

ÄGEDA KORONAARSÜNDROOMIGA HAIGE KÄSITLUS

Mõiste **äge koronaarsündroom** tähistab kliinilist sümptomaatikat, mille põhjuseks on äge südamelihase isheemia. See haarab endas nii **ägedat müokardiinfarkti** kui **ebastabiilset stenokardiat**. Mõiste kasutamise põhjuseks on juhtida tähelepanu haige kiire ja kompleksse käsitluse vajadusele ja eeldatavale koronaarpatoloogia olemasolule, kuigi täpsem diagnoos võib selguda alles haiglas.

Ägedat koronaarsündroomi peab kahtlustama patsientidel, kelle peamiseks **stenokardilise valu** lokaliseerimiseks on rindkere või ülakõhu piirkond.

- Iseloomulik on, et valu, pigistustunne, raskustunne, põletustunne või survetunne on rindkere piirkonnas/ rinnaku taga; tüüpiline on valu/ebamugavustunne, mis kiirgub kaela, lõuga, õlgadesse, selga või kätte/kättesse
- Ebamugavustunde/valuga rindkeres võivad kaasnedada:
 - Seedehäire või kõrvetised, iiveldus ja/või oksendamine
 - Öhupuudustunne
 - Tugev nõrkus, pearinglus, uimasus, teadvusekadu

Haige anamneesi on soovitatav täpsustada kohe esimesel kontaktil haigega, arvestades et lisaks eeltoetud ägeda ataki tavapärasele sümptomaatikale viitab koronaarhaigusele ka järgnev teave:

- Varasem stenokardia pingutusel, läbipõetud müokardiinfarkt, aorto-koronaarne šunteerimine, koronaarangioplastika
- Nitroglütseriini kasutamine leevendab rinnakutagust ebamugavustunnet

Tuleb meeles pidada, et teatud osal haigetest ei kulge koronaarhaigus tavapäraselt ja nad võivad ekslikult jääda piisava tähelepanuta. Õige raviotsuse tegemiseks ei tohi unustada, et suurem tõenäosus ägeda koronaarsündroomi ebatüüpiliste sümptomite esinemiseks esineb järgmistel patsientide gruppidel:

- Naised
- Suhkurtõve haiged
- Eakad patsiendid

Dispetšeril lasub suur vastutus selekteerida kiiret abi vajavaid haigeid ja saata brigaad patsiendi juurde võimalikult lühikese aja jooksul. Reeglina on vajalik kiirabibrigaadi väljasõit haigete juurde, kellel puudub koronaarhaiguse anamnees, kuid kes kaebavad **stenokardilisi vaevusi kestvusega üle 5 minuti**. Kui varasemast on teada koronaarhaigus, siis kiirabibrigaad tuleb saata haigete juurde, kellel **nitroglütseriini tablett ei leevenda ägedat valusündroomi 5 minuti jooksul**. Haige juurde minev brigaad peab olema valmis koheseks EKG tegemiseks ning ravivõtete alustamiseks (pole aktsepteeritav, et vajalikud ravidiaagnostilised vahendid jäetakse esmalt autosse ja vajadusel naastakse näiteks EKG aparaati või ravimeid tooma).

Ägeda koronaarsündroomi kahtlusel on vajalik kõigil patsientidel **kohene 12-lülituse EKG tegemine**.

EKG alusel eristatakse :

1) ST-elevatsiooniga müokardiinfarkt

Kriteeriumid: EKG-s ST-segmendi elevatsioon

- kahes järjestikuses sama anatoomilist piirkonda kajastavas rinnalülituses vähemalt 0,2 mV või
- jäsemelülitustes vähemalt 0,1 mV või
- Hisi kimbu vasaku sääre uus või oletatavalt uus totaalne blokaad

2) ST-elevatsioonita äge koronaarsündroom

- ST-segmeni depressioon alates 0,05 mV ja T-saki inversioon 0,2 mV. ST-depressioonid ja vähemal määral T-saki inversioon näitavad isheemilise protsessi tõsidust.
- NB! Esmaselt võib olla elektrokardiogramm ka normaalne

Kui EKG ja kaebuste alusel jääb töödiagnoosiks müokardiinfarkt, siis on kõige olulisem kiirelt selekteerida ST-elevatsiooniga patsiendid, kes vajavad väga kiiret transporti reperfusioonravi teostavasse haiglasse. See on patsientide grupp, kellel esineb kõige suurem risk eluohtlikeks rütmihäireteks, hemodünaamika halvenemiseks ja äkksurma tekkeks ning kellel ajategur reperfusioonravi alustamisel mängib tähtsat rolli haiguse edasises kulus. **Vastavalt kehtivale ravijuhisele on eesmärgiks reperfusioonravi 3 tunni jooksul haigestumise algusest, haige tuleb hospitaliseerida liigsete ajakadudeta Eesti Kardioloogide Seltsi poolt tunnustatud reperfusioonravi teostavasse haiglasse.** Kuigi eelistatud on ööpäevaringse koronaarangioplastika võimalusega haiglad, tuleb väljaspool Tallinna ja Tartut eelistada lähimat reperfusioonravi (trombolüüsiravi) teostavat haiglat ja haige viia angioplastika võimalustega haiglasse vaid juhul, kui selleks ei kulu märgatavalt rohkem aega. Soovitav on helistada vastavasse haiglasse ja teatada ST-elevatsiooniga müokardiinfarkti haige eeldatav saabumise aeg. Ajakohastatud haiglate loetelu paikneb Eesti Kardioloogide Seltsi veebilehel.

Teisel grupil haigetel puudub EKGs ST-elevatsioon. Nende puhul on raviotsuse tegemisel oluline roll kliiniliste sümptomite hindamisel. Ägedale müokardiinfarktile tüüpiline valu on äärmiselt intensiivne, mis ei kao täielikult nitroglütseriini manustamisega.

Ebastabiilse stenokardiaga on tegemist järgnevatel juhtudel:

- 1) esmakordselt elus tekkinud tõsine stenokardia (vähemalt III klassi stenokardia olemasolu s.t. tavalise füüsilise koormuse tunduv piirang);
- 2) progresseeruv stenokardia – stenokardiahood on sagenenud ja/või raskenenud tavapärasel koormusel võrreldes varasemaga;
- 3) rahuoleku stenokardia ilma selge põhjuseta (stenokardilise valu kestus rahuolekus ja pikaajaliselt, tavaliselt >20 minutit).

Kõik patsiendid ST-elevatsioonita müokardiinfarkti kahtlusel või ebastabiilse stenokardiaga kuuluvad hospitaliseerimisele lähimasse kardioloogia või sisehaiguste osakonnaga haiglasse.

Erisusena tuleb käsitleda hooldusravi asutustes olevaid lamavaid või väheliikuvaid raskete kaasuvate haigustega patsiente – nende puhul tuleb tõsiselt kaaluda kohapealsete ravivõimalustega piirdumist.

Ravi

Olenemata üldseisundi raskusest konkreetsel ajahetkel, on äge müokardiinfarkt suure riskiga haigus, mis vajab kohest erakorralist käsitlust. Kuna ohtlikumaks ja suhteliselt sagedaseks tüsistuseks on südameseiskus vatsakeste fibrillatsiooni tõttu, samuti kardiogeense šoki kiire väljakujunemine, peab olema tagatud **pidev EKG, SpO₂ ja vererõhu monitooring ja valmisolek elustamiseks.**

Ravimite kasutamissoovitused haiglaeelses etapis ei erine müokardiinfarkti või ebastabiilse stenokardiaga haigetel.

Müokardi koormust ja hapnikuvajadust aitab vähendada füüsilise koormuse piiramine (lamav või poolistuv kehaasend). Haiged ei tohi ise jalutada kiirabiautosse. Soovitav on **hapniku** manustamine maskiga 4-6 l/min.

Haiglaeelselt tuleb **kanüleerida veen** ja alustada ravimite manustamist eesmärgiga parandada verevoolu südame pärgarterites, vähendada müokardi hapnikuvajadust, valusündroomi ja hirmu.

Haiglaeelses etapis tuleb manustada järgnevaid ravimeid:

Aspiriin – kõigile patsientidele, kellel on ägeda koronaarsündroomi kahtlus ja puuduvad vastunäidustused, 500mg tbl.

Nitroglütseriin – s/l või i.v. valu kupeerimiseks kui süstoolne vererõhk on >90 mmHg ja ei esine väljendunud bradükardiat (südame löögisagedus <50 x/min). Nitroglütseriini i/v manustamisel perfuusoriga kasutatakse lahust kontsentratsiooniga 1mg/ml.

Opiod – intravenoosse morfiini aldoos on tavaliselt 2 mg, lisaks vajadusel 1-2 mg kaupa 5 minutiliste pausidega kuni valu leevendub. Kõrvaltoimeteks on iiveldus ja oksendamine, hüpotensioon bradükardiaga, hingamisdepressioon. NB! Ettevaatlik tuleb olla eakamatel patsientidel ja mitte kiirustada korduvate annustega.

Beeta-adrenoblokaator – kui patsiendil stenokardiline valu püsib ja ei esine vastunäidustusi. Tavaliselt kasutatakse i/v metoprololi, alustada doosist 1-2 mg.

Võimalik, et konkreetsetel patsiendil on tarvilik kasutada veel teisigi ravimeid näiteks vererõhu normaliseerimiseks, südame rütmihäirete raviks vmt – sellekohased soovitusel on toodud vastavates algoritmides