

М. Оспанов атындағы Батыс Қазақстан мемлекеттік медицина университеті

Факультет: Жалпы тәжірибелі дәрігер

Кафедра: Жалпы тәжірибелі дәрігер

Тақырыбы: Вольфа-Паркинсона Уайта синдромы, толық көлденең кедергі, жүрекшілік экстрасис/сы, ЭКГ белгілері



Орындаған: Махан А.Е

613 тобы

Тексерген: Ибраева С.Т

Ақтөбе 2017 ж

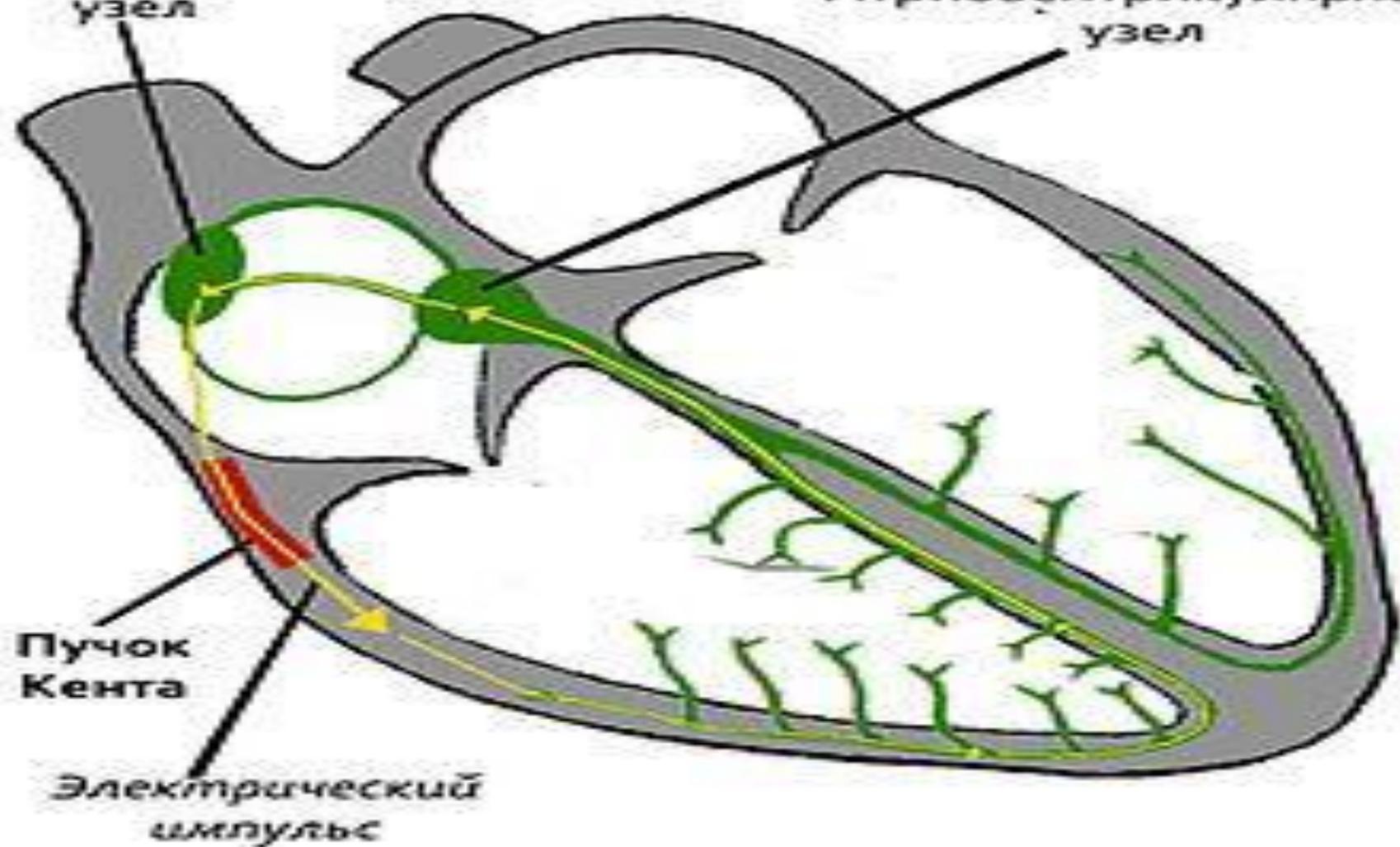
- Синдром Вольфа-Паркинсона-Уайта — наиболее частый синдром преждевременного возбуждения желудочков (его наблюдают у 0,1 — 0,3 % населения в общей популяции ^[1]), возникающий при наличии дополнительного пучка Кента. Большинство людей при этом не имеют признаков заболевания сердца. У мужчин синдром обнаруживают чаще, чем у женщин



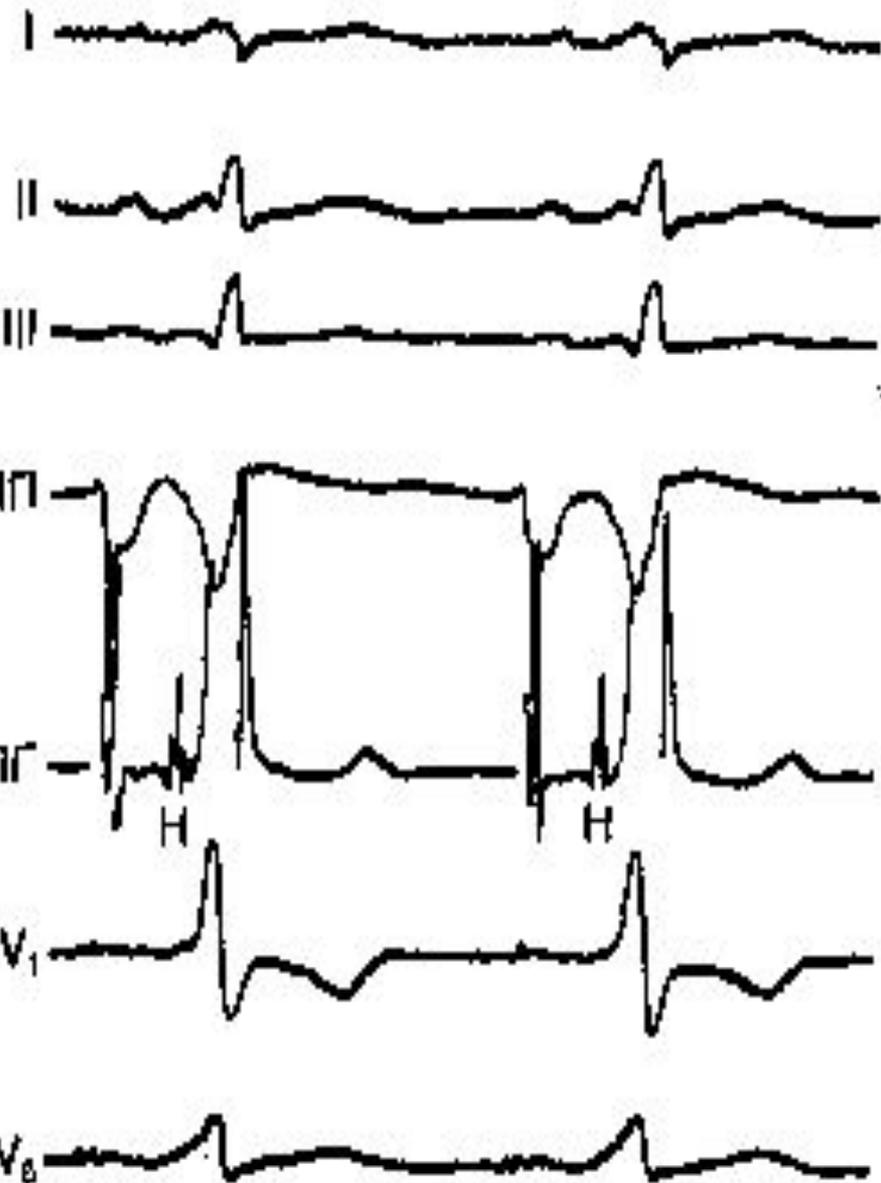
Реципроктная тахикардия при ВПВ-синдроме

Синоатриальный узел

Атриовентрикулярный узел

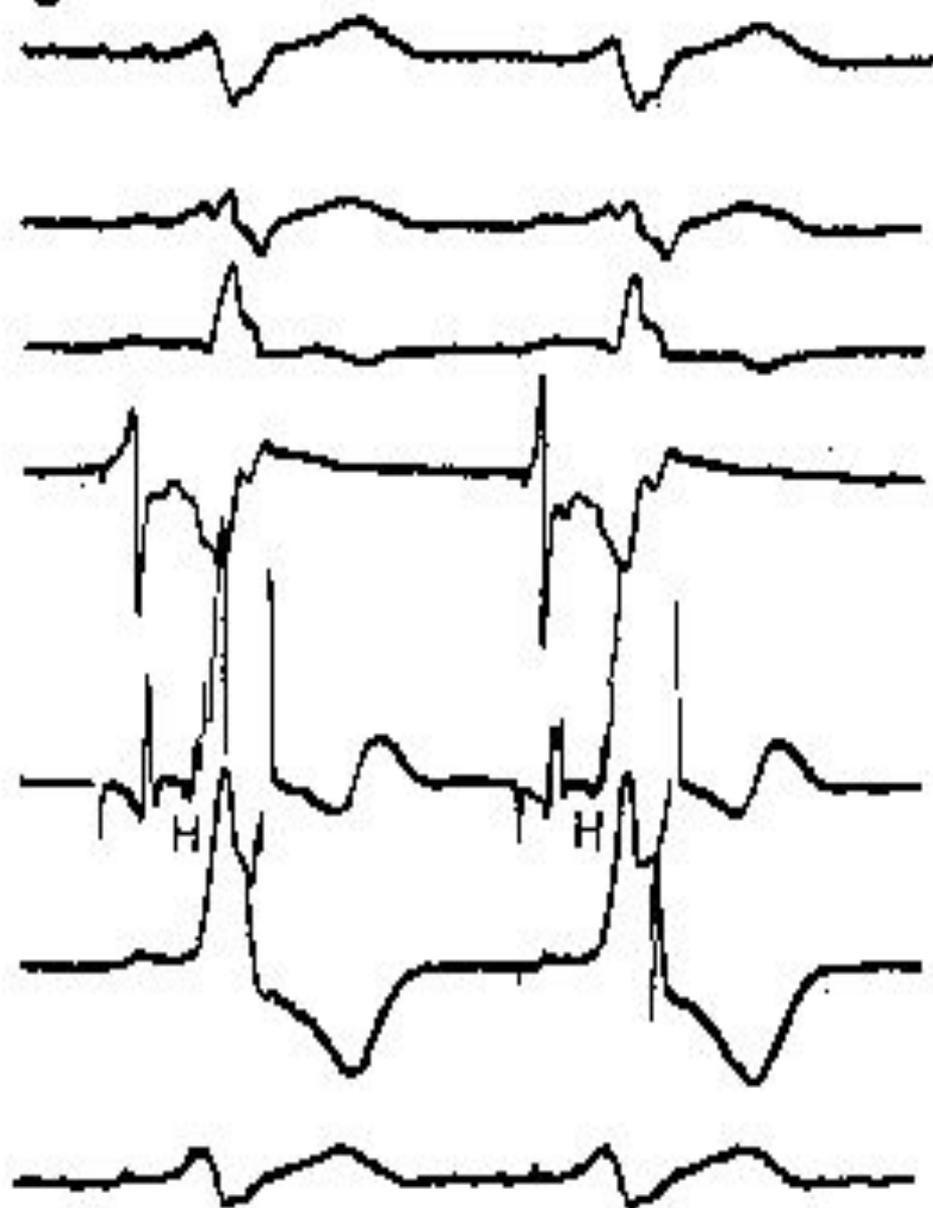


А

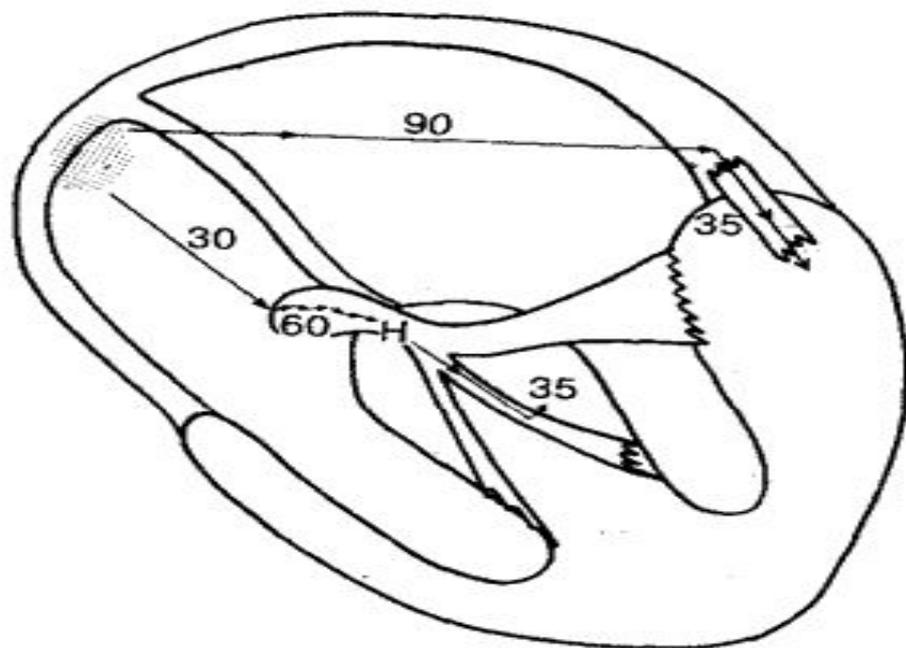
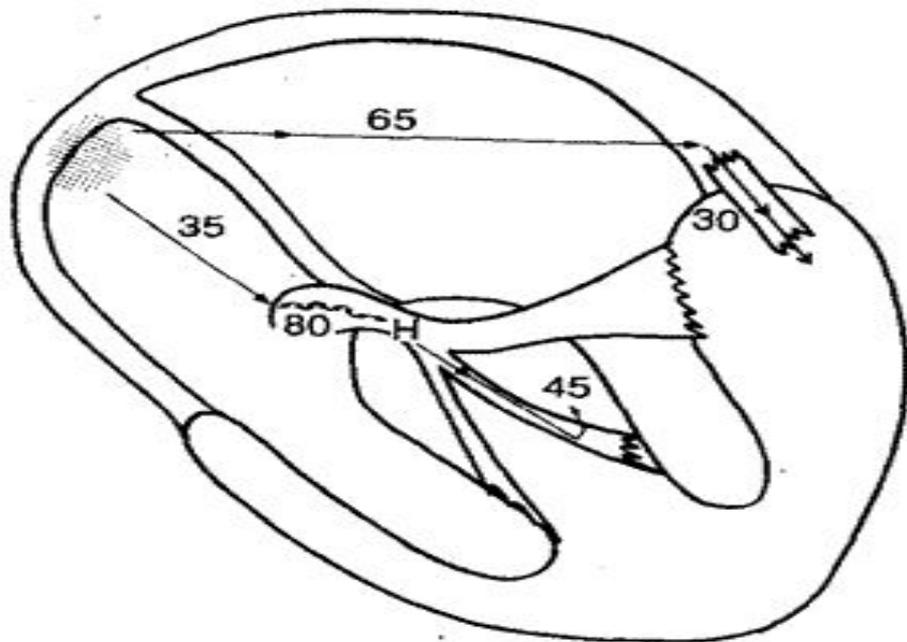
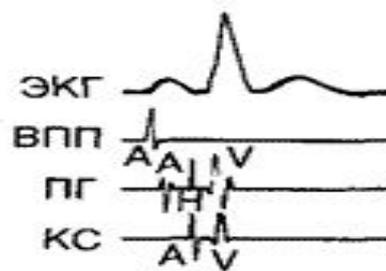
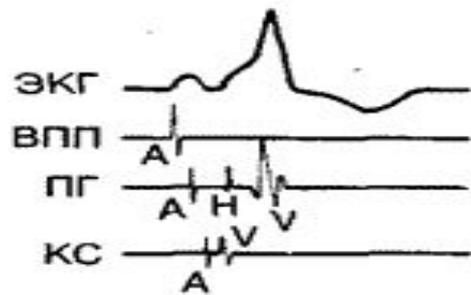


Стимуляция ПП, МСИ = 700 мс

Б



Стимуляция ЛП, МСИ = 700 мс



□ Электрокардиография у больных с синдромом ВПУ

□

□ Типичная картина ЭКГ при синдроме ВПУ (короткий интервал $P—R$ с расширенным комплексом QRS , начинающимся с дельта-волны) является результатом слияния волн активации желудочков, проходящих через нормальное атриовентрикулярное соединение (АВ-узел — система Гис — Пуркинье) и дополнительный путь (ДП). У таких больных характер активации желудочков определяется следующим: 1) расположением ДП; 2) временем внутрипредсердного проведения; 3) временем проведения по ДП; 4) временем предсердно-желудочкового проведения по нормальному пути (АВ-узел — система Гис — Пуркинье). Если, как показано в левой части рис. 11.1, время проведения из области синусового узла в желудочки по ДП меньше, чем при проведении по АВ-узлу и системе Гис — Пуркинье, то возбуждение желудочков начинается раньше ожидаемого срока (преждевременное возбуждение). При этом на электрокардиограмме отмечаются приведенные ниже изменения.

1. Укорочение интервала $P—R$. Если, как показано на рис. 11.1 (слева), общее время предсердно-желудочкового проведения по нормальному пути (АВ-узел — система Гис — Пуркинье) составляет 160 мс, а время АВ-проведения по ДП — 95 мс, то определяемый интервал между началом предсердной активации и началом возбуждения желудочков составит 95 мс.

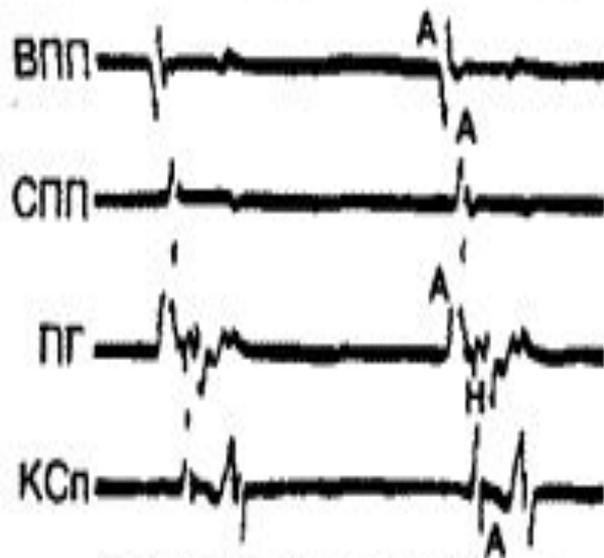
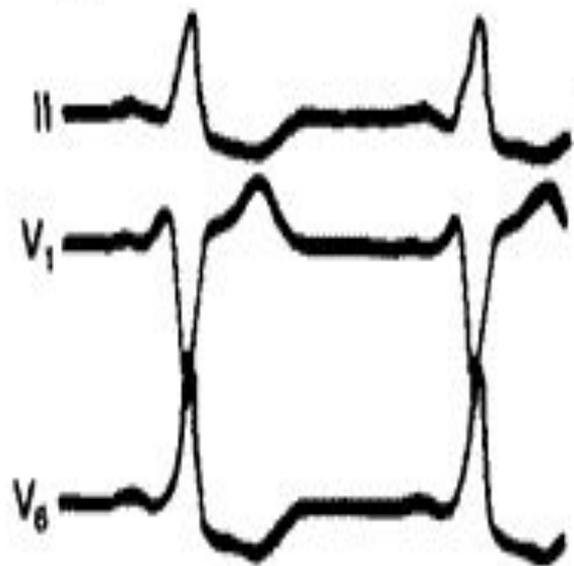
2. Расширение комплекса QRS с начальной дельта-волной. У большинства больных ширина комплекса QRS определяется степенью преждевременности возбуждения желудочков. В случае, показанном на рис. 11.1 слева, возбуждение желудочков началось бы на 65 мс раньше, чем ожидалось, если бы имелись только нормальные АВ-пути ($160—95=65$ мс), что приводит к расширению комплекса QRS . Начальные изменения комплекса QRS при преждевременном сокращении представляют активацию медленно проводящего рабочего миокарда желудочков. В результате на электрокардиограмме появляется низкочастотный компонент, называемый «дельта-волной» [18].

3. Вторичные изменения T -волны. В результате раннего асинхронного возбуждения части желудочков изменяется последовательность реполяризации, что приводит к изменению T -волны. Эти изменения связаны с величиной преждевременного возбуждающейся области и степенью преждевременности.

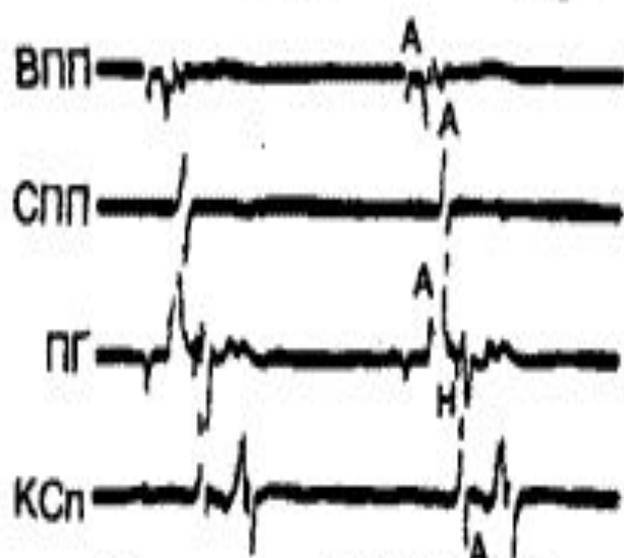
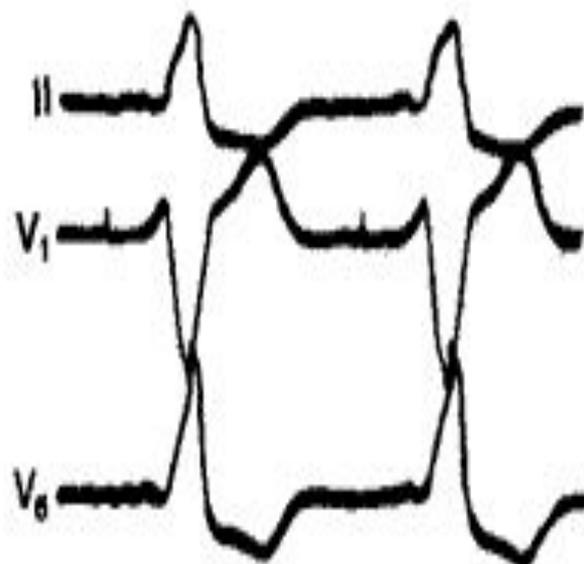
У некоторых больных вклад ДП в активацию желудочков при синусовом ритме может быть минимальным, так что величина интервала $P—R$ и комплекса QRS остается в пределах нормы. Пример такой ситуации представлен на рис. 11.1 справа. Если время предсердно-желудочкового проведения (из области синусового узла) по ДП не меньше, чем при нормальном проведении через АВ-узел и систему Гис — Пуркинье, то интервал $P—R$ не уменьшается и комплекс QRS имеет нормальную длительность. Это может быть следствием действия одного из нескольких факторов или их сочетания у данного больного (см. ниже).

1. Расположение ДП. Чем ближе к синусовому узлу располагается ДП, тем меньше времени требуется импульсу для достижения входа в ДП, в результате чего количество преждевременных возбуждений желудочков при синусовом ритме возрастает.

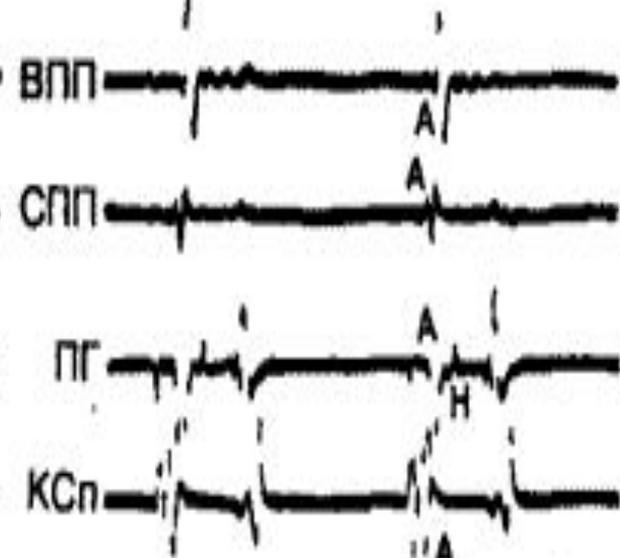


А

Длительность синусового
цикла 670 мс

Б

Стимуляция ПГ, ДЦ = 600 мс

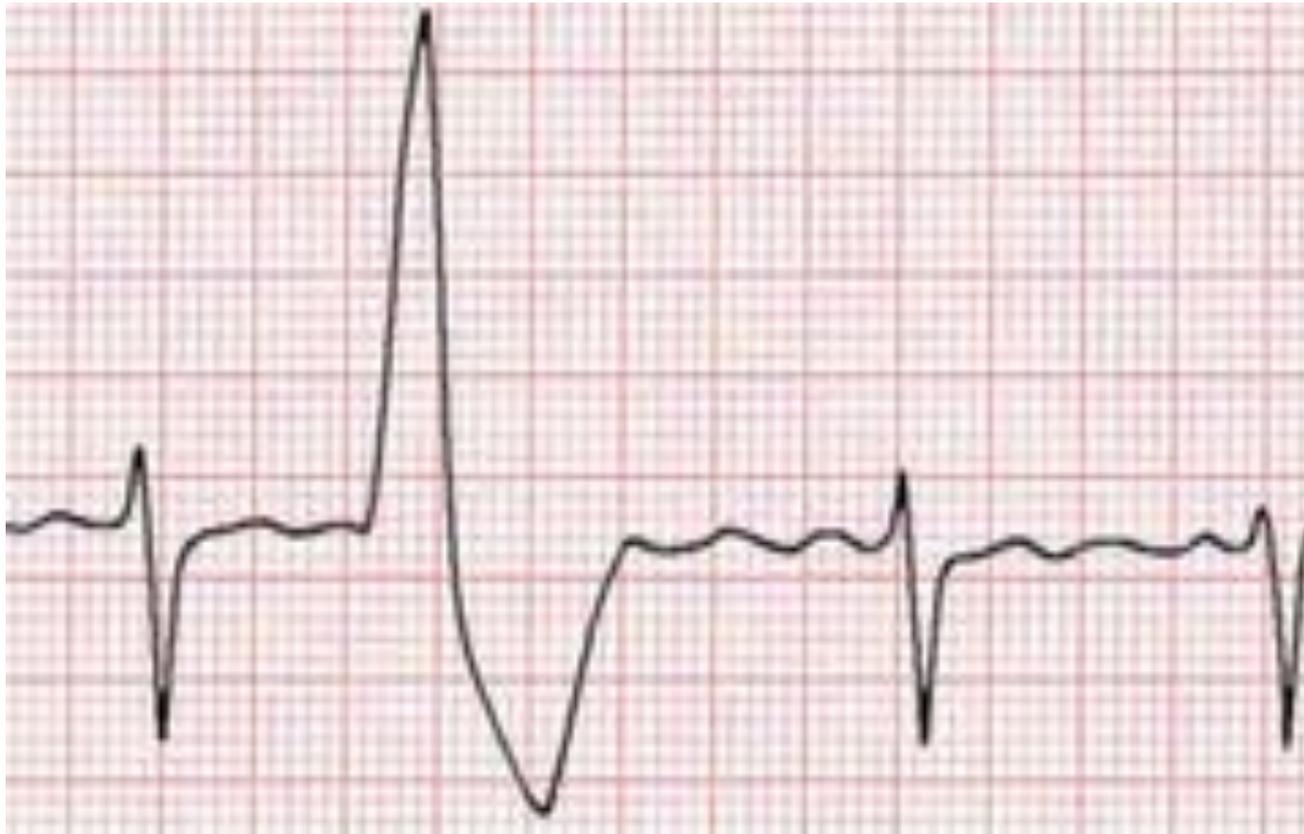
В

Стимуляция дистальной
части Кс, ДС = 600 мс

- Факторы, определяющие степень желудочкового предвозбуждения у больного с синдромом Вольфа—Паркинсона—Уайта при синусовом ритме. Над каждой схемой представлены ЭКГ и внутрисигнальные ЭГ верхней части правого предсердия (КПП), пучка Гиса (ПГ) и коронарного синуса (КС). Слева— время предсердно-желудочкового проведения из области синусового узла по нормальному АВ-пути составляет 160 мс [время, необходимое для проведения от синусового узла до АВ-узла (интервал Р — А) — 35 мс, для проведения через АВ-узел (интервал А — Н)—80 мс и для прохождения импульсов по пучку Гиса (Н) и его ветвям к миокарду желудочков (интервал Н — V) — 45 мс]. Время, требующееся для прохождения возбуждения из синусового узла до начала предсердного дополнительного пути (ДП) составляет 65 мс, а для проведения до ЦП — 30 мс. Общее время проведения от синусового узла в желудочек через ДП — 95 мс. В этих условиях интервал Р-дельта на соответствующей ЭКГ составляет 95 мс, а широкий комплекс QRS при желудочковом возбуждении будет начинаться на 65 мс (160— 95) раньше, чем ожидается. Справа — по сравнению с левой схемой здесь отмечается следующее: 1) более длительное проведение от синусового узла до начала предсердного дополнительного пути; 2) большее время распространения возбуждения по ДП; 3) меньшее время проведения через АВ-узел (более короткие интервалы Р—А, А—Н и Н—V). Вследствие этого время АВ-проведения по нормальному и по дополнительному пути оказывается одинаковым (по 125 мс). Интервал Р — R на ЭКГ составляет теперь 125 мс, а комплекс QRS не расширен.



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





Нормальный ритм

А



Компенсаторная пауза

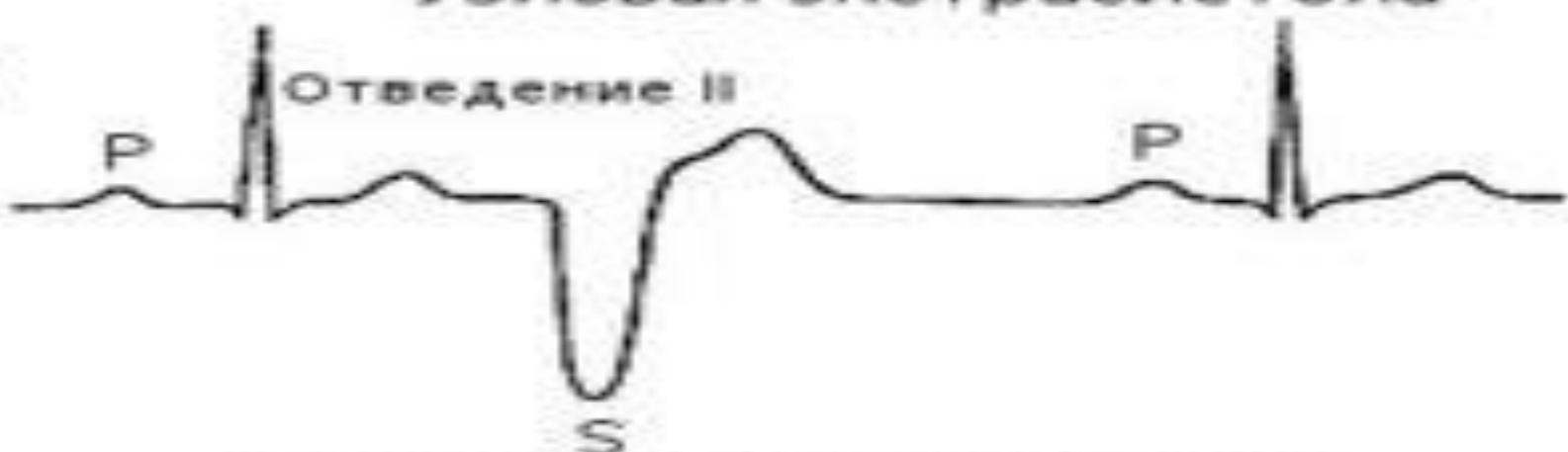
Б



Компенсаторная пауза

Узловая экстрасистола

В



Желудочковая экстрасистола

Емі.

Антиаритмиялық емді таңдағанда жедел фармакологиялық сынамааның нәтижесін есте ұстау керек: дәрінің жарты дозасын қабылдағаннан кейін 1,5-3 сағат өткенде ЭС жойылып кетсе немесе екі есе азайса, онда сынама оң мәнді болғаны. Сынама әсері ұзартылған дәрілермен және кордаронмен қойылмайды.



ҚАРЫНШАҰСТІЛІК ЭС–ҒА БАСЫМ ӘСЕРЛІ

ДӘРІЛЕР:

- Верапамил 40-80 мг-нан тәулігіне 3-4 рет беріледі;
- Кардил 60 мг-нан тәулігіне 3-4 рет беріледі;
- Прокорум 50-100 мг-нан тәулігіне 2-3 рет беріледі;
- Корданум 50-100 мг-нан тәулігіне 3 рет беріледі;
- Атенолол 50-100 мг-нан тәулігіне 1 рет беріледі.



ҚАРЫНШАЛЫҚ ЭС-ДА ТИМДІРЕК ӘСЕР ЕТЕТІН ДӘРІЛЕР

- Этмозин 100-200 мг-нан тәулігіне 3-4 рет беріледі;
- Этацизин 50-100 мг-нан тәулігіне 3 рет беріледі;
- Аллапинин 25-50 мг-нан тәулігіне 3 рет беріледі;
- Ритмилен 200 мг-нан тәулігіне 3-4 рет беріледі;
- Мекситил 200 мг-нан тәулігіне 3-4 рет беріледі;



ҚАРЫНШАҰСТІЛІК ЖӘНЕ ҚАРЫНШАЛЫҚ ЭС-ДА БІРДЕЙ ӘСЕР ЕТЕТІН ДӘРІЛЕР:

- Анаприлин табл.20-40 мг-нан тәулігіне 2-4 рет беріледі;
- Тразикор табл.40-80 мг-нан тәулігіне 3-4 рет беріледі;
- Вискен табл.5-15 мг-нан тәулігіне 2-3 рет беріледі;
- Бетапрессин табл.20-40 мг-нан тәулігіне 1-2 рет беріледі;
- Кинилентин және оның аналогтары 250 мг-нан тәулігіне 2-3 рет беріледі.

