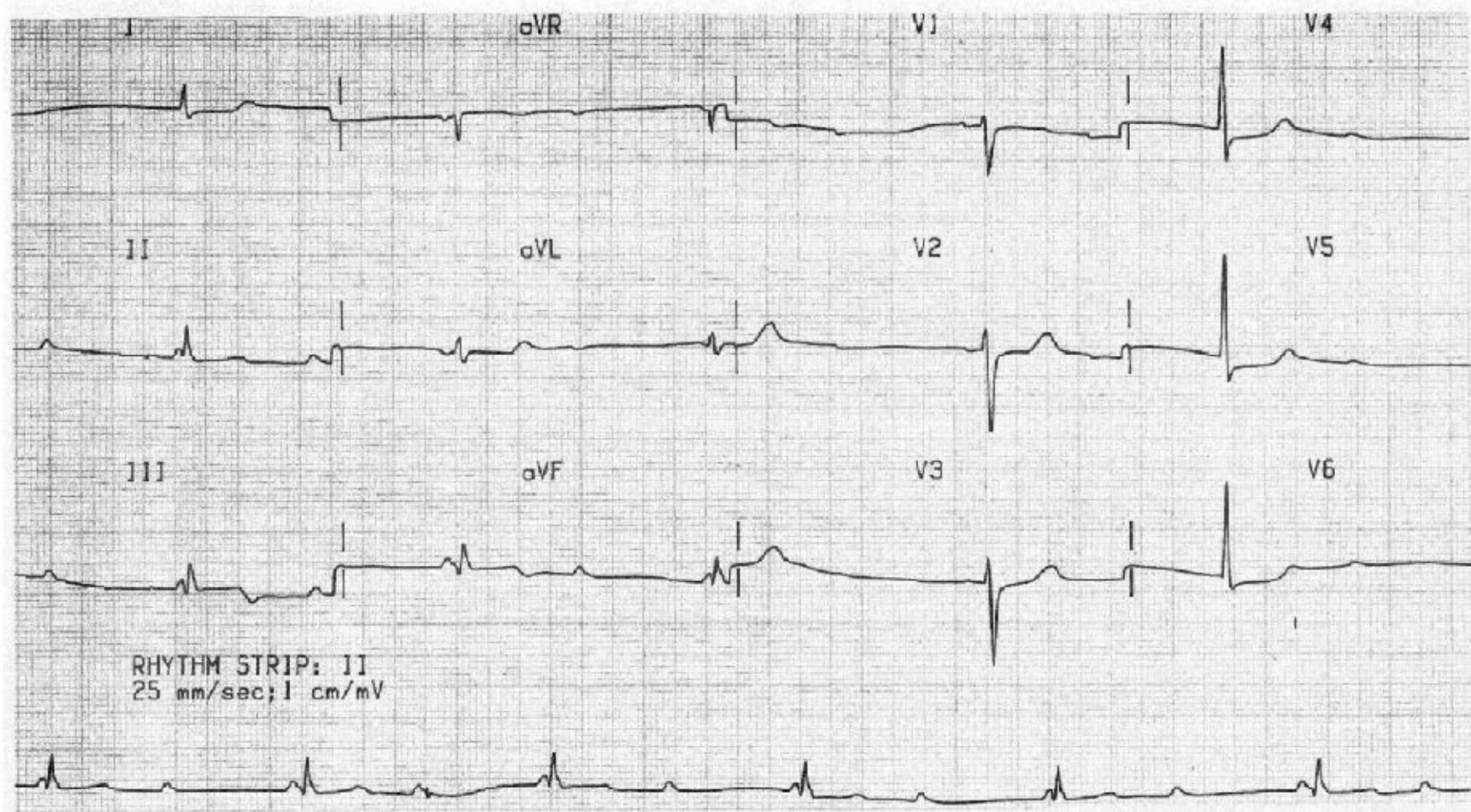
Толық атриовентрикулярлы бөгеме 15% МИ бар науқастарда кездеседі.

АВ өткізгіш жүйенінің қандану ерекшеліктеріне сәйкес толық бөгеме 2 нұсқада өтуі мүмкін:

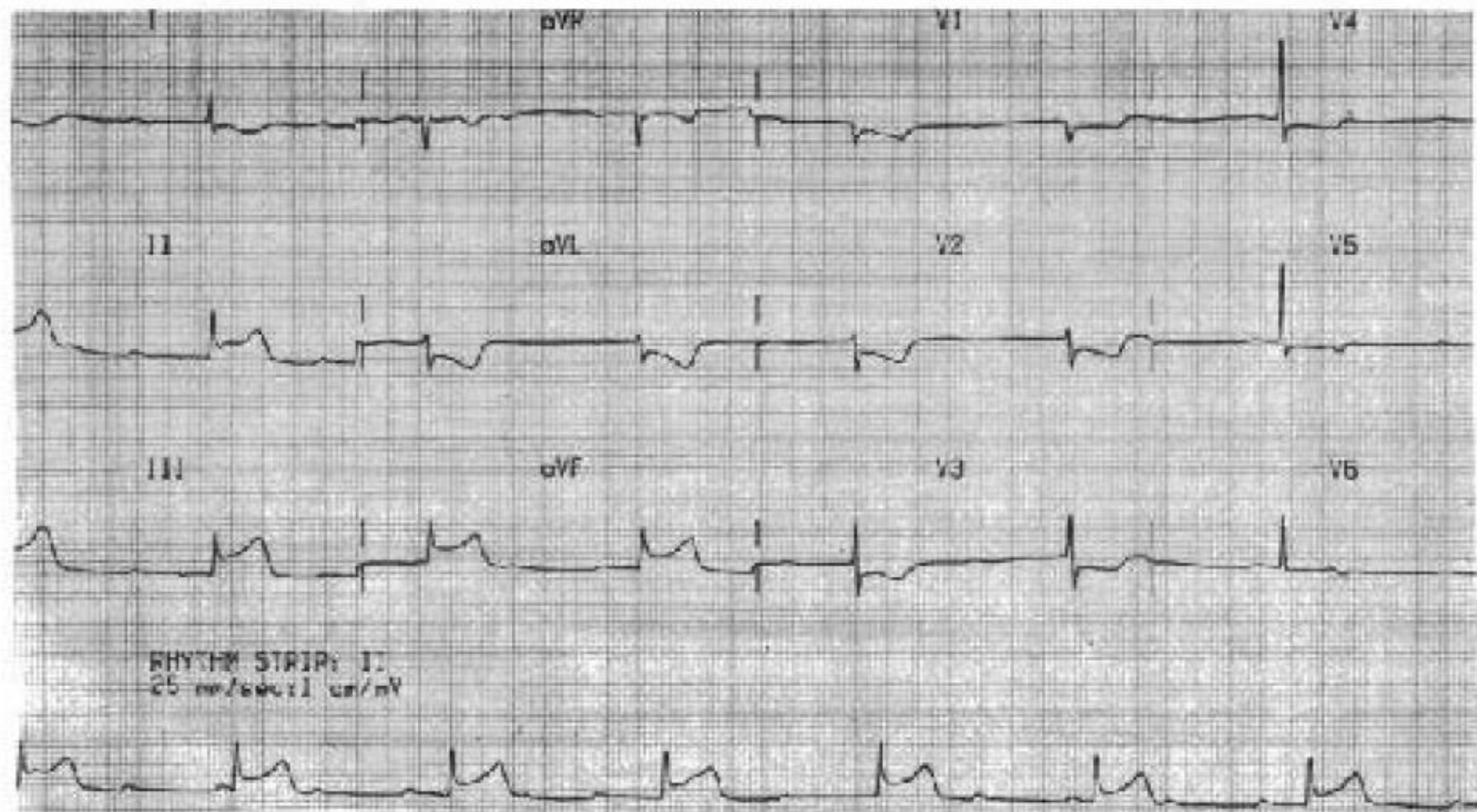
- *Оң тәждік артерияның зақымдануы* кезінде толық бөгеме сол қарыншаның артқы-төменгі қабырғасының МИ қосарланады. Бұл кезде толық бөгемеге толық емес I дәрежелі АВ-бөгеме немесе II дәрежелі АВ-бөгеме Мобитц I алып келуі мүмкін. Шамамен 70% науқастарда ЖЖЖ 1 минутта 40-тан аспайды, Моргани-Адамс-Стокс ұстамасы туындамайды, ЭКГ-да жиі QRS кешені кеңеймеген (импульс ГШ және оның тармақтарымен өтеді). Бұндай бөгеме жиі бірнеше күн көлемінде жоғалады. Летальді көрсеткіш 15% жағдайды құрайды. Ол оң қарыншаның некрозы қосарласқанда ұлғаяды.
- Алдыңғы МИ және *сол тәждік артерия тармақтарының зақымдануында* толық АВ бөгеме аурудың алғашқы тәуліктерінде аяқ асты дамиды. Бұған Мобитц II типті бөгеме немесе қарыншаішілік бөгеме алып келеді. ЖЖЖ минутына 40-тан аз, асистолия кезеңдері Моргани-Адамс-Стокс ұстамасымен туындайды, ЭКГ-да QRS кешені кеңейген және деформацияланған. Толық АВ бөгеме сол қарыншаның алдыңғы қабырғасының инфаркті кезінде ауыр тұрақты солқарыншалық жеткіліксіздікпен және кардиогенді шокпен жүретін сол қарынша алдыңғы-пердеаралық аймақтың көлемді некрозы орын алады. Летальді көрсеткіш 80% құрайды.



Синусовый ритм с полной (III степени) АВ-блокадой. Выскальзывающий ритм из АВ-соединения. Желудочковые экстрасистолы. Острый ИМ нижней локализации. Изменения ST—T свидетельствуют об его острой стадии. Неспецифические изменения ST—T связаны с ИМ или с реципрокными изменениями.



Синусовый ритм с полной АВ-блокадой. АВ-диссоциация. АВ узловой выскальзывающий ритм. ИМ нижней стенки с изменениями ST-T, свидетельствующими о ранней стадии повреждения миокарда. Изменения ST в отведениях I, aVL, V2—V6, соответствующие ишемии миокарда или реципрокным изменениям.



Синусовый ритм и полная АВ-блокада. Замещающий ритм из АВ-соединения. АВ-диссоциация. Признаки ИМ в области нижней стенки, о чем свидетельствует и элевация ST. Депрессия ST и инверсия волны Т в отведениях I, aVL и в грудных отведениях могут быть связаны как с реципрокными изменениями, так и с ишемией или ИМ в области задней стенки.

- Толық АВ-бөгеменің МИ бастамасынан бұрын алғашқы сағаттарда дамуы кезбе нервтің жоғары тонусы нәтижесінде (бұл кезде қарыншалардың жиырылу жиілігі минутына 40-тан жоғары, QRS кешені тар болады) болуы мүмкін. Бұндай бірнеше сағатта немесе тәулікте жойылады.
- Толық АВ бөгемені емдеу әдісі-эндокардиальді кардиостимуляция.



Пайдаланылган әдебиеттер

- Г.Е.Ройтберг, А.В.Струтынский. Внутренние болезни. Сердечно-сосудистая система.
- Б.Гриффин, Э.Тополь. Кардиология. 2004г.
- <http://txtres.chat.ru/med/oim.htm>

