

## Առողջ սրտի փորոքային տախիկարդիաներ: Դասակարգում և բուժման սկզբունքներ:

Փորոքային տախիկարդիա է կոչվում 3 և ավելի իրար հաջորդող սրտի կծկումները, որոնք առաջացել են ատրիովենտրիկուլյար հանգույցից ցածր և RR ինտերվալի տևողությունը կազմում է 600 մվրկ ոչ ավել:

Առողջ սրտի փորոքային տախիկարդիաներ հասկանում ենք այն առիթմիաները, որոնք ունեն փորոքային ծագում, աջ և ձախ փորոքները կառուցվածքային առողջ են՝ առանց դիլատացիայի և հիպերտրոֆիայի նշանների, չկան կորոնար և փականային հիվանդություններ, որոնք կարող են առիթմիաների պատճառ հանդիսանալ:

Հանդիպում է մինչև 50 տարեկան անձանց մոտ հիմնականում երիտասարդների մոտ:

### Կլինիկա

Հիվանդները գանգատվում են սրտխփոցից, օդի պակասության զգացումից, գլխապտույտից, հավասարակշռության խանգարումից, գիտակցության մթազնումից կամ կորստից: Առիթմիան կարող է լինել ասիմպտոմատիկ:

### Փորոքային տախիկարդիաների կլինիկական դասակարգում

Ռիթմը	100 և ավելի մինչև 100	փորոքային տախիկարդիա արագացած իդիովենտրիկուլյար ռիթմ
QRS	միանման QRS տարբեր QRS	մոնոմորֆ պոլիմորֆ
Ըստ QRS մորֆոլոգիայի	դրական V1  բացասական V1  դրական II III AVF  բացասական II III AVF	RBBB տիպ  LBBB տիպ  ՍԷԱ դեպի ներքև  ՍԷԱ դեպի վեր
Տևողություն	30 վրկ և ավել մինչև 30 վրկ	կայուն անկայուն
Հաճախականություն	Էպիզոդներով  սինուսային ռիթմի չվերականգման դեպքում	սպորադիկ  անընդհատ

Փորոքային տախիկարդիաներ առաջացնող օջախները գտնվում են փորոքների ներսում՝ աջ փորոքի արտատար հատվածում, ձախ փորոքի արտատար հատվածում, ձախ փորոքի միջնապատում և գագաթում:

Փորոքային տախիկարդիաները դասակարգվում են ըստ առաջացման մեխանիզմների՝

- Դրոման իմպուլսի կրկնակի մուտքով re-entry, որը տեղակայված է հաղորդչական համակարգում կամ աշխատող միոկարդի փորոքներում (Հիսի խրճի ոտիկներով կամ վնասված միոկարդում սրտամկանի ինֆարկտից, վիրահատություններից հետո և այլ):
- Էկտոպիկ օջախի ավտոմատիզմի բարձրացումով (աջ փորոքի արտատար հատվածի փորոքային տախիկարդիա)
- Էկտոպիկ օջախի տրիգերային ակտիվությամբ (Բրուգադայի սինդրոմ, երկարաձգված QT – ի սինդրոմ, պոլիմորֆ փորոքային տախիկարդիաներ):

Ըստ առաջացման մեխանիզմների կառուցվածքային առողջ սրտի փորոքային տախիկարդիաները դասակարգվում են՝ կատեխոլամին զգայուն  
վերապամիլ-զգայուն  
ադենոզին-զգայուն  
ինդուկցված ֆիզիկական լարումով:

Տախիկարդիաները ընդհատվում են ներերակային վերապամիլի, բետոտա ադրենոպաշարիչների կամ ադենոզինի ներարկումով:

### Առողջ սրտի փորոքային տախիկարդիաների դասակարգում

1. Ցիկլիկ ԱՄՖ-ով պայմանավորված փորոքային տախիկարդիաներ /կատեխոլամին զգայուն/  
աջ փորոքի արտատար հատվածի /առիթմիայի օջախը տեղակայված է թոքային փականից ցած/  
ձախ փորոքի արտատար հատվածի
2. Իդիոպաթիկ ձախփորոքային տախիկարդիաներ /վերապամիլ-զգայուն/
  - Հիսի խրճի ձախ ոտիկի հետին ճյուղի re-entry տախիկարդիա
  - Հիսի խրճի ձախ ոտիկի առաջային ճյուղի re-entry տախիկարդիա և Հիսի խրճի աջ ոտիկի պաշարում:
3. Հիսի խրճի ոտիկների միջոցով առաջացած re-entry փորոքային տախիկարդիա /կայուն մոնոմորֆ/
  - Հիսի խրճի ձախ ոտիկի միջոցով
  - Հիսի խրճի աջ ոտիկի միջոցով
4. Մանկական հասակի փորոքային տախիկարդիաներ
5. Իդիոպաթիկ փորոքային ֆիբրիլյացիա
  - Բրուգադայի սինդրոմ
  - Կորոնար զարկերակների սպազմ
  - Կորոնար զարկերակների անատոմիական անոմալիաներ
6. Երկարաձգված QT – ի սինդրոմ

Փորոքային տախիկարդիայի ԷՍԳ նշաններն են՝

- Բնորոշ է համասեռ պատկեր, բաղկացած մի շարք լայնացած մեծամասամբ կանոնավոր QRS կոմպլեքսներից, որոնց սկզբնային վեկտորը զգալի տարբերվում է այդպիսինից սինուսային ռիթմի ժամանակ /Հիսի ոտիկի պաշարման հետևանքով/: ՍԷԱ տեքուսը դեպի ձախ խոսում է ի օգուտ փորոքային տախիկարդիայի:
- QRS կոմպլեքսները լայնացած են 0.12 վրկ և ավելի, ունեն աղավաղված տեսք, որը այնքան ավելի է արտահայտված, որքան ռիթմի խանգարում առաջացնող մեխանիզմը հեռու է գտնվում Հիսի խրճից:
- Փորոքների ակտիվությունը կախված չէ նախասրտերի ակտիվությունից՝ ատրիովենտրիկուլար դիսոցիացիա: Նախասրտերը կարող են պատասխանել սինուսային հանդույցից եկող իմպուլսներին կամ ռետրոգրատ փորոքային ստիմուլացիային, բացի այդ նախասրտերի ռիթմը կարող է պայմանավորված լինել նախասրտային ռիթմով /օրինակ շողացող առիթմիա/: Երբ P ատամիկը հայտնվում է փորոքային ցիկլի համապատասխան մասում, տեղի է ունենում փորոքների “կողոպտում” և առաջանում են ձուլված կոմպլեքսներ:
- Փորոքային տախիկարդիան բաղկացած է 3 և ավելի QRS կոմպլեքսներից:
- Սինուսային ռիթմի ժամանակ գրանցվում է ST սեգմենտի աննշան փոփոխություններ և T ատամիկի ինվերսիա:

Տախիկարդիաների ժամանակ լայնացած QRS կոմպլեքսների դիֆերենցիալ ախտորոշում

Վերփորոքային տախիկարդիա	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ռեգուլար, ոչ ռեգուլար ռիթմ</li> <li>2. Տիպիկ RBBB կամ LBBB</li> <li>3. QRS &lt; 140 մվրկ RBBB, &lt; 160 մվրկ LBBB</li> <li>4. Անամենեզում վերփորոքային տախիկարդիայի նուպաներ</li> <li>5. QRS կոմպլեքսները փոփոխված չեն կամ աննշան լայնացած են համեմատած սինուսային ռիթմի ժամանակ</li> </ol>
Փորոքային տախիկարդիա	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ատրիովենտրիկուլար դիսոցիացիա</li> <li>2. Չուլված կոմպլեքսներ</li> <li>3. QRS &gt; 140 մվրկ RBBB, &gt; 160 մվրկ LBBB</li> <li>4. QRS առանցքը –60*-180*</li> <li>5. Կոնկորդանտ դրական QRS կոմպլեքսներ կրծքային արտածումներում</li> </ol>

Կառուցվացքային առողջ սիրտ ախտորոշելու համար անհրաժեշտ է կատարել մի շարք հետազոտություններ՝

- ԷՍԳ
- ԷխոԿԳ
- Հոլտեր հետազոտություն
- Տրեդմիլ թեստ
- Էլեկտրոֆիզիոլոգիական հետազոտություն
- Արյան քննություն

## *Կատեխոլամինով առաջացած փորոքային տախիկարդիաներ*

Փորոքների ռիթմի խանգարումները կարող են պայմանավորված լինել աղբյուրների նկատմամբ գերզգայնությամբ (սենսիբիլիզացիա): Հետազոտությունները ցույց են տվել, որ սրտի բարձրացած գերզգայնությունը էնդոգեն կատեխոլամինների նկատմամբ կարող է պատճառ հանդիսանալ մոնոմորֆ փորոքային էքստրասիստոլաների, փորոքային տախիկարդիաների, իսկ որոշ դեպքերում՝ ֆատալ առիթմիաների:

### Աջ փորոքի արտատար հատվածի փորոքային տախիկարդիան

համարվում է ամենահաճախ հանդիպող կատեխոլամին զգայուն փորոքային տախիկարդիաներից մեկը: Ախտորոշվում է **Հիսի խրճի ձախ ոտիկի պաշարումով և ՍԷԱ թեքումով դեպի աջ**: Տախիկարդիան միշտ մոնոմորֆ բնույթի է: Գիֆերենցվում է աջ փորոքի դիսպլազիայի փորոքային տախիկարդիայից, որի ժամանակ սինուսային ռիթմի առկայության դեպքում գրանցվում են փոփոխություններ աջ կրծքային արտածումներում: Հիմնականում այս տիպի ռիթմի խանգարումները հանդիպում են 20-35 տարեկան կանանց մոտ ֆիզիկական և նյարդային լարման ժամանակ:

Էֆեկտիվ են բետա-ադրենոպաշարիչները (նադոլոլ), վերապամիլը: Անհրաժեշտության դեպքում կատարվում է կատետերային արվյացիա, որը էֆեկտիվ է 80-90% դեպքերում:

### Ձախ փորոքի արտատար հատվածի փորոքային տախիկարդիան

իրենից ներկայացնում է կատեխոլամին զգայուն փորոքային տախիկարդիա: ԷՍԳ - ով ունենում ենք **Հիսի խրճի աջ ոտիկի** պաշարում:

### *Իդիոպաթիկ ձախփորոքային re-entry տախիկարդիա / վերապամիլ-զգայուն /*

Իդիոպաթիկ փորոքային տախիկարդիան կարող է լինել ուշագնացության պատճառ: Բնորոշվում է կայուն տախիկարդիայով մեղ QRS կոմպլեքսներով մինչև 150 մվրկ, որոնց մորֆոլոգիան կախված է դրդման աղբյուրի տեղակայումից: Նկարագրված են 2 տարբեր ձևի ԷՍԳ փոփոխություններ՝

1. Հիսի խրճի աջ ոտիկի պաշարում ՍԷԱ թեքվածությամբ դեպի ձախ՝ դրդման աղբյուրը տեղակայված է ձախ փորոքի միջնապատի ստորին հատվածում: Ավելի հաճախ հանդիպում է տղամարդկանց մոտ: Առիթմիան արտահայտվում է սրտխփոցով: Գիտակցության կորուստ և հանկարծամահությունը բնորոշ չեն:
2. Հիսի խրճի աջ ոտիկի պաշարում ՍԷԱ թեքվածությամբ դեպի աջ՝ դրդման աղբյուրը տեղակայված է ձախ փորոքի միջնապատի վերին հատվածում: Գեղորայքային բուժումը քիչ էֆեկտիվ է, կատարվում է արվյացիա:

### *Հիսի խրճի ոտիկների re-entry փորոքային տախիկարդիա*

Այս տիպի տախիկարդիաները ունեն չարորակ ընթացք, հանդիպում են ձախ փորոքի դիսֆունկցիայի ժամանակ, հազվադեպ կառուցվածքային առողջ սրտում: Ձախ փորոքի դիսֆունկցիայի պատճառ կարող են հանդիսանալ սրտի իշեմիկ հիվանդությունը, դիլատացիոն կարդիոմիոպաթիան: ԷՍԳ-ով գրանցվում է Հիսի խրճի ձախ ոտիկի պաշարում, 1աստիճանի նախասիրտ-փորոքային պաշարում, ներփորոքային հաղորդականության ոչ սպեցիֆիկ փոփոխություններ: Առիթմիայի

կայուն ձևերը նկարագրված են Էքշտեյնի անոմալիայի և հիպերտրոֆիկ օբստրուկտիվ կարդիոմիոպաթիաների ժամանակ: Տախիկարդիայի շրթան բաղկացած է Հիսի խրճից, աջ և ձախ ոտիկներից, Պուրկինեյի համակարգից և փորոքի միոկարդից: Նկարագրված են միջֆասցիկուլյար re-entry-ի տախիկարդիաներ, երբ իմպուլսը անցնում է Հիսի խրճի ձախ ոտիկի առաջային և հետին ճյուղերով:

### *Մանկական հասակի փորոքային տախիկարդիաներ*

Փորոքային տախիկարդիաներ գրանցվում են պտղի և բուրբուռ հասակի երեխաների մոտ, լինում են տարբեր էթիոլոգիայի և ունենում են տարբեր պրոգնոստիկ նշանակություն, հետևաբար անհրաժեշտություն կա հիվանդներին հսկել մինչև որոշակի տարիքի հասնելը, որից հետո անցնել ագրեսիվ բուժման (դեղորայքային, արվյացիա, կարդիոկորտեր-դեֆիբրիլատորի իմպլանտացիա):

Առիթմիայի ախտորոշումը դժվարանում է այն պատճառով, որ ԷՄԳ-ով գրանցվում են նեղ QRS կոմպլեքսներ և դժվար է դիֆերենցել վերփորոքային տախիկարդիաներից: Անհրաժեշտ է բացառել սրտի բնածին արատները, հիպերտրոֆիկ և դիլատացիոն կարդիոմիոպաթիաները, ներառյալ աջ փորոքի առիթմոգեն դիսպլազիաները, սրտի ուռուցքները, QT ինտերվալի երկարաձգված բնածին սինդրոմը:

### *Երեխաների կատեխոլամիներգիկ պոլիմորֆ փորոքային տախիկարդիաներ /երկուդորդված/*

Չարորակ հազվադեպ հանդիպող փորոքային տախիկարդիա է, որը հանդիպում է 3-16 տարեկան երեխաների մոտ և ընթանում է սինկոպեներով` ֆիզիկական և էմոցիոնալ ծանրաբեռնվածության ժամանակ: Հիվանդությունը հաճախ ախտորոշվում է որպես էպիլեպսիա: Դեռ չի ապացուցված փոխկապվածությունը երկարաձգված QT ինտերվալի բնածին սինդրոմի և նշված առիթմիայի միջև: 2 առիթմիաները և կլինիկական սիմպտոմները վերացվում են բետտա-պաշարիչներով` նախընտրելի է նադոլոլը: Առանց բետտա-պաշարիչներով բուժման 20 տարեկանում մահացությունը հասնում է մինչև 50%: Կորդարոնը ավելի քիչ էֆեկտիվ է: Ախտորոշման նպատակով անց է կացվում հոլտեր քննություն ֆիզիկական լարման ժամանակ իզոպրենալինի ներերակային ներարկումով: Կատեխոլամինի ազդեցությունից սկզբում սինուսային ռիթմը արագանում է մինչև 120-130 գ/ր, հետո սկսվում է արագացած հանգուցային ռիթմ նեղ QRS կոմպլեքսներով: Վերջում լինում է մոնոմորֆ, հետագայում երկուդորդված և պոլիմորֆ փորոքային տախիկարդիա հեմոդինամիկ կոլապսով և սինկոպեով: Փորձը ավարտվում է ռիթմի վերականգնումով: Բուժման նպատակն է թույլ չտալ ռիթմի ավելացումը մինչև 120-130 գ/ր: Բետտա պաշարիչները էֆեկտիվ չեն: Անհրաժեշտ է իմպլանտացնել կարդիոկորտեր-դեֆիբրիլատոր:

### *Նորածինների և վաղ հասակի երեխաների չընդատվող փորոքային տախիկարդիաներ*

Փորոքային տախիկարդիան համարվում է չընդատվող, եթե այն կազմում է 24 ժամվա 10%-ը: Կլինիկորեն ընդանում է սրտային անբավարարության սիմպտոմներով, կարդիովասկուլյար կոլապսով և հնարավոր է սրտի կանգով:

Առիթմիան ռեֆրակտեր է դեղամիջոցների նկատմամբ: ԷՍԳ- հիմնական ախտորոշիչ և տարբերակիչ կրիտերիան է նախասիրտ-փորոքային դիստրիբյուցիան: Բուժումը՝ արյացիա:

## Իդիոպաթիկ փորոքային ֆիբրիլյացիա

Իդիոպաթիկ փորոքային ֆիբրիլյացիան ախտորոշվում է վերակենդանացված հիվանդների մանրամասն հետազոտությունների հիման վրա, երբ բացառվում են սինկոպե առաջացնող այլ պատճառները (կորոնար հիվանդություն, ճախ փորոքի դիսֆունկցիա, հիպերտրոֆիա, ԱԿՇ): Հիվանդների հսկողությունը ցույց է տվել, որ 30% մոտ 5 տարվա ընթացքում փորոքների ֆիբրիլյացիան կրկնվում է:

## Բրուգադայի սինդրոմ

Բրուգադայի սինդրոմ է կոչվում կառուցվածքային առողջ սիրտ ունեցող հիվանդների մոտ ԷՍԳ-ով ախտորոշված Հիսի խրճի աջ ոտիկի պաշարումը և ST սեգմենտի էլևացիան կրծքային VI-V3 արտածումներում սինուսային ռիթմի առկայության դեպքում: Սինդրոմը հանդիպում է երիտասարդ հասակում, ունի հանկարծամահության բարձր ռիսկ: Կլինիկորեն արտահայտվում է սինկոպեյի նոպաներով և պոլիմորֆ փորոքային տախիկարդիաներով կամ փորոքների ֆիբրիլյացիայով: Հետազոտությունների արդյունքները ցույց են տվել, որ Բրուգադայի սինդրոմի ժամանակ գրանցվում է աջ փորոքի վաղ ռեպոլյարիզացիա կամ աջ փորոքի տվյալ հատվածը մնում է դեպոլյարիզացված: Բուժման ընտրության լավագույն եղանակը՝ կարդիոլեյտեր-դեֆիբրիլյատորի տեղադրումն է:

## Անոմալ տեղակայված կորոնար զարկերակներ

Հաճախակի հանդիպող անոմալ տեղակայված կորոնար զարկերեկի շրջադարձ ճյուղի դեպքում փորոքային տախիկարդիաները չեն ազդում կյանքի պրոգնոզի վրա: Վատ պրոգնոզ է գրանցվում, երբ կորոնար զարկերեկը ստանում է երակային արյուն թոքային զարկերակից կամ ոչ կորոնար Վալսալվայի սինուսից: Հանդիպում է երիտասարդների մոտ, արտահայտվում է ուշազնացությամբ ֆիզիկական լարման ժամանակ: Բուժումը՝ վիրահատություն:

## Երկարաձգված QT (LQTS) սինդրոմ

QT ինտերվալը ԷՍԳ-ի ամենանշանակալի ցուցանիշներից մեկն է: QT-ի երկարացումը գնահատվում է որպես վտանգավոր փորոքային առիթմիաների ռիսկի հավաստի մարկերներից մեկը:

Երկարաձգված QT սինդրոմը բնորոշվում է՝

- QT կորեկցված ինտերվալի երկարացմամբ 440 մվկն և ավելի:
- Հանկարծամահության բարձր ռիսկով մոտ 50%:
- Լինում է բնածին և ձեռքբերովի:
- Կլինիկորեն արտահայտվում է սինկոպեով, պարասինկոպեով, հանկարծամահությամբ:

Torsale de pointes տիպի տախիկարդիան համարվում է երկարաձգված QT սինդրոմի սպեցիֆիկ կլինիկական արտահայտումը: ԷՍԳ-ի պատկերը բնորոշվում է սրտի էլեկտրական առանցքի աստիճանաբար փոփոխմամբ (առանցքի պտույտ)՝ գերակշռող դռական թեքումների վեր են անցնելով գերակշռող բացասական թեքումների: Փոփոխվում են նաև լայնացած փորոքային կոմպլեքսների ամպլիտուդան և ինտերվալը:

Բնածին երկարաձգված QT –ի սինդրոմը լինում է 2 տիպի՝

1. Jervell և Lange-Nielsen կոդմից նկարագրված սինդրոմը բնորոշվում է բնածին խլությամբ և փոխանցվում է ռեցեսիվ ձևով:
2. Romano-Ward-ի սինդրոմի ժամանակ լսողության խանգարումները բացակայում են, հիվանդությունը ժառանգվում է դոմինանտ տիպով:

Հանգստի պայմաններում QT-ն երկարացած է, իսկ ֆիզիկական լարման ժամանակ (երբ այն պետք է ավելի կարճանալ) ավելանում է: ԷՍԳ-ով գրանցվում է համասեռ փորոքային տախիկարդիա կամ Torsade de pointes, որը շատ արագ անցնում է փորոքների ֆիբրիլացիայի և մահվան:

Ձեռքբերովի երկարաձգված QT–ի սինդրոմը դիտվում է էլեկտրոլիտային բալանսի խանգարումների (հիպոկալիեմիա, հիպոմագնիեմիա, հիպոկալցիեմիա, Կոննի սինդրոմ), սպիտակուցային դիետաների ժամանակ, ինչպես նաև դեղորայքային՝ 1 և 3 դասի հակաառիթմիկներից (հինիդին, պրոկաինամիդ, կորդարոն), բետտա-պաշարիչներից (տտալոլ), սրտային գլիկոզիդներից, պսիխոտրոպներից, հակադեպրեսանտներից (ամիտրիպտիլինի խումբ), որոշ հակաբիոտիկներից (երիթրոմիցին), ֆոսֆորօրգանական միացությունների թունավորումների ժամանակ: Եթե նշված դեղամիջոցներից որևէ մեկի օգտագործման ժամանակ առաջանում է torsade de pointes, ապա անհրաժեշտ է զգուշորեն մոտենալ նրա հետագա նշանակմանը: Կալցիումի անտագոնիստ բեպրիդիլը նույնպես կարող է առաջացնել առիթմիա, հատկապես մեծահասակ կանանց մոտ, որոնք ունեն հիպոկալիեմիա:

Ինչպես նշվեց, հիմնականում հանկարծամահությունը հանդիպում է երիտասարդների մոտ, ունի առիթմոգեն ծագում և աուտոպսիայով չեն հայնաբերվում սրտի արատներ, կորոնար զարկերակների և միոկարդի ախտահարում:

Սի շարք հետազոտությունների տվյալներից արվել է այն եզրակացությունը, որ ոչ միայն երկարաձգված QT սինդրոմը, այլ նաև QT ինտերվալի կարճացումը բերում է փորոքային առիթմիաների, քանի որ կարճանում է փորոքների էլեկտրական սիստոլայի փուլը, որը ի վերջո կարող է բերել հանկարծամահության: QT կարճացումը բնորոշվում է որպես “կարճացած QT ինտերվալի սինդրոմ”:

- QT կարճացումը հանդիպում է դեռահասների մոտ, որոնք ունեն ընտանեկան ծանր անամնեզ երիտասարդ տարիքի հանկարծամահության դեպքերով:
- ԷՍԳ-ով հայտնաբերված QT կարճացումը 88% դեպքերում ընդհանում է ասիմպտոմ, և ախտորոշելիս անհրաժեշտ է բացառել կյանքին վտանգ սպառնացող առիթմիաները:
- Ընտանիքում երիտասարդ տարիքում հանկարծամահության դեպքերի, անհայտ էթիոլոգիայի սինկոպեների ժամանակ պետք է բացառել QT կարճացումը:

QT ինտերվալի գնահատումը 0-17 տարեկան երեխաների և դեռահասների մոտ

Երեխաների մոտ QT-ի երկարացում է համարվում QTc 440 մվրկ և ավելի մինչև 8 տարեկան երեխանի և դեռահասների մոտ, 450 մվրկ և ավելի աղջիկների և մինչև 1 տարեկան երեխաների մոտ:

Երեխաների և դեռատասների մոտ առանձնացնում են QT կարճացման 2 աստիճան՝

1. QTc մինչև 350 մվրկ

2. QTc մինչև 330 մվրկ, որի առկայության դեպքում անհրաժեշտ է բացառել «կարճացած QT ինտերվալի սինդրոմ»-ը:

QT-ի բացարձակ թվերը սինուսային առիթմիայի պայմաններում չպետք է գերազանցի 40 մվրկ: QTc գնահատումը արտահայտված տախիկարդիայի պայմաններում կատարվում է հաշվի առնելով RR ինտերվալի տևողությունը:

## Բուժման սկզբունքներ

Առիթմիաների բուժումը որոշելու համար անհրաժեշտ է պատասխանել 2 հարցի՝

1. ինչպիսին է առիթմիայի կլինիկական արտահայտման ծանրության աստիճանը
2. սրտի ռիթմի խանգարումները ունեն նշանակություն պրոգնոզի համար՝

Հնարավոր է 4 տարբերակ՝

- Սրտի ռիթմի խանգարումներ ծանր կլինիկական ընթացքով և պրոգնոստիկ նշանակալի՝ պարոքսիզմալ փորոքային տախիկարդիա, փորոքային տախիկարդիա, փորոքների ֆիբրիլյացիա:
- Սրտի ռիթմի խանգարումներ ծանր կլինիկական ընթացքով և պրոգնոստիկ ոչ նշանակալի՝ բոլոր վերփորոքային տախիկարդիաներ:
- Սրտի ռիթմի խանգարումներ, որոնք ընդանում են ասիմպտոմ կամ քիչ սիմպտոմատիկ, բայց պրոգնոստիկ նշանակալի՝ փորոքային ակտիվության արտահայտման բոլոր տեսակները հոլտեր մոնիտորինգով հայտնաբերված՝ փորոքային էքստրասիստոլիա, փորոքային տրիպլետներ, բայց բացակայում են կայուն փորոքային տախիկարդիաները:
- Սրտի ռիթմի խանգարումներ, որոնք ընդանում են ասիմպտոմ և պրոգնոստիկ նշանակություն չունեն՝ փորոքային և վերփորոքային էքստրասիստոլիա:

Սուր փորոքային տախիկարդիաների բուժումը իրականացվում է դեղորայքային և ոչ դեղորայքային ճանապարհներով: Դեղորայքից դրական էֆեկտի բավակայության դեպքում կատարվում է էլեկտրական կարդիովերսիա:

Տրադիցիոն առաջին ընտրության դեղորայք է համարվում լիդոկաինը, որը սակայն ունի կարճ ազդեցություն: Պրոկաինամիդը ներարկվում է ներերակային դանդաղ 50-100 մգ 1 րոպեում՝ զարկերակային ճնժման և QRS կոմպլեքսի երկարության հսկողության տակ: Էֆեկտիվ է նաև սոտալալը: Չընդհատվող սուր փորոքային տախիկարդիաների դեպքում նշանակվում է ներերակային կորոարոն: Վերջին տարիների փորձը ցույց է տվել, որ փորոքային տախիկարդիաների դեղորայքային բուժումը հաճախ էֆեկտիվ չէ և նույնիսկ կարող է ունենալ պրոառիթմիկ էֆեկտ:

Բուժում իմպլանտացված սարքերի օգնությամբ

Առիթմիաների վիրահատական բուժումը սկիզբ է առել 1968թ.:

Ժամանակակից ինպլանտացվող կարդիովերտեր-դեֆրիլատորները թույլ են տալիս կասեցնել re-entry տիպի առիթմիաների մինչև 95% էֆեկտիվությամբ: Օգտագործվում են սրտի ստիմուլյացիայի 4 հիմնական տեսակներ՝

UNDERDRIVE – ստիմուլյացիա ֆիքսված հաճախականությամբ, որը քիչ է տախիկարդիայի հաճախականությունից: Իմպուլսներից մեկը դադարեցնում է տախիկարդիան:

PES - ստիմուլյացիա մեկ կամ մի քանի իմպուլսներով, որոնք հաղորդվում են կցման որոշակի ինտերվալով ընկալելով սրտից եկող իմպուլսը:

BURST - ստիմուլյացիա տախիկարդիայից ավելի բարձր հաճախականությամբ իմպուլսների միջոցով և հավասար ինտերվալներով:

RAMP - ստիմուլյացիա իմպուլսների միջև ինտերվալի պրոգրեսիվ փոքրացումով /decrementae/ կամ մեծացումով /incrementae/:

Կարդիովերտեր-դեֆրիլատորի հատկությունները՝

1. ընկալման համակարգ

2. խթանման համակարգ

3. կարդիովերսիա /դեֆրիլյացիա՝

- կարդիովերսիա ցածր էներգիայով
- կարդիովերսիա կամ դեֆրիլյացիա բարձր էներգիայով
- երկուողորդված ,երկֆազային կամ հաջորդական պարպում

### Բուժման կատետերային մեթոդներ

Գոյություն ունեն տարբեր տեսակի փորոքային տախիկարդիաներ, որոնք լավ ենթարկվում են բուժման կատետերային արյացիայի միջոցով՝

1. Աջ փորոքի արտատար հատվածի փորոքային տախիկարդիաները:

2. Իդիոպաթիկ ձախփորոքային տախիկարդիաները՝ ԷՍԳ ախտորոշվում է նեղ QRS և Հիսի խրճի աջ ոտիկի պաշարում ՍԷԱ թեքումով դեպի ձախ:

3. Re-entry տախիկարդիա Հիսի խրճի ոտիկներում: Հայտնի է Re-entry շրջանի կառուցվածքը՝ Հիսի խրճի դիստալ մասը և 2 ոտիկները, Հիս-Պուրկինյե համակարգը և փորոքները:

