

## INHALTSVERZEICHNIS

1. Päd XIV - EKG 2	1
1.1. Hypertrophiediagnostik	1
1.2. Rhythmus	1
1.3. Extrasystolen	1
1.4. Supraventrikuläre Tachykardie	1
1.5. Vorhofflimmern/Flattern	1
1.6. VES	2
1.7. AV-Dissoziation	2

### 1. PÄD XIV - EKG 2

#### 1.1. Hypertrophiediagnostik.

- Volumenhypertrophie: Komplex wird breiter = Schenkelblockbild
- Druckhypertrophie: Amplitude wird größer
- Rechtshypertrophie: V1 & V2 und Rechtslagetyp
- Linkshypertrophie: V5 & V6 und Linkslagetyp
- V1/2 und V5/6 sind nun die Indiatoren für Amplitude/Breite für Drück oder Volumen
- Kind: Positives T pathologisch = hinweis auf zu hohen Druck → wieder z.B. V1/2 oder V5/6
- Gegenstück Linkshypertrophie: V5/6 hoch und V1/2 gegenteilig also sehr negativ
- spitze oder doppelte P-Welle ist auch ein schlechtes Zeichen

#### 1.2. Rhythmus.

- immer checken: hat das P was mit dem QRS-Komplex zu tun
- es gibt eine respiratorische Arrhythmie, schneller bei Einatmung → häufig und normal
- Ersatzrhythmus: häufig eine negativ gerichtete Vorhoferregung

#### 1.3. Extrasystolen.

- SVES: überhalb von his
- VES: His oder tiefer

- Bigeminus: 1/1 extrasystolen
- Trigeminus 1 ES auf 2 Schläge z.B.
- Couplet/Triplet: 2 oder 3 ES auf einen Schlag
- Salve: 3 Schläge oder mehr
- polymorph → meistens auch Polytop
- Extrasystole NUR wenn verfrüht
- nichtkompensatorische Pause: Zeit von 2 Schlägen mit ES ist kürzer als ohne ES, ansonsten kompensiert die Pause
- Ausfall eines Schlags: Antegrade blockierung → Brady
- Extremfall: Supraventrikuläre Tachykardie

#### 1.4. Supraventrikuläre Tachykardie. WPW & andere Reentry-Sachen

- meistens Reentry bei Kindern → WPW davon am häufigsten
- oft Paroxysmal aber manchmal auch chronisch-permanent
- ektope Reizbildung eher selten
- sehr viele zusätzliche Leitungsbahnen sind im EKG gar nicht sichtbar
- AV-Reentry nach WPW zweithäufigstes Syndrom im EKG nicht sichtbar
- Intraatrielle: Vorhofflattern od. Flimmern
- Deltawelle = Vorzeitige Kammererregung, geht direkt hoch und QRS wird breiter, PQ kürzer = Präexzitation → EKGsichtig
- die Bahnen leiten oft in beide Richtungen, Retrograd nicht sichtbar im EKG aber trotzdem Tachykardie
- Vorhofflimmern wird Kammerflimmern, weil kein AV-Knoten bremsen kann
- meistens Orthodrome WPW-Tachykardie = rücklauf der Erregung über Zusatzbahn und richtiger weg über AV → Komplexe normal
- Antidrom: komische komplexe
- AV-Reentry hat manchmal ein negatives P nach einem Komplex

#### 1.5. Vorhofflimmern/Flattern.

- bei Kindern nicht so selten
- zum Glück bremst der AV-Knoten meistens, so wird aus einer Vorhoffrequenz von 400 nur 200 oder so
- wächst sich meistens aus

### 1.6. VES.

- breiter Komplex
- Extremfall der VT: Kammerflimmern
- P-Wellen völlig dissoziiert
- Brugada: kaputter Ionenkanal macht komische plötzliche (auch konvulsive) Synkopen
- Brugada & Co: Long-QT-Syndrom → längere vulnerable Phase → Extrasystole macht eine VT

### 1.7. AV-Dissoziation.

- p verschiebt sich = Block 3. Grades
- 2. Grad: Wenkebach od. Mobitz
- 1. Grad: nur verlängerung
- Wenkebach vagotonisch: nicht-Pathologisch
- Lupus der Mutter macht bei den Kindern einen AV-Block III. ° → Kind bekommt evtl gleich einen Schrittmacher