

ШПАРГАЛКА ПО ГКС

MEDEVENT

*Роздатковий матеріал до курсу: «ЕКГ-діагностика: гострий коронарний синдром.
Тактика ведення»*

Неішемічні причини болю в грудях (I)

Захворювання	Характерні ознаки та симптоми
Розшарування аорти	<ul style="list-style-type: none"> • Раптовий інтенсивний біль у грудях. • Артеріальний тиск може бути низьким, а пульс — асиметричним. • Новий епізод/початок аортальної регургітації клапана. • Розшарування аорти може закривати просвіт у місці відходжень коронарних артерій з ознаками загрози інфаркту. • Широке середостіння на рентгенограмі грудної клітки.
Гостра емболія легеневої артерії	<ul style="list-style-type: none"> • Задишка і тахіпное як головні симптоми. • Біль у грудях у близько половини пацієнтів. • Тахікардія, блокада правої ніжки пучка Гіса (БПНПГ), низький кров'яний тиск при обширній тромбоемболії легеневої артерії; ехокардіографія показує правосторонню дилатацію і підвищений легеневий тиск. • Рентгенографія грудної клітки часто є нормальною. • Знижений або нормальний PaO_2, знижений або нормальний $PaCO_2$. • Позитивний результат тесту на D-димери; негативний результат цього тесту з високою ймовірністю виключає легеневу емболію.
Спонтанний пневмоторакс, напружений пневмоторакс	<ul style="list-style-type: none"> • Задишка, біль у грудях. • Ослаблене дихання при аускультатії. • Рентгенографія грудної клітки підтвердить діагноз.

Неішемічні причини болю в грудях (II)

<p>Розрив стравоходу, перфоративна виразка</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Біль у грудях, біль у верхній частині живота.
<p>Перикардит, міокардит</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Біль здебільшого за грудниною, різкий або пронизливий за своєю природою. • Біль посилюється на вдиху, при кашлі або зміні положення. • Можна почути шум тертя (плеври). • Зміни зубців ST–T з майже щоденною альтернацією.
<p>Плеврит</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ознаки та симптоми інфекції дихальних шляхів. • Колючий біль у грудях, що посилюється при вдиху та кашлі.
<p>Косто-хондральний біль</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Біль при пальпації. • Рухи грудної стінки та дихання можуть посилювати біль.
<p>Запалення стравоходу</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Печія, біль у грудях, біль у верхній частині живота. • Може бути погіршення стану в горизонтальному положенні та при напруженні (рефлюкс). • Відсутність змін на ЕКГ. • Полегшення від прийому інгібіторів протонної помпи (ІПП).

Неішемічні причини болю в грудях (III)

Початкова стадія оперізуючий герпесу	<ul style="list-style-type: none">• Відсутність змін на ЕКГ.• Через кілька днів з'являється висип.• Локалізована парестезія перед появою висипу.
Гіпер-вентиляційний синдром	<ul style="list-style-type: none">• Сильне відчуття браку повітря.• Швидке та глибоке дихання.• Холодні кінцівки з поколюванням та онімінням.• Запаморочення, головний біль, сухість у роті.• Знижений $PaCO_2$, підвищений або нормальний PaO_2.
Депресія	<ul style="list-style-type: none">• Постійне відчуття важкості в грудях, відсутність кореляції з фізичним навантаженням.• Нормальна ЕКГ.

Стани, які доцільно враховувати в диференційному діагнозі ІМ під час інтерпретації змін на ЕКГ

Зміни на ЕКГ	Що доцільно враховувати в диференційному діагнозі
Елевація сегмента ST	Рання (передчасна) реполяризація
	Периміокардит
	Гіпертрофічна кардіоміопатія
	Синдром Бругада
	Легенева емболія
	Гіперкаліємія
	Гіпертрофія лівого шлуночка

Зміни на ЕКГ	Що доцільно враховувати в диференційному діагнозі
Депресія сегмента ST	Симпатикотонія
	Гіпервентиляція
	Мікрovasкулярна стенокардія
	Гіпертрофія лівого шлуночка
	Дигоксин
	Післяінфарктна тахіаритмія
	Пролапс мітрального клапана

Стани, які доцільно враховувати в диференційному діагнозі ІМ під час інтерпретації змін на ЕКГ

Зміни на ЕКГ	Що доцільно враховувати в диференційному діагнозі
Зміни зубця Т	Нормальний варіант
	Гіпервентиляція
	Підвищений внутрішньочерепний тиск
	Порушення водно-електролітного балансу
	Гостре легеневе серце (легенева емболія)
	Синдром Такоцубо

Зміни на ЕКГ	Що доцільно враховувати в диференційному діагнозі
Зубець Q	Гіпертрофія лівого шлуночка (відведення V1)
	Гіпертрофічна кардіоміопатія
	Тиск крові у правому шлуночку та об'ємне перевантаження
	Пневмоторакс
	Міокардит
	Аномальне положення серця (відведення II, III та aVF)

Нестабільна стенокардія

ЕКГ-критерії під час нападу НС

- Спостерігається патологічне зміщення сегмента ST горизонтально над або під ізолінією з можливим сплюсненням, двофазним або негативним зубцем T.
- На відміну від ГІМ не супроводжується змінами маркерів некрозу міокарда.

Біологічні маркери в крові

- Тропонін T та I, ізофермент КФК-МВ, АсАТ, АлАТ знаходяться на верхній межі норми або підвищуються не більше ніж на 50%.
- Найбільш перспективними є Тропонін T і I.

Кожен з цих маркерів має високу специфічність щодо інфаркту міокарда і вони можуть виявлятися в крові через 3 години після початку больового синдрому.

Локалізація ГІМ

ЕКГ у спокої: зміни у ≥ 2 -х сусідніх відведеннях :

I, aVL, V ₁	з передньої стінки
II, III, aVF	із задньої стінки
V ₂	перетинки
V ₃ -V ₄	з верхівки
V ₅ -V ₆	з бокової стінки
V _{r3} , V _{r4}	з вільної стінки правого шлуночка
Поширений передній	I, aVL, V₁-V₆
Поширений задній	II, III, aVF, V₇-V₉
Передньобоковий	I, aVL, V₅, V₆
Задньобоковий	II, III, aVF, V₅-V₆
Правого шлуночка	ознаки заднього ІМ (II, III, aVF), а також V₃R-V₆R

Дослідження крові

- **серцевий тропонін Т** 10–14 нг/л (в залежності від методики); **серцевий тропонін І** 9–70 нг/л (в залежності від методики).
- **рівень КФК-МВ** >5–10 мкг/л (в залежності від методики) використовують лише тоді, коли не можна визначити тропонін;
- **розгорнутий ЗАК, МНВ і АЧТЧ**, електроліти, сечовина, креатинін, глюкоза, ліпідограма.
- **зростання ШОЕ** до 60 мм/год, як правило, на 2 добу інфаркту і зберігається впродовж 2–3 тижнів; зростання рівня фібриногену і СРБ у плазмі крові; лейкоцитоз з нейтрофільним зсувом, між 2 і 4 добою, нормалізація через 7 днів.

Лікувальна тактика

Необхідні дії лікаря

1. **Положення пацієнта лежачи з піднятою злегка головою.** *Хворим на ГІМ для зменшення навантаження на міокард необхідно обмежити фізичне навантаження, забезпечити повний психологічний спокій, не допускати самотійного пересування пацієнта.*
2. **Проведення оксигенотерапії показане пацієнтам зі зниженням сатурації менше 95%.** *Інгаляцію зволженим киснем проводити за допомогою маски або через носовий катетер зі швидкістю 3-5 л/хв.*
3. **Забезпечення венозного доступу.**

Надання медичної допомоги до прибуття бригади екстреної медичної допомоги

За наявності ЕКГ-критеріїв ГІМ

Обов'язкові:

1. **Нітрогліцерин** під язик у таблетках (0,5-1,0 мг), в аерозолі (1-2 дози або 0,4-0,8 мг). У разі необхідності та нормальному рівні АТ повторювати прийом кожні 5-10 хв.
2. **АСК** у дозі 160-325 мг, розжувати.
3. **Бета-блокатори** призначаються усім пацієнтам з ГІМ, які не мають протипоказань. **NB! Введення бета-блокаторів є протипоказаним пацієнтам з брадикардією, клінічними ознаками гіпотензії або застійної серцевої недостатності.**
4. **Наркотичні анальгетики:** морфін або тримеперидин. Перевага надається морфіну – вводити дробно по 2-5 мг кожні 5-15 хв до припинення больового синдрому та задухи або появи побічної дії (гіпотензії, пригнічення дихання, блювоти).
5. У разі відсутності наркотичних анальгетиків, як виняток, можливе застосування **ненаркотичних анальгетиків (метамізол натрію) у комбінації з діазепамом**, які вводити внутрішньовенно повільно.

Бажані:

1. **Клопідогрель** 300 мг всередину. Ефективним є застосування комбінації АСК та клопідогрелю.
2. **Гепарин** – внутрішньовенно струминно 5000 ОД – при ГКС без підйому сегмента ST (інфаркт міокарда без зубця Q і нестабільна стенокардія).

У разі тільки клінічного (без ЕКГ) діагностування ГІМ:

Обов'язкові:

1. **Нітрогліцерин** під язик у таблетках (0,5-1,0 мг), в аерозолі (1-2 дози або 0,4-0,8 мг). У разі необхідності та нормального рівні АТ повторювати прийом кожні 5-10 хв.
2. **АСК** у дозі 160-325 мг, розжувати.
3. У разі відсутності наркотичних анальгетиків, як виняток, можливе застосування **ненаркотичних анальгетиків: розчини метамізолу натрію та діазепаму** вводити внутрішньовенно повільно.



Протипоказання до тромболітичної терапії у разі STEMI

Абсолютні протипоказання	Відносні протипоказання
Лікування ішемічного інсульту або субарахноїдального крововиливу (САК) у попередні 6 місяців.	Транзиторні ішемічні атаки (ТІА) у попередні 6 місяців
Внутрішньомозковий крововилив у будь-який час раніше.	Антикоагулянтна терапія
Новоутворення центральної нервової системи або аномалії кровоносних судин, нелікована аневризма мозкової кровоносної судини.	Період вагітності або 1 тиждень після пологів
Важка травма, травма голови або велике хірургічне втручання в попередні 3 тижні або нейрохірургічна операція в попередній місяць.	Рефрактерний систолічний тиск 180 мм рт. ст. або діастолічний тиск 110 мм рт. ст.
Шлунково-кишкові кровотечі в межах 1 місяця.	Інфекційний ендокардит
Відомі геморагічні розлади (порушення згортання, анемія, тромбоцитопенія).	Гостра пептична виразка
Підтвержене або підозрюване розшарування аорти.	Терапія прасугрелом або тікагрелом, особливо у пацієнтів, які щойно отримали навантажувальну дозу
Недавнє втручання (біопсія печінки, люмбальна пункція).	Захворювання печінки на пізній стадії (цироз)

Дізнатись більше можна на курсі:

«ЕКГ-діагностика: гострий коронарний синдром.
Тактика ведення»



Facebook

[@MedEventAgency](https://www.facebook.com/MedEventAgency)



Website

[academy.medevent.com.
ua](http://academy.medevent.com.ua)



Email

medevent.com.ua
[@gmail.com](mailto:medevent.com.ua@gmail.com)

Тел: 067 544 83 45

ПН-ПТ 10.00-18.00