

Onemocnění srdce I

Anatomie a fyziologie srdce

**Vyšetřovací metody v
kardiologii**

Srdeční selhání

Arytmie

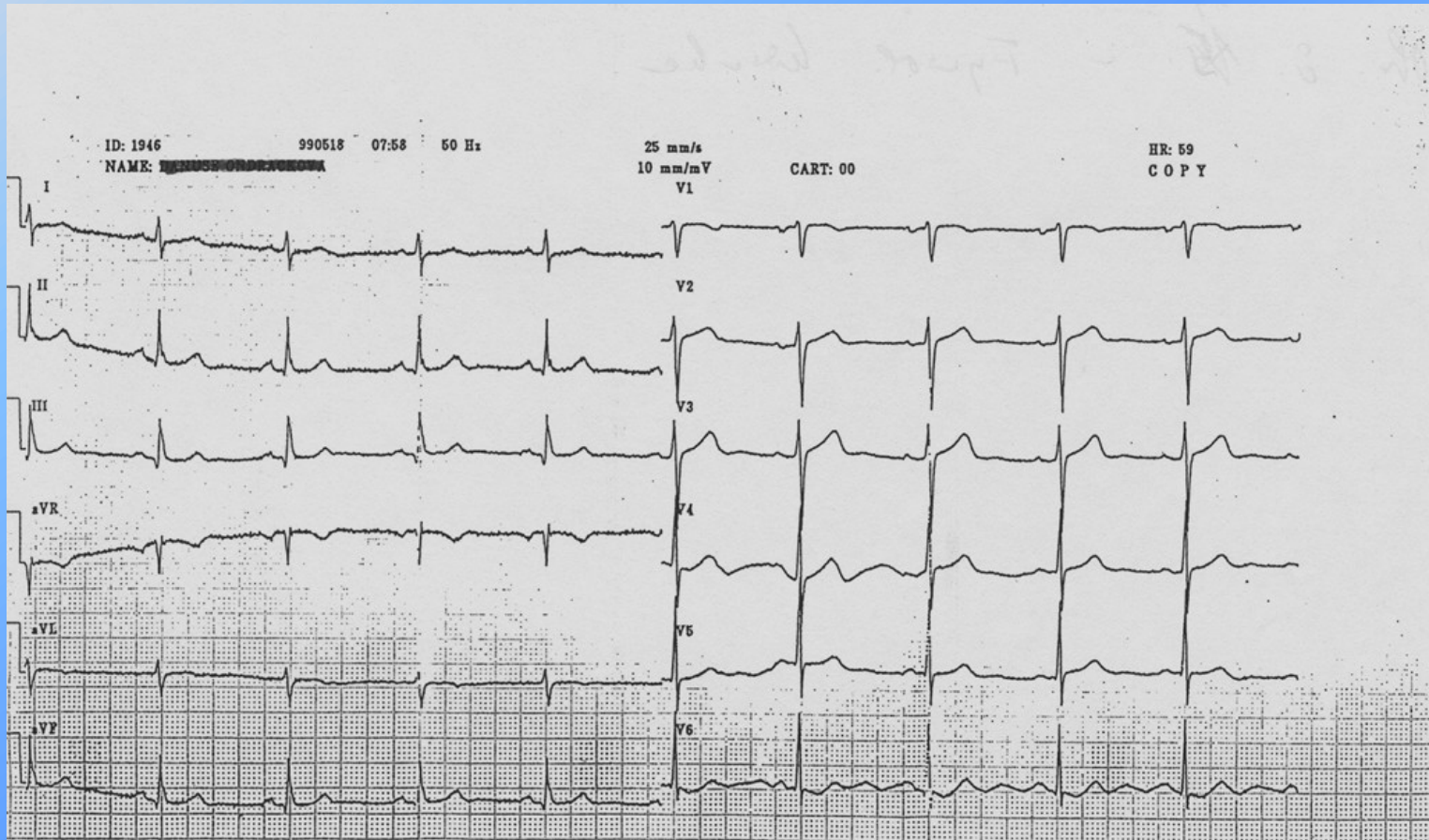
Anatomie a fyziologie srdce

- **anatomie** – předsíně, komory, chlopně, velké srdeční cévy, perikard, epikard, endokard, převodní systém srdeční, věnčité tepny
- **fyziologie srdeční činnosti** – srdce jako pumpa, faktory ovlivňující sílu srdečního stahu (kontrakce, preload, afterload, synergie stahu)

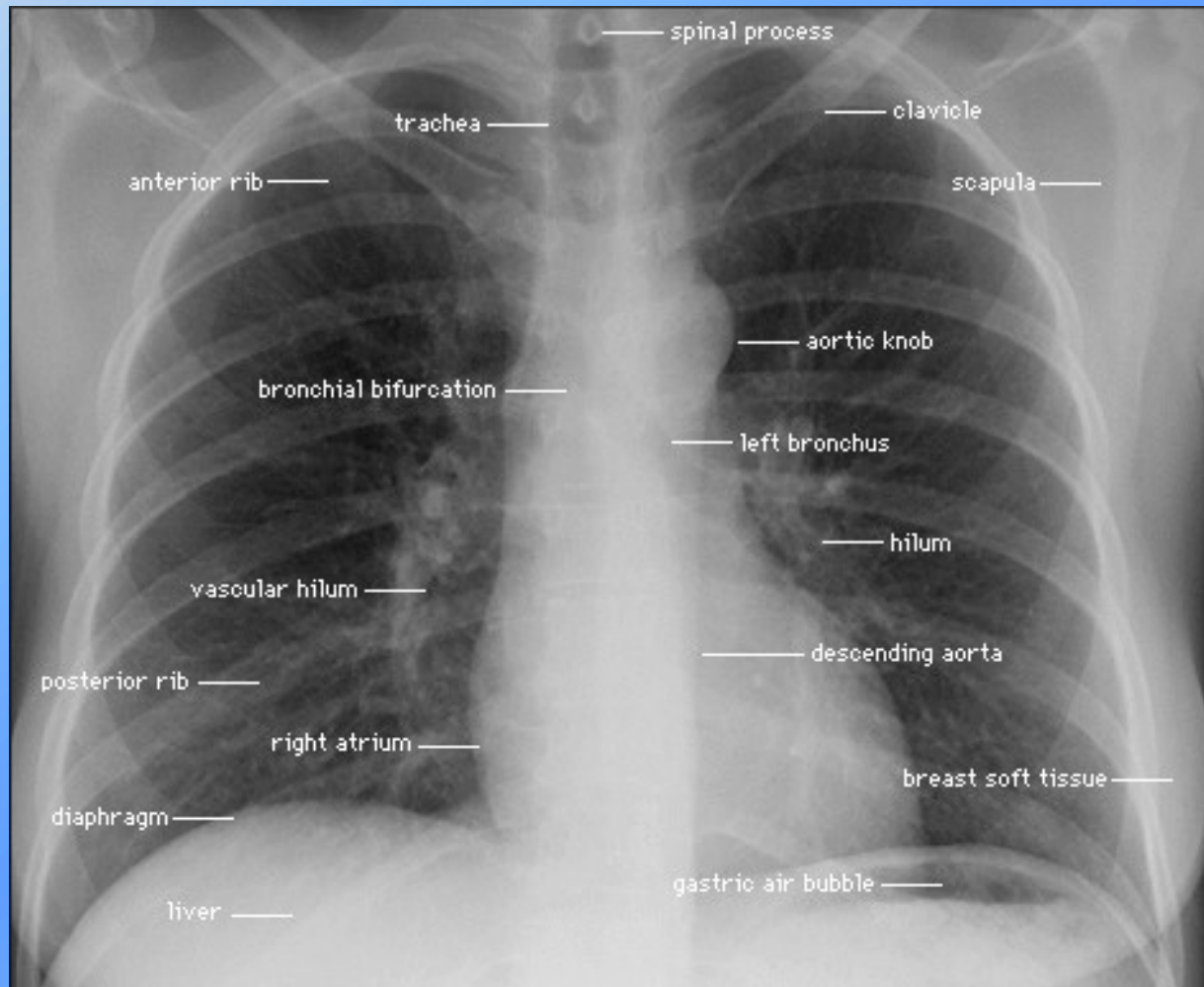
Vyšetřovací metody v kardiologii I

- ❑ anamnéza, fyzikální vyšetření – poslech srdeční ozev, plic, TK, TF, hepar, hepatojugulární reflux, DKK
- ❑ laboratorní vyšetření – KO, iontogram, kardioenzymy, funkce ledvin, štítnice, uminologie, mikrobiologie
- ❑ EKG, zátěžové testy, Holterovo monitorování
- ❑ echokardiografie (jícnová, zátěžová, kontrastní, Doppler), indikace – vady, karditidy, ICHS, srdeční tumory, aneurysmata, embolizace

Normální EKG



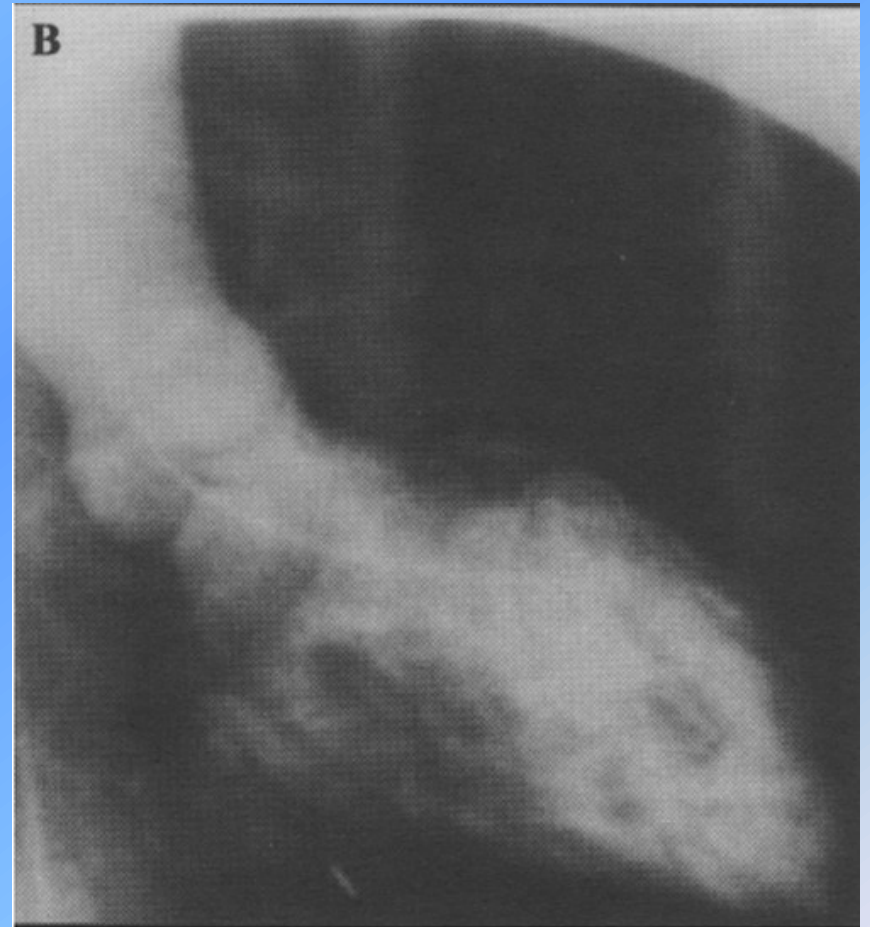
Normální RTG hrudníku



Vyšetřovací metody v kardiologii I

- ❑ katetrizace – intrakardiální tlaky, měření výdeje, náplň dutin a cév – ventrikulografie, koronarografie
- ❑ plicní angiografie, scintigrafie
- ❑ radionuklidová vyšetření – perfúzní scintigrafie myokardu, SPECT – jednofotonové emisní CT, radionuklidová ventrikulografie
- ❑ PET – pozitronová emisní tomografie, MR – ke spolehlivému odlišení nekrózy, jizvy, trombu

Ventrikulografie



Srdeční selhání I

- **definice** - srdce není schopno dodat periferním tkáním dostatečné množství krve za předpokladu dostatečného žilního návratu a s následnou neurohumorální aktivací
- **etiologie**
 - ❑ poškození myokardu (70% selhání je způsobeno ICHS)
 - ❑ tlakové přetížení - hypertenze
 - ❑ objemové přetížení – vady, anemie, hypertyreóza
 - ❑ poruchy plnění (tamponáda, poruchy rytmu, poruchy koordinace srdečního stahu)

Srdeční selhání II

- kompenzační mechanismy
 - srdeční hypertrofie
 - srdeční dilatace
 - snížení žilní roztažnosti
 - snížení srdečního výdeje
 - zvýšení aktivity sympatiku
 - zvýšená aktivita renin – angiotenzin – aldosteronového systému
 - centralizace oběhu

Srdeční selhání III

- druhy selhání
 - podle selhávající komory – pravostranné
levostranné
 - podle rychlosti průběhu – akutní, chronické
 - podle typu vyvolávající dysfunkce – systolické,
diastolické
- funkční závažnost selhání
 - NYHA I – bez omezení činnosti
 - NYHA II – běžné činnosti vyvolávají dušnost
 - NYHA III – nevelká námaha vyvolává dušnost
 - NYHA IV – klidová dušnost

Akutní levostranné selhání I

- **definice** – náhlá ztráta schopnosti levé srdeční komory přečerpávat krev přitékající z plicního řečiště
- **etiologie** – akutní zhoršení chronického selhání, AIM, ICHS, hypertenze, myokarditidy, kardiomyopatie, ruptura papilárního svalu a jiná poškození chlopní, hyperkinetická cirkulace, arytmie
- **vyvolávající momenty** – fyzická námaha, zvýšení přívodu tekutin a solí, horečka, vynechání léků

Plicní edém před a po terapii



Akutní levostranné selhání II

- **příznaky** – náhlá výrazná dušnost, ortopnoe, tachypnoe, pocení, cyanóza, distanční vlhké fenomény, narůžovělé zpěněné sputum, a anamnéze údaj o nočních dušnostech, námahové dušnosti
- **diagnostika** – poslechově vlhké vedlejší fenomény, zpočátku bazálně, později výše, astma cardiale, RTG – hyperémie plicního oběhu, obraz plicního edému, zvětšení srdečního stínu, EKG – hypertrofie a přetížení LK, známky staršího nebo akutního IM, ECHO – dilatace LK, snížení EF, chlopenní vady, poruchy kinetiky

Akutní levostranné selhání III

- **komplikace** – arytmie, kardiogenní šok, žilní trombózy
- **léčba** – poloha vsedě, O₂, nitráty – inhalační, i.v., beta mimetika, morphin, diuretika, nekrvavá venepunkce, při neúspěchu řízená ventilace, PEEP
- léčba základní choroby – snížení TK, léčba IM, arytmií, udržování optimálního TK, CVT

Akutní pravostranné selhání I

- **definice** – náhlá ztráta schopnosti pravé komory přečerpat krev přitékající z velkého oběhu
- **etiologie** – při náhle vzniklé překážce v plicním oběhu - při PE, pneumonii, PNO, infarktu PK
- **příznaky** – náhlá dušnost, tachykardie, pocení, bolest na hrudi, úzkost, tachypnoe, přeplnění hrdelnic, kašel, hemoptýza, akutní bolestivost pod pravým žeberním obloukem, při rozsáhlých embolizacích šokový stav nebo náhlá smrt, při sukcesivních záchvaty krátkodobé dušnosti, synkopa

Akutní pravostranné selhání II

- **diagnostika** – přeplnění hrdelnic, cyanóza, bolestivost jater, EKG – pravostranné přetížení, RTG – od negativního po klínovité zastření při PE, stop na cévě, ECHO – dilatace pravostranných oddílů, plicní hypertenze, scintigrafie, angiografie, Doppler žil, značený fibrin
- **komplikace** – šokový stav, plicní absces, pleurální reakce – fibrinový nálet, později výpotek, arytmie
- **diff. dg.** – plicní edém, astmatický záchvat, psychogenní dušnost, IM, pleuritida, disekce

Akutní pravostranné selhání III

- **léčba** – kyslík, poloha v polosedu, sedace, podle příčiny event, antikoagulace, trombolýza, centrální přístup, bronchodilatancia, diuretika
- při embolizaci pokus o rozrušení embolu – pravostranná srdeční katetrizace, embolektomie – výjimečně, při zástavě oběhu – resuscitace s masáží hrudníku – možné rozmělnění embolu
- při pneumoniích ATB, sekretolytika
- při PNO drenáž
- **preventivní opatření** – antikoagulační léčba dlouhodobě, výkony na DDŽ

Chronické levostranné selhání I

- **definice** – postupná ztráta schopnosti levé srdeční komory přečerpávat krev přitékající z malého oběhu
- **etiologie** - v 70% případů CHCHS, st.p. IM s poruchami kinetiky, hypertenze, chlopenní vady, kardiomyopatie
- **příznaky** – snížená výkonnost, únavnost, námahová dušnost postupně přicházející v klidovou, postupně neschopnost ležet na rovné podložce, zvyšování počtu polštářů, u starších zhoršení mentálních funkcí, bolesti hlavy, spavost, inverze spánku

Chronické levostranné selhání II

- **diagnostika** – fyzikálně – zvedavý úder hrotu, cval, tachykardie, nepřízvučné chrůpky při bazích, RTG – zvětšení LK, zmnožení plicní kresby, venostáza v malém oběhu, EKG – přetížení, hy LK, difúzní známky ischemie, poruchy rytmu – extrasystoly
- **diff. dg.** – dušnost a únava jiného původu, u starších mentální poruchy jiného původu, vertebrogenní původ bolestí hlavy

Chronické levostranné selhání III

- **komplikace** – arytmie, akutní zhoršení s plicním edémem, kardiogenní šok, tromboembolické komplikace ze zpomalení žilního průtoku
- **léčba**
 - léčba příčiny – kompenzace hypertenze, léčba ICHS, chlopenních vad, redukce hmotnosti, pravidelný režim, profylaxe trombózy, omezení příjmu soli, vynechání negativně inotropních léků
 - ACEI
 - diuretika
 - malá dávka betablokátoru
 - digitalis při symptomatické fibrilaci síní
 - u mladších nemocných zvažovat transplantaci srdce

Chronické pravostranné selhání I

- **definice** - postupná ztráta pravé srdeční komory přečerpávat krev přitékající z velkého oběhu
- **etiologie a patogeneze** – CHOPN, plicní fibrózy, porucha chlopenního aparátu PK, pokročilé levostranné selhání
- **příznaky** – slabost, únavnost, dušnost, otoky DKK gravitační, ztráta chuti k jídlu z městnání v oblasti břicha, nykturie – vleže uvolněné edémy, závratě, nespavost, neklid, zmatenost ze snížené perfúze mozku

Chronické pravostranné selhání II

- diagnostika – poslechově známky plicního postižení, cval, zvýšená náplň jugulárních žil, cyanóza, hyperémie jater, HJ reflux,
- RTG – zvětšení srdečního stínu, výpotek v pleurálních dutinách – častěji vpravo
- EKG – pravostranné přetížení, BPTR, často fi síní
- ECHO – zvětšení dx oddílů, plicní hypertenze, v KO polyglobulie

Chronické pravostranné selhání III

- **komplikace** – arytmie, žilní trombózy, plicní embolizace, kožní změny při edémech DKK
- **diff. dg.** – hypoproteinemické edémy, dušnost jiného původu, cyanóza jiného původu, sy horní duté žíly, konstriktivní perikarditida, uroinfekce, ascites a pleurální výpotek jiného původu, otoky renálního původu
- **léčba** – spíše klidový režim, restrikce soli, redukce hmotnosti, vazodilatancia – ACEI, nitráty, diuretika (cave kombinace s ACEI), digitalis

Arytmie I

- **definice** – poruchy pravidelnosti nebo frekvence srdeční činnosti vzniklé poruchou tvorby vzruchu, vedení vzruchu nebo oběma mechanismy
- **etiologie**
 - poškození struktur převodního systému ischemií, jizvením
 - hypertenze, iontové dysbalance, hormonální dysbalance, podání léků, neurovegetativní dystonie

Arytmie II

- **příznaky** – pocit nepravidelnosti chodu srdce, bušení, bušení se vznikem stenokardií, vynechávání, závratě, synkopy, pády, slabost, nevykonnost
- **diagnostika** – EKG, fyzikální vyšetření k vyloučení hypertyreózy, hypertenze, chlopenních vad, Holter, rhythm karta, zátěžové EKG, jícnové ECHO, iontogram, vyšetření vegetativního systému HUT test (head-up tilt test)
- **komplikace** – hypertenze až šokový stav, manifestace poruch prokrvení mozku – synkopa, pád až CMP, manifestace ICHS při arytmií

Arytmie III

- druhy arytmii

- arytmie z poruch tvorby vzruchu

- arytmie z poruch vedení vzruchu

- arytmie z poruch tvorby i vedení vzruchu

Arytmie z poruch tvorby vzruchu I

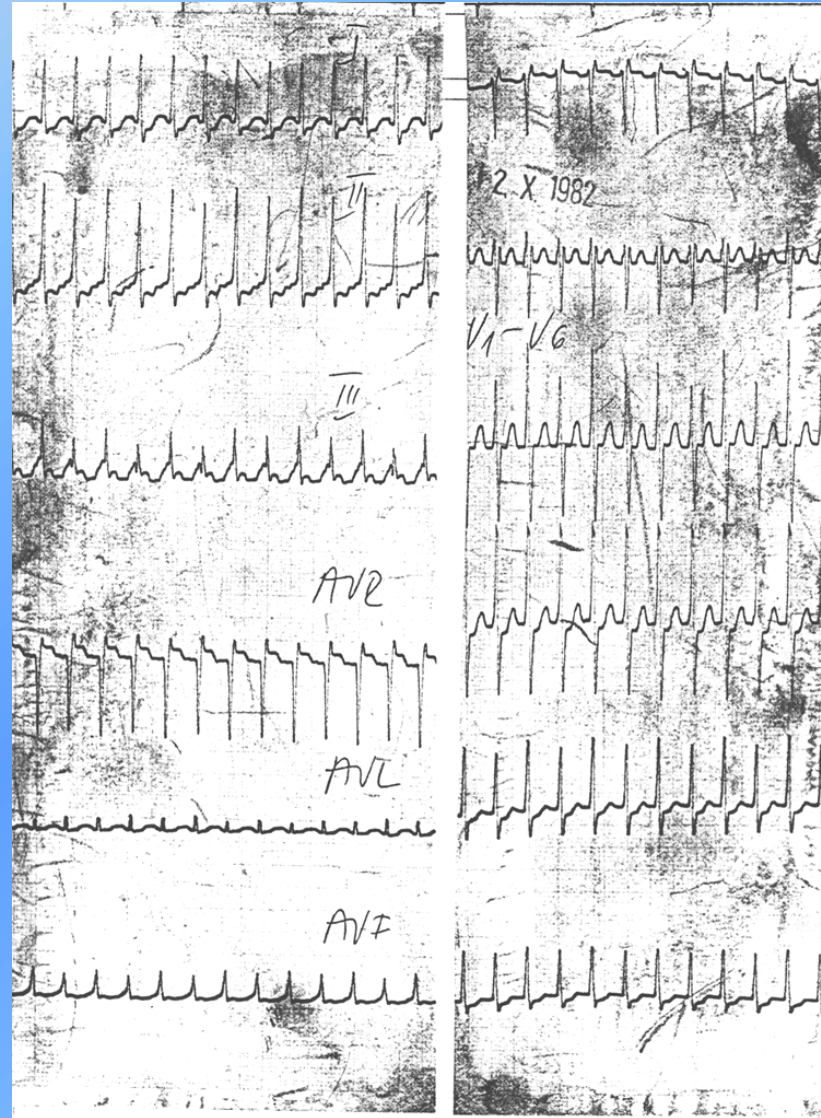
- **respirační arytmie** – změny TF s dýcháním
- **bradyarytmie**
 - syndrom nemocného sinu (SSS) – akutně atropin, dlouhodobě kardiostimulátor
 - syndrom karotického sinu – podráždění sinu vede k aktivaci vagu, reflexní pokles TK a TF, synkopa

Arytmie z poruch tvorby vzruchu II

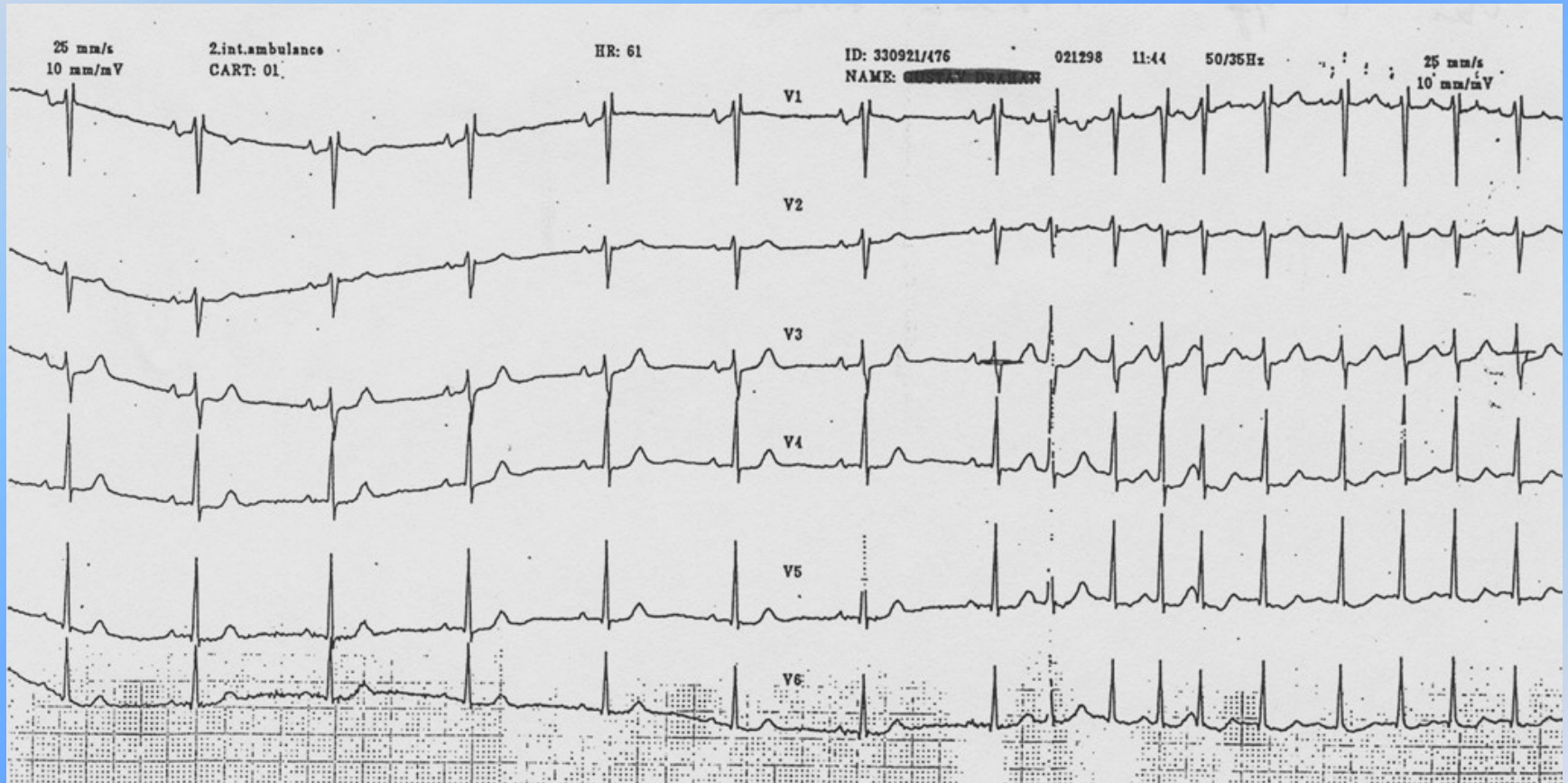
- tachyarytmie

- sinusová tachykardie – převaha sympatiku, hypertyreóza, kardiální selhávání, plicní embolizace, reflexně při poklesu TK, léčba – základní onemocnění, masáž karotického sinu, vagové manévry, beta-blokátory
- fibrilace síní – nejčastější arytmie, potenciál pouze víří, nevyvolá adekvátní stah, léčba – farmakologická kardioverze – propafenon, sotalol, amiodaron, dříve digoxin, chinidin, kardioverze elektrická v analgosedaci. Úspěch léčby závisí na věku a velikosti LS.

Sinusová tachykardie



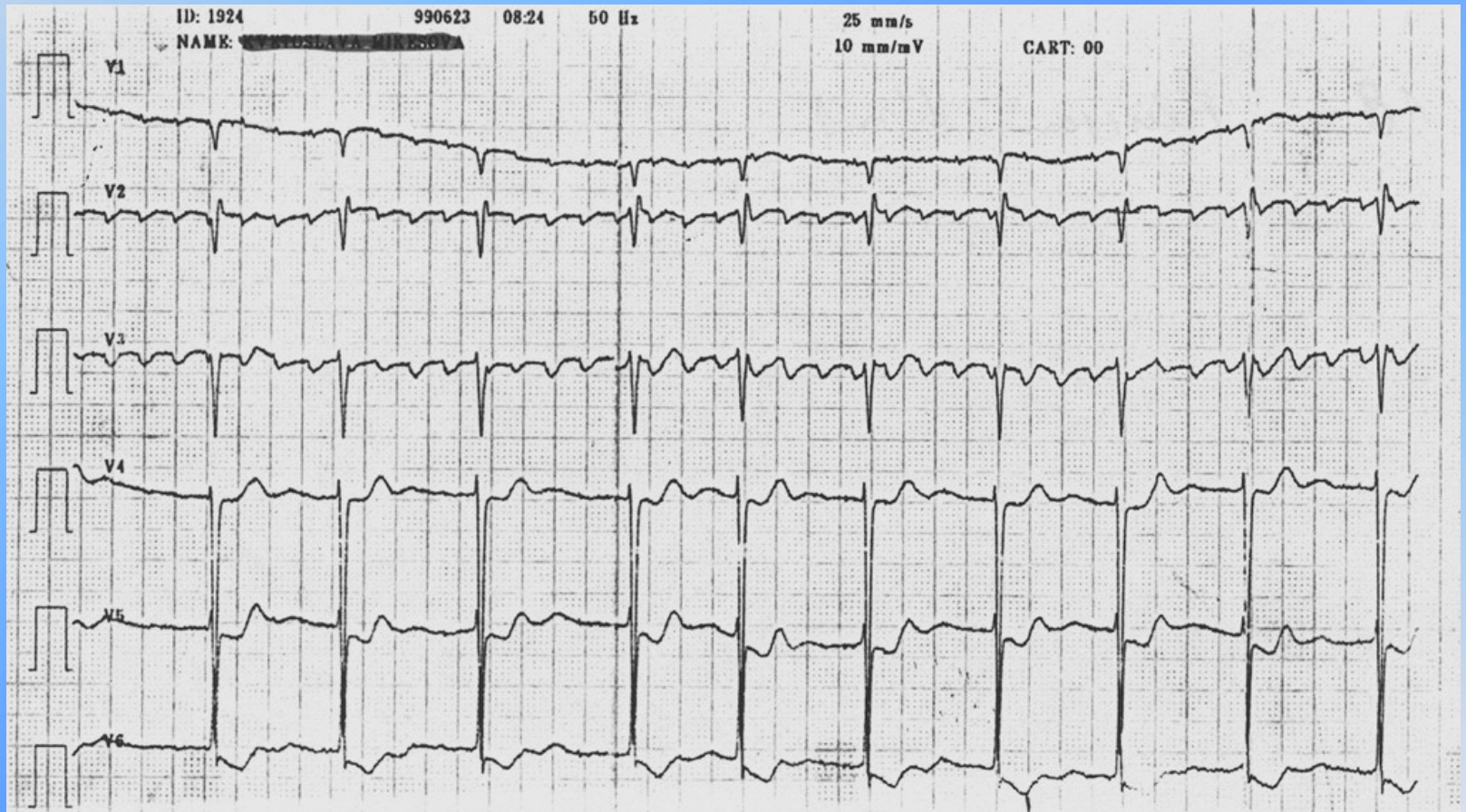
Fibrilace síní



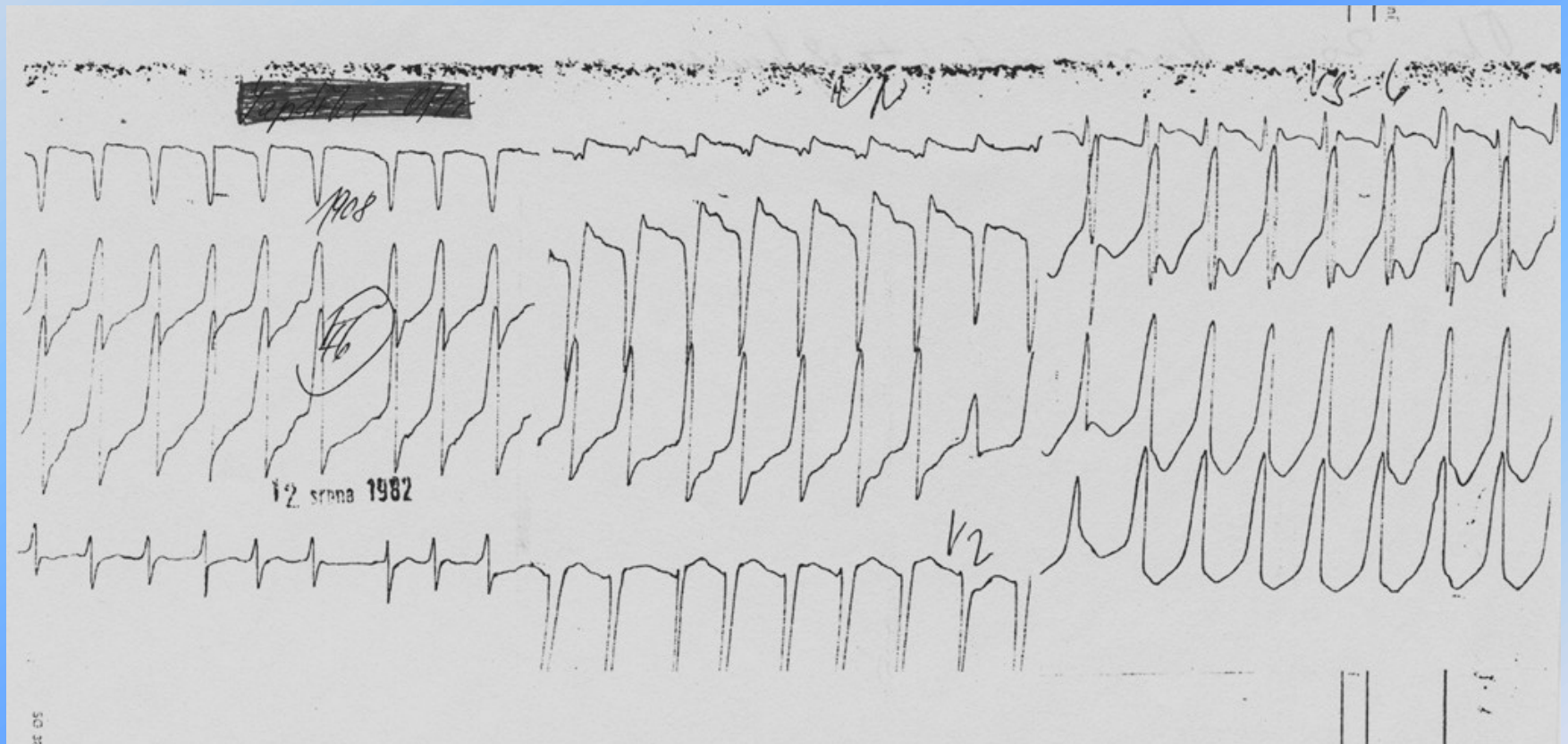
Arytmie z poruch tvorby vzruchu III

- **flutter síní** – krouživý pohyb potenciálu po síních vyvolává rychlé drobné pravidelné stahy síní – hemodynamicky nevýhodné, léčba – jako fi síní, ale nesmí deblokovat převod na komory, doplnění iontů
- **komorová tachykardie** – 3 a více za sebou následující široké komorové komplexy, vede k hypotenzi, synkopě, léčba – dle závažnosti antiarytmika, akutně defibrilace, při recidivách kardioverter

Flutter síní



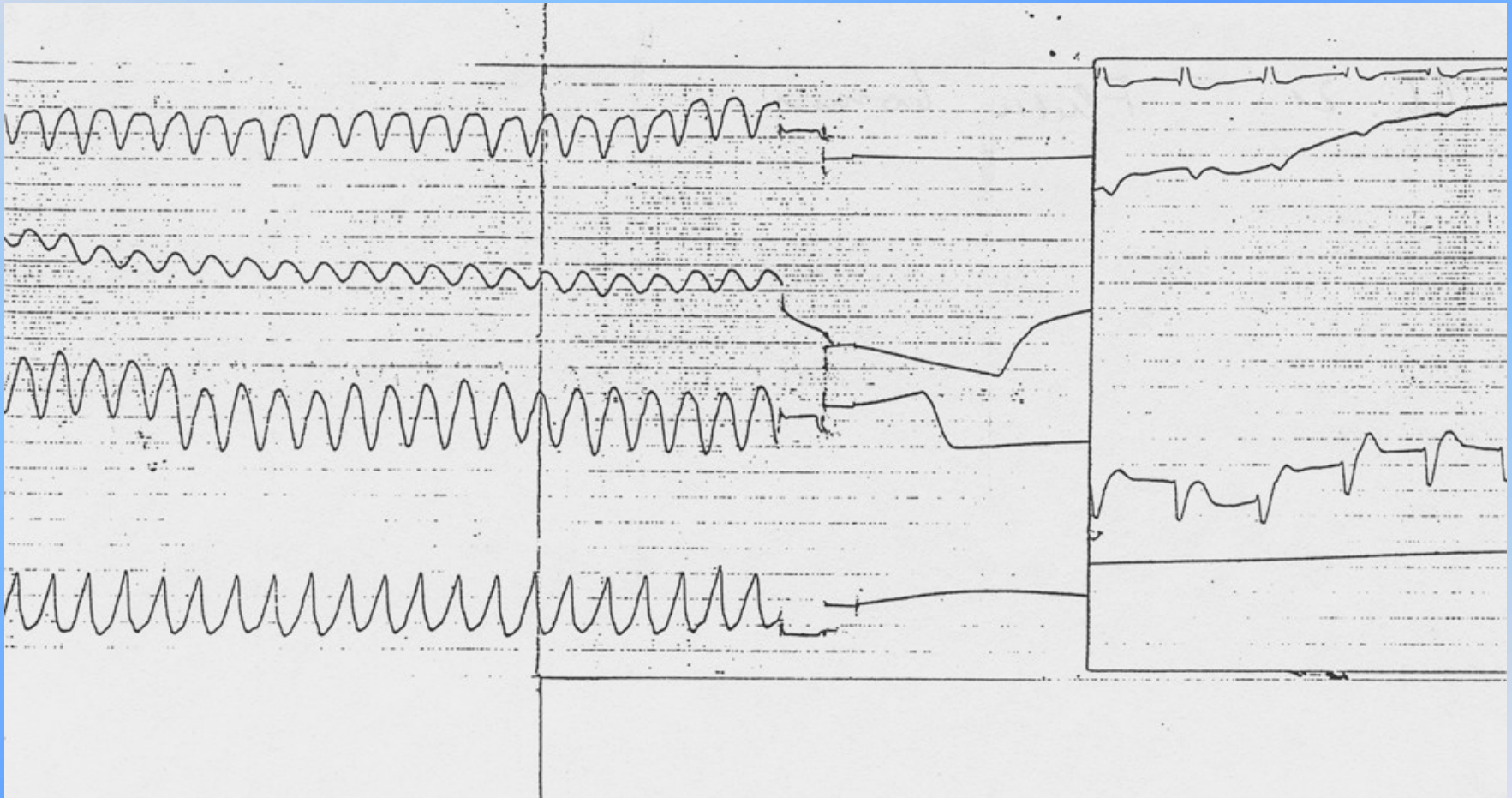
Komorová tachykardie



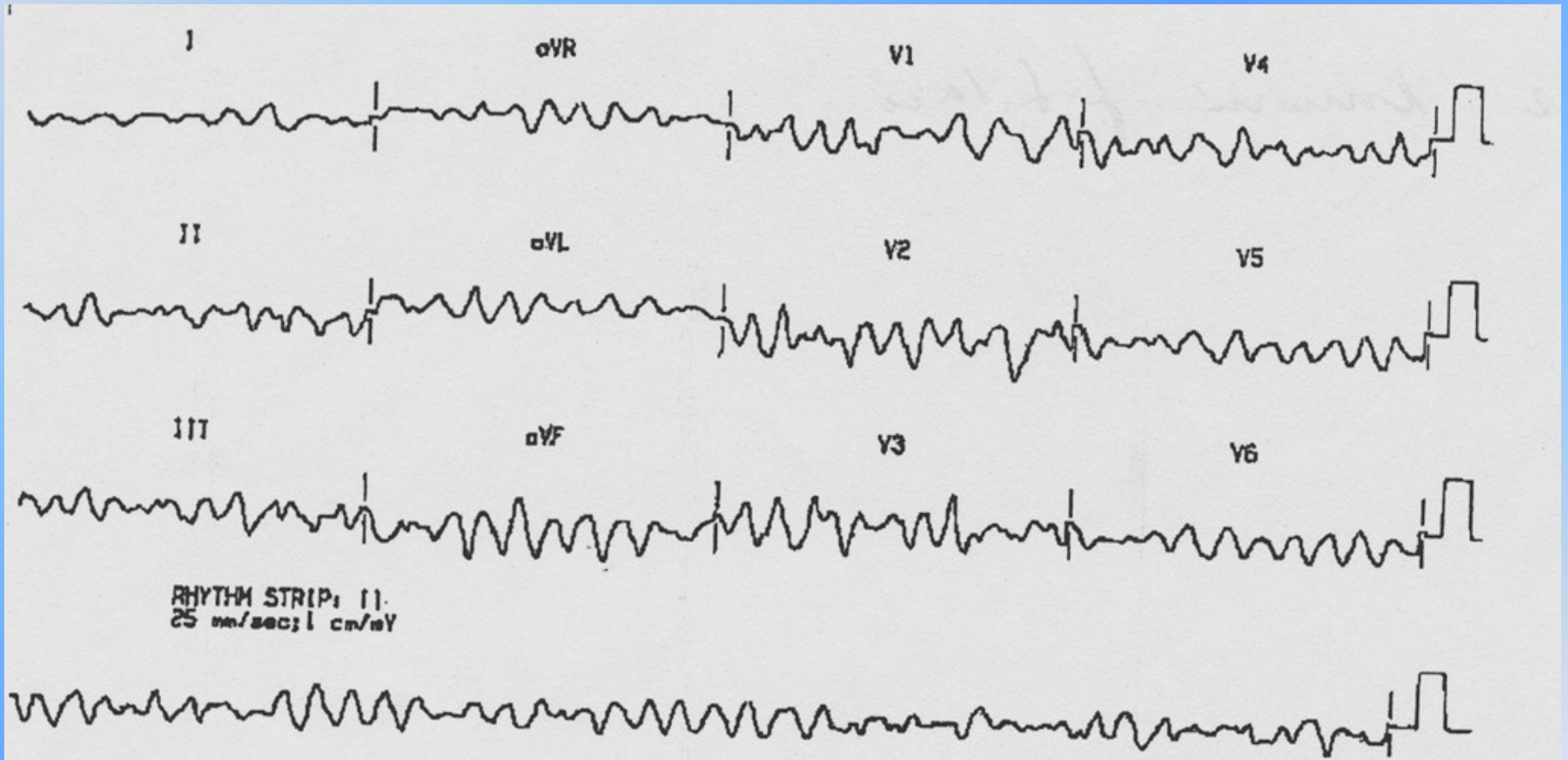
Arytmie z poruch tvorby vzruchu IV

- komorový flutter, komorová fibrilace – maligní arytmie, kontrakce komor hemodynamicky neúčinné, zástava oběhu, bezvědomí, léčba – defibrilace 400Ws, profylaxe recidiv – antiarytmika, event. kardioverter

Komorový flutter



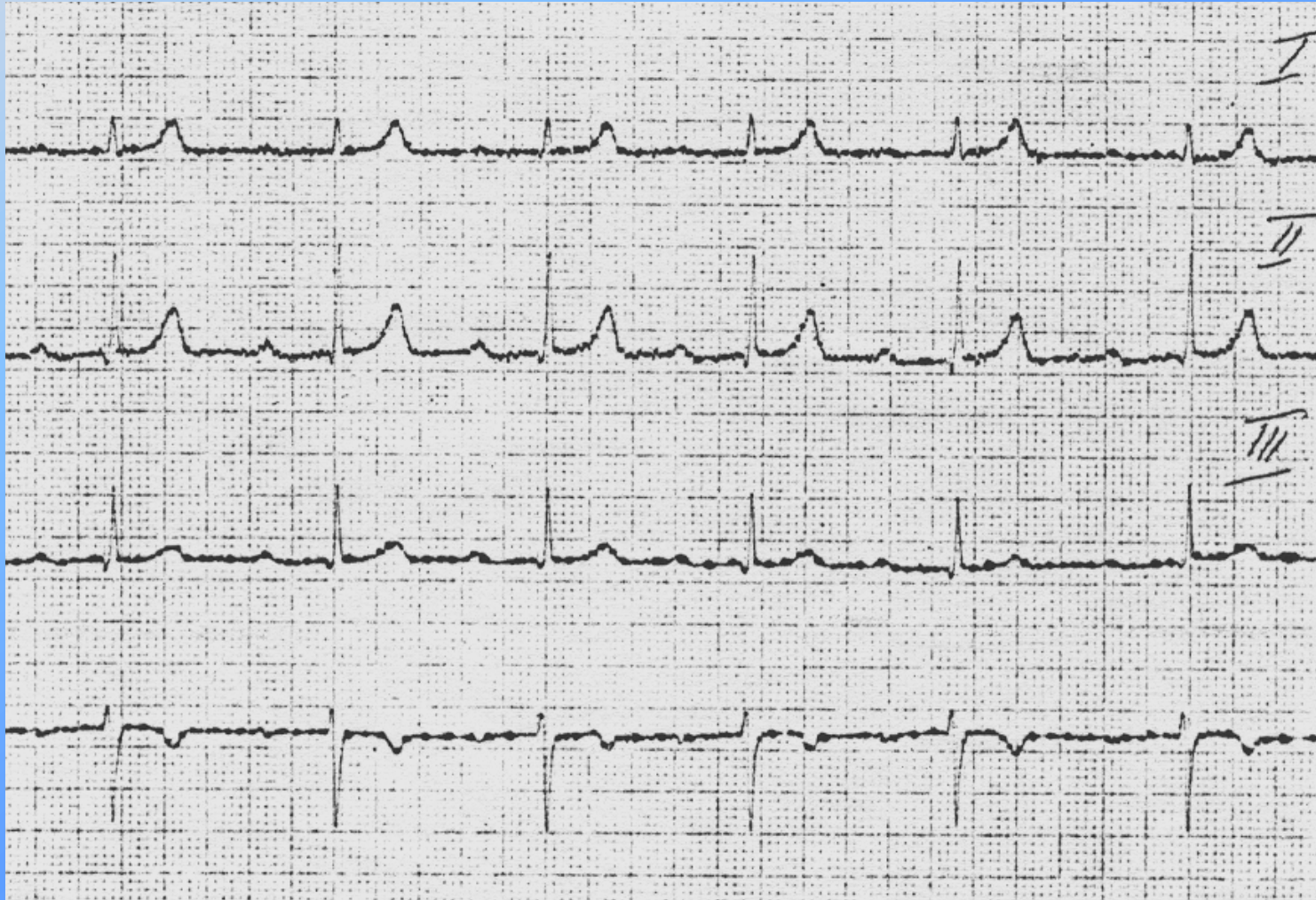
Komorová fibrilace



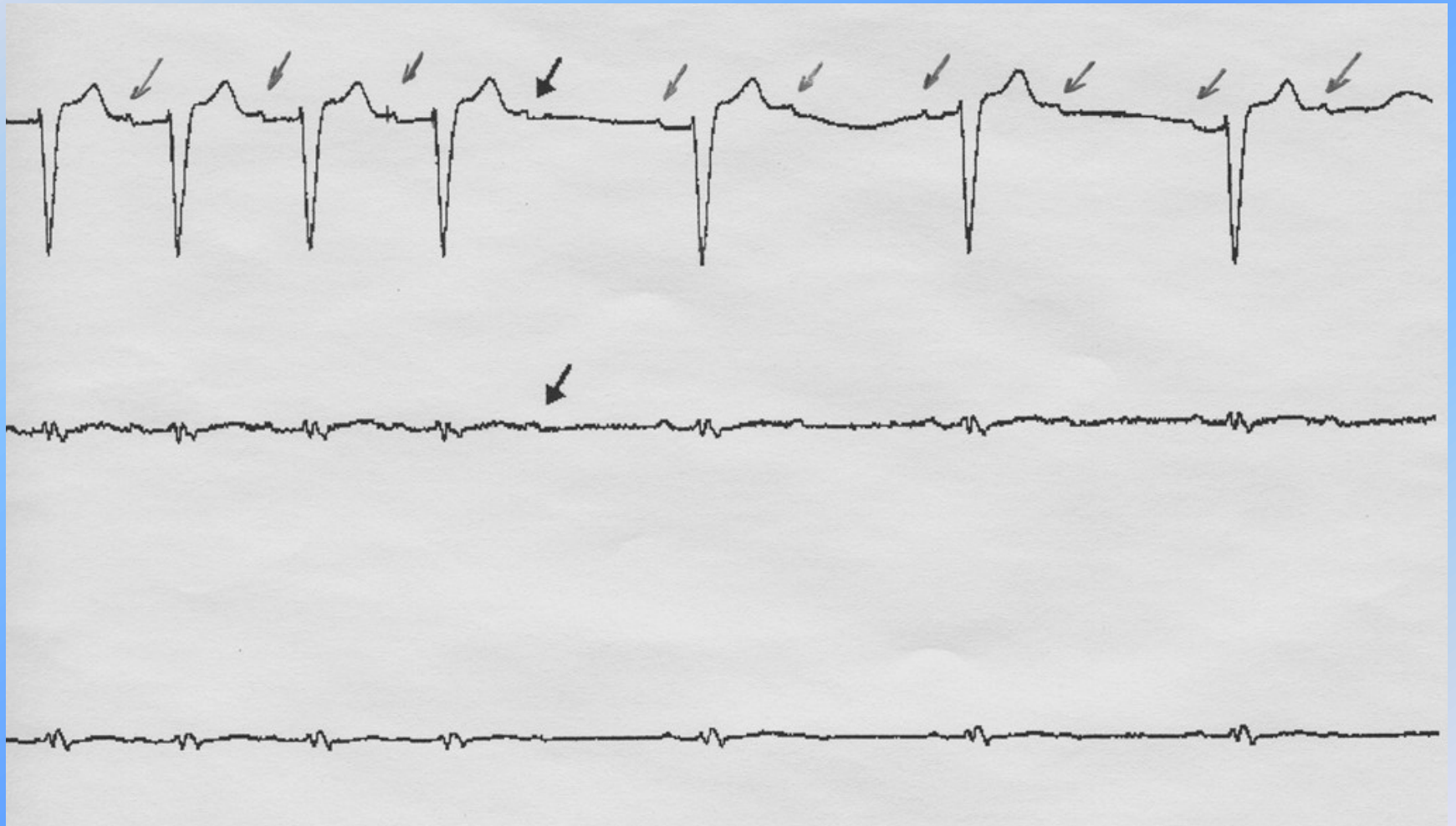
Arytmie z poruch vedení vzruchu I

- poruchy a-v vedení
- I. stupeň - prodloužení intervalu PQ nad 0,2s
- II. stupeň – a)Wenckebachovy periody
- b)Mobitz II
- III. stupeň – kompletní a-v blokáda, síně 70/min, komory 30-40/min
- léčba – akutně atropin, kardiostimulátor, typické pro předávkování digoxinu

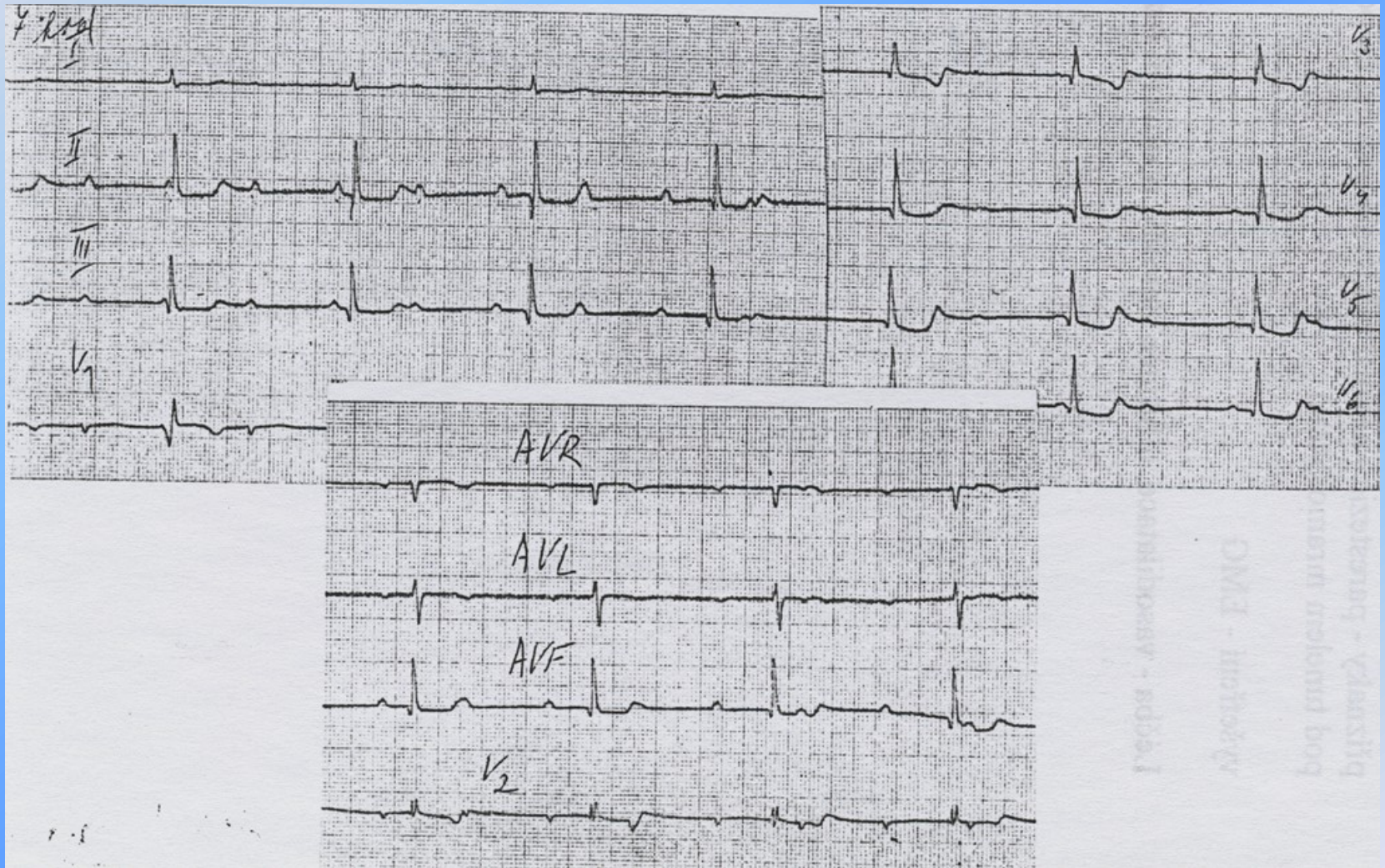
A-v blokáda I. stupně



A-v blokáda II. stupně



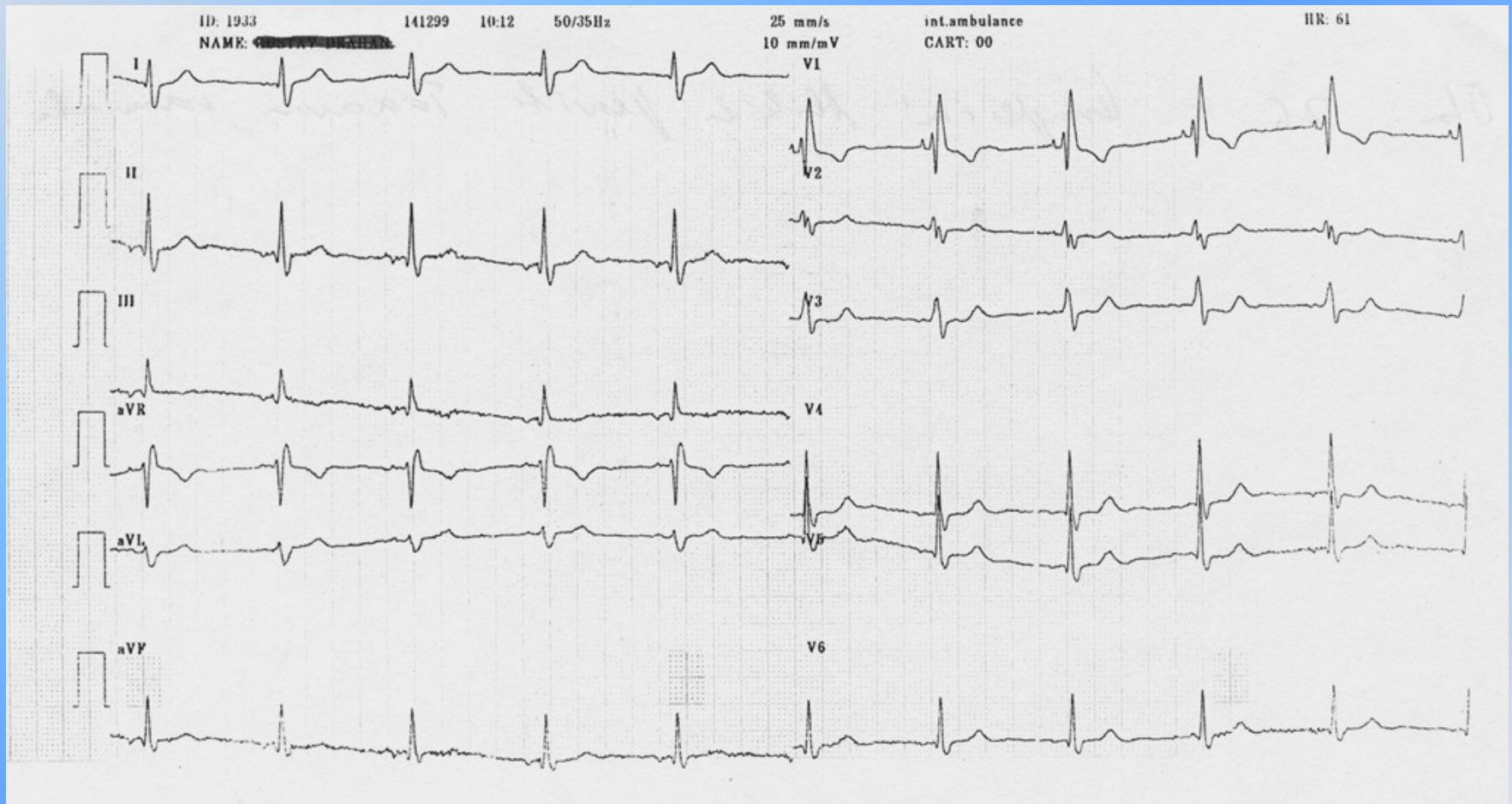
A-v blokáda III. stupně



Arytmie z poruch vedení vzruchu II

- **blokáda pravého Tawarova raménka (BPTR)** – impuls se dostává nejprve do LK, potom do PK, proto rozšířený rozštěpený komplex QRS (M ve V1,2)
- **blokáda levého Tawarova raménka (BLTR)** – impuls prochází nejprve do PK, potom do LK (M ve V5,6)
- QRS 0.1-0,12s – inkompletní, nad 0,12s kompletní
- **preexcitace** – WPW syndrom – zkrácení převodu přídatnými vlákny - tendence k tachykardiím, zkrácení PQ pod 0,12s, rozšíření QRS o delta vlnu

Blokáda pravého Tawarova raménka



Léčba arytmií

- **léky** – betablokátory, amiodaron, sotalol, propafenon, mexiletin, verapamil, digoxin – podle častosti použití, rozděleny do 5 tříd
- **kardiostimulátory** – při poruchách vedení vzruchu (blokády), tvorby vzruchu (SSS), kardiovertery – u recidivujících maligních arytmií, označení písmeny kóduje vlastnosti stimulatoru
- **ablace** – vysokofrekvenční koagulace přídatných drah a ektopických ložisek

Ischemická choroba srdeční I

- **definice** – nedostatečné zásobení myokardu kyslíkem a živinami v důsledku postižení koronární tepen
- **etiologie** – AS koronárních arterií, krvácení do plátu, trombóza, arteriitida, koronární spazmy, kombinace těchto faktorů

Ischemická choroba srdeční II

- rizikové faktory
 - ❖ neovlivnitelné – familiární dispozice, věk, mužské pohlaví
 - ❖ ovlivnitelné I. řádu – HLP, HT, DM, metabolický syndrom, kouření
 - ❖ ovlivnitelné II. řádu – zvýšení FG, homocysteinu, PL proti fosfolipidům, nedostatek pohybu, osobnostní typ D - depresivní, A - ambiciózní

Ischemická choroba srdeční III

- akutní formy

- ❖ nestabilní angina pectoris
- ❖ akutní infarkt myokardu
- ❖ náhlá smrt při ICCHS

- chronické formy

- ❖ stabilní angina pectoris
- ❖ stav po akutním IM
- ❖ asymptomatická ICCHS
- ❖ ICCHS s dysrytmiemi
- ❖ oběhová nedostatečnost při ICCHS

Nestabilní angina pectoris I

- **definice** – nově vzniklá AP nebo zhoršení již existující AP, změny charakteru bolesti, změny EKG odeznívající do 24 hodin po odeznění bolesti
- **etiologie** – náhlé zhoršení průtoku koronárními tepnami – nejčastěji ruptura plátu s následnou trombózou
- **příznaky** – protrahovaná bolest na hrudi koronárního charakteru s obleněnou nebo minimální reakcí na nitráty, se z pocením, těžkým dechem, výrazné snížení tolerance zátěže, změny NAP v klidovou – nelze odlišit od IM

Nestabilní angina pectoris II

- **diagnostika** – fyzikální nález může být němý, EKG – **denivelace úseku ST mizící do 24 hodin**, někdy i s inverzí T vln, RTG hrudníku – negativní, ECHO – těsně po záchvatu může být porucha kinetiky srdečních stěn
- **komplikace** – přechod v IM, v záchvatu nebezpečí maligních arytmií, náhlá smrt
- **diff. dg.** – AIM, PE, vertebrogenní obtíže, pyróza, bolest pleurálního charakteru, Tietzův syndrom,

Nestabilní angina pectoris III

- léčba
 - ❖ klidový režim, oxygenoterapie
 - ❖ antikoagulační a následně antiagregační léčba
 - ❖ nitráty rychle působící i retardované
 - ❖ sedace
 - ❖ podle stavu malá dávka betablokátorů
 - ❖ podle možností akutní výkon na koronárních arteriích – trombolýza, angioplastika
 - ❖ po stabilizaci stavu rehabilitace

Akutní infarkt myokardu I

- **definice** – ložisková nekróza myokardu vzniklá na podkladě poruchy prokrvení
- **etiologie** – náhlé uzavření průsvitu koronární arterie – ruptura plátu, krvácení do plátu, embolizace v místě plátu, dlouhodobý spasmus koronární arterie
- **vyvolávající faktory** – abnormální fyzická zátěž, stavy spojené s kolísáním TK, nestabilní AP, dopolední hodiny

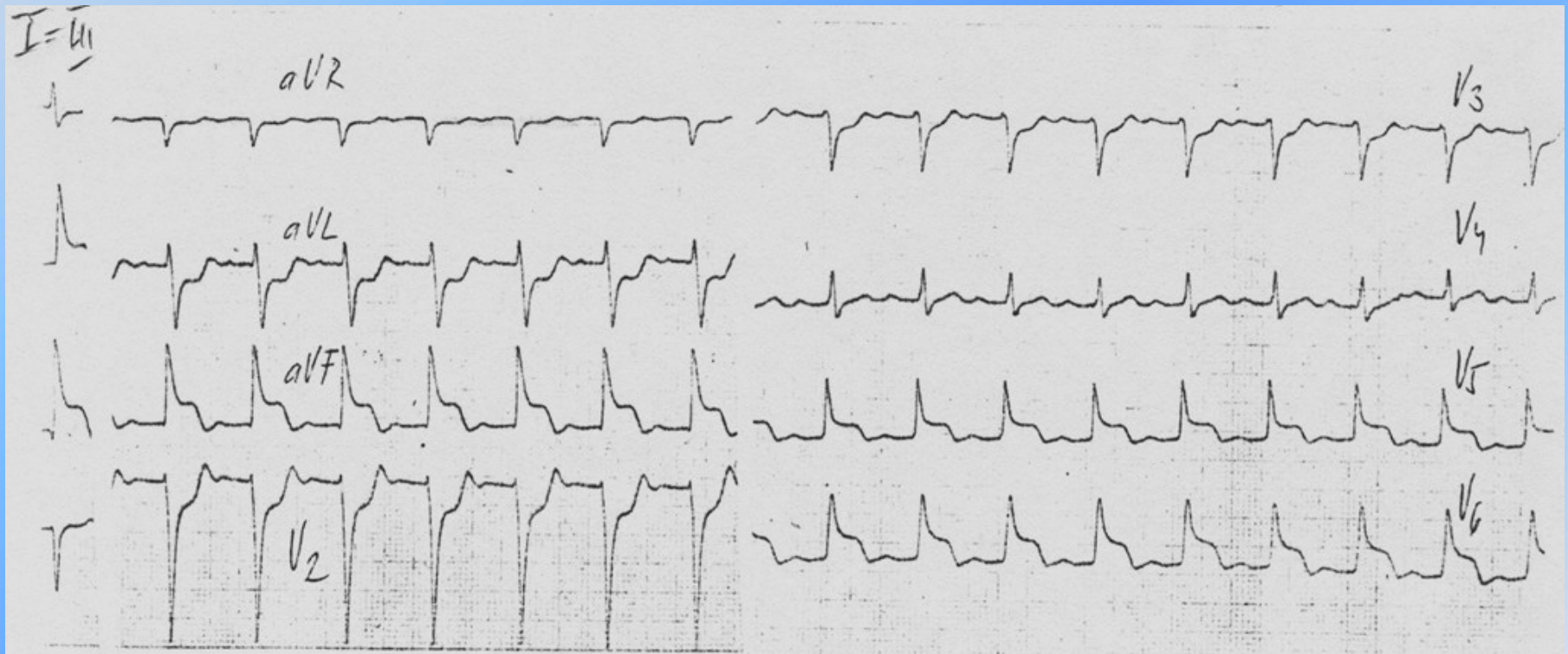
Akutní infarkt myokardu II

- **průběh** – po uzávěru se vytvoří oblast nekrózy – myomalácie, oblast poškození – zdroj arytmií a zóna ischemie
 - ❖ podle dalšího ošetření se zóna poškození stává součástí nekrózy nebo se reparuje
- **faktory rozhodující o dalším vývoji**
 - ❖ doba do opětného otevření koronární arterie angioplastikou (PTCA)
 - ❖ místo uzávěru od odstupu tepny
 - ❖ rychlost vzniku uzávěru
 - ❖ stav ostatních tepen

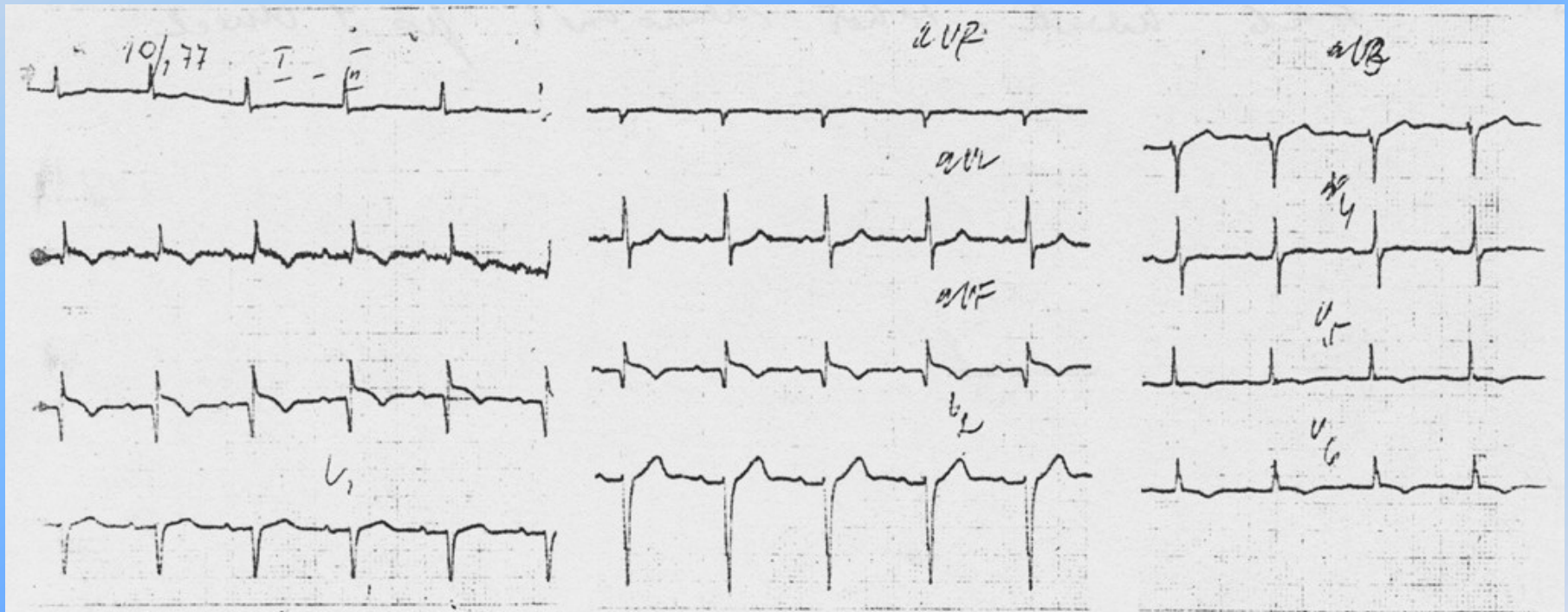
Akutní infarkt myokardu III

- diagnostika
 - ❖ fyzikální nález – němý až po vlhké fenomény při selhání LK, abnormality TK, nově vzniklý systolický šelest, perikardiální třecí šelest
 - ❖ EKG – Pardeeho vlna, blokády a-v- převodu, blokády ramének, lokalizace IM
 - ❖ laboratorní známky – myoglobin, troponin T, CK-MB, AST, LD - dynamika
 - ❖ zobrazovací metody – ECHO – poruchy kintiky stěn, přítomnost trombů, perikardiálního výpotku, funkce chlopní, ruptury papilárního svalu, EF

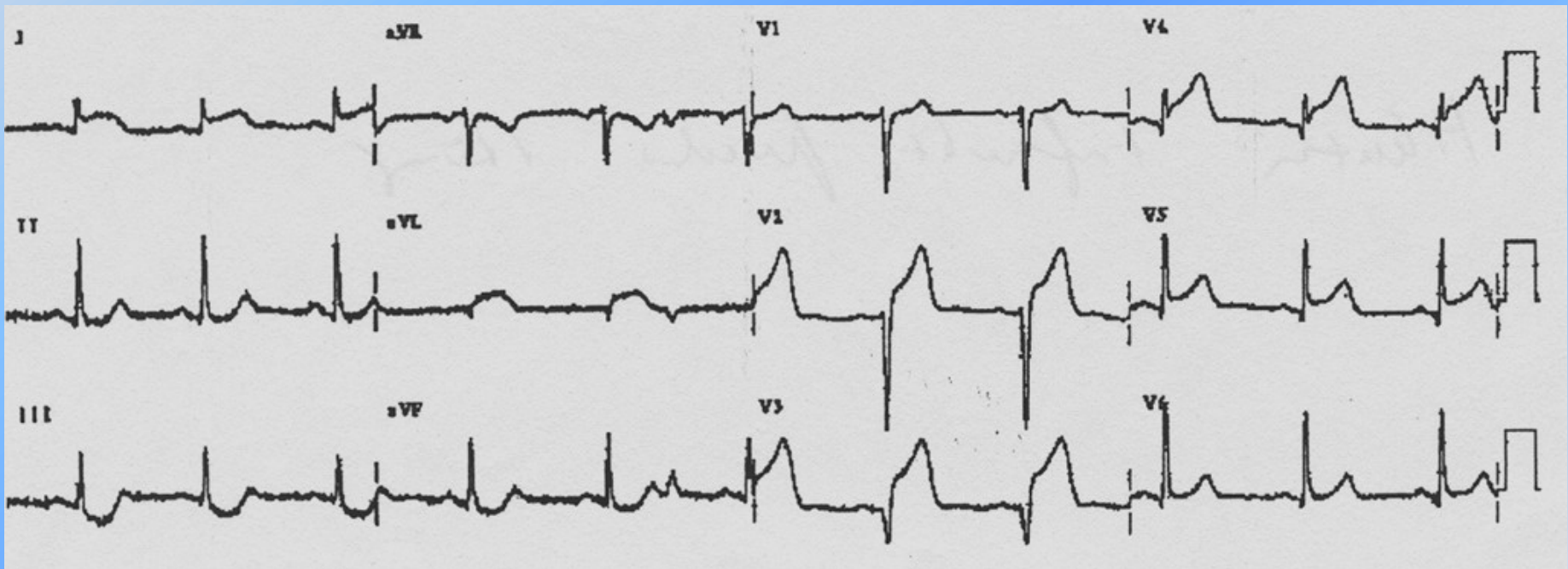
IM dolní a laterální stěny - akutní



IM dolní a laterální stěny – po 5 dnech



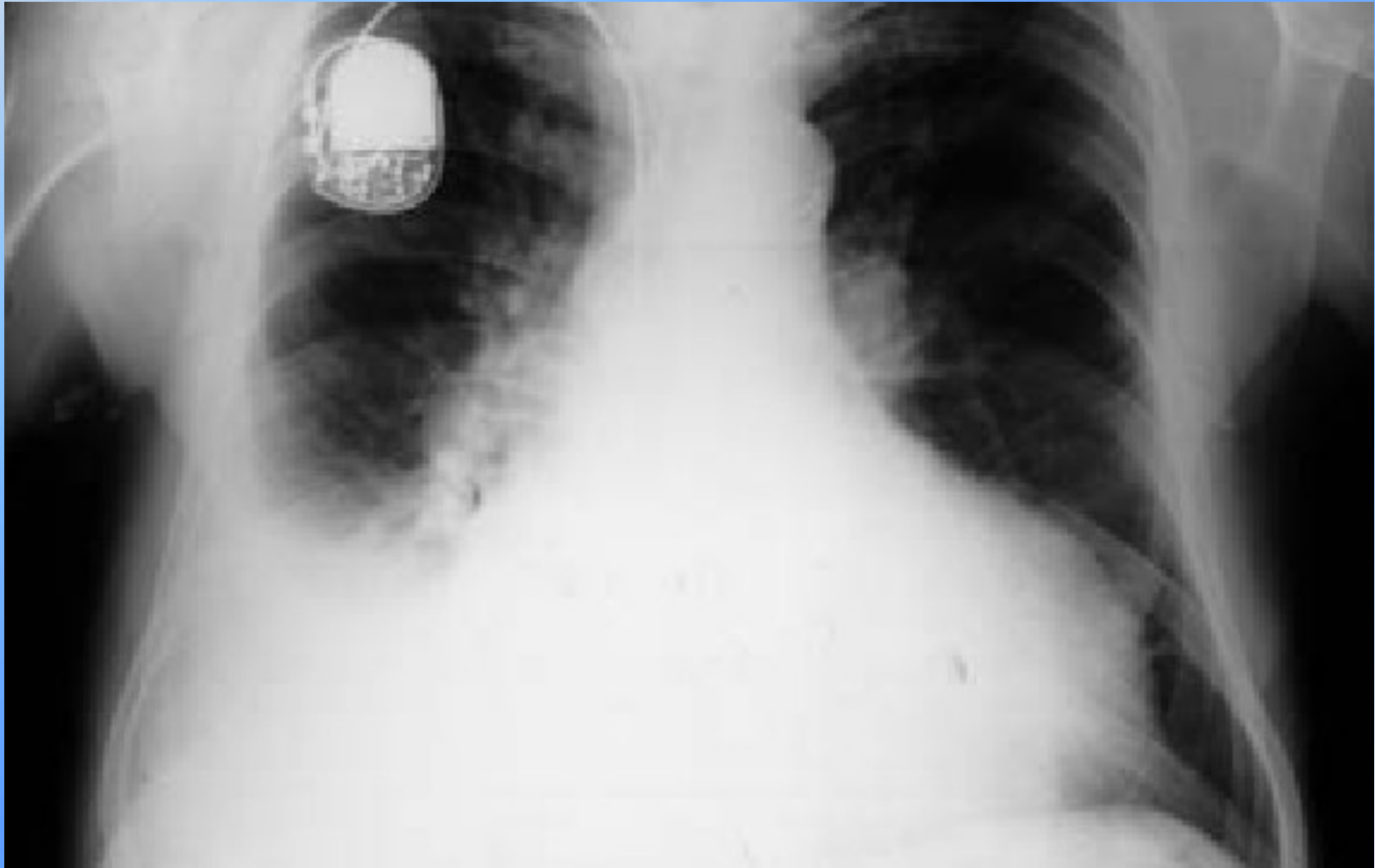
IM přední stěny



Akutní infarkt myokardu IV

- komplikace
 - ❖ časné arytmie – KES, KT, komorová fibrilace – v prvních 72 hod nezhoršuje prognózu!! dále fi síní, a-v- blokády, bradykardie, 2/3 zemřelých na IM umírá v přednemocniční fázi
 - ❖ levostranné selhání až plicní edém (1/3), kardiogenní šok (1/10)
 - ❖ komplikace z nekrózy – ruptura stěny, septa, papilárního svalu
 - ❖ pozdní komplikace – aneuryzma, embolizace z trombů, PE z žilní trombózy, perikarditida, pozdní arytmie, selhání LK

RTG hrudníku nemocného s kardiostimulátorem a pleurálním výpotkem



Akutní infarkt myokardu V

- **diff. dg.** – nestabilní AP, bolesti v epigastriu (imitace pankreatitidy, cholecystitidy, perforaci žaludečního vředu, PE, dissekující aneurysma aorty, pleuritida, vertebrogenní postižení, pyróza
- **léčba předhospitalizační** (do 1 hod) – polosed, kyslík, nítráty, sedace, **ASA** 500mg rozkousat, zajištění venózní linky, **nic i.m.**, analgézie – fentanyl, transport, při bradykardii atropin, tachykardie bez selhávání – beta-blokátory, městnání – diuretika, plicní edém - morfin

Akutní infarkt myokardu VI

- léčba hospitalizační
 - ❖ na JIP, PTCA je-li možno a indikováno, trombolýza – pokud není možno PTCA, při srdečním selhání
 - ❖ resuscitační pohotovost, klid na lůžku, kyslík, nitráty, sedace, analgézie, ASA, BB (bez selhání), ACEI (TKs nad 100mmHg) – snižují časnou mortalitu
 - ❖ primární PTCA – urgentní, nemá KI, úspěšnost 90%, limitováno dostupností centra, akutní PTCA záchranná při neúspěchu trombolýzy

Akutní infarkt myokardu VII

- **reperfúzní terapie – trombolýza** - zvažovat vždy při dobré koagulaci a trvání IM do 6 (3) hod
- **látky** – urokináza, streptokináza, altepláza, antistreptáza, tkáňový aktivátor plasminogenu
- **prevence** alergie – 200mg HCT
- **úspěšnost** – 70-80% nemocných do 1,5 hod po podání vymizení EKG známek a bolestí, následuje heparinizace
- **KI** – krvácivé stavy, st.p. mozkové hemoragii, CMP před 6 měsíci a méně, disekce, warfarinizace, těhotenství, dekompenzovaná HT

Akutní infarkt myokardu VIII

- **antikoagulace v akutní fázi** – při KI trombolýzy, při pozdě dg IM – 48 hod po poslední stenokardii, při nástěnných trombech, prevence trombózy
- **kardiogenní šok** – při výpadku 40% a více stěny komory, podpůrné faktory – poruchy rytmu, negativně inotropní látky, ruptura septa, stěny, papilárního svalu, letalita 90%
- ❖ **léčba** – optimalizace žilního návratu, sympatomimetika (Dobutamin, Dopamin) korekce acidózy, akutní PTCA, mechanické systémy – kontrapulzace

Akutní infarkt myokardu IX

- rehabilitace – při nekomplikovaném průběhu
 - ❖ 1. den – pasivní cvičení na lůžku
 - ❖ 2. den – aktivní cvičení na lůžku
 - ❖ 3. den – sezení na lůžku
 - ❖ 5. den – stání vedle lůžka
 - ❖ 10. den – výstup do 1. patra po schodech
- pro provedené PTCA se zkracuje na 5-7 dní
- propuštění domů se stanovením tréninkových dávek, obvykle do TF 90/min 2x denně
- první ergometrické vyšetření stanoví další postup

Akutní infarkt myokardu X

- terapie po proběhlém IM
 - ❖ medikace
 - ❖ betalokátory
 - ❖ ACEI
 - ❖ ASA, nebo jiná antiagregancia
 - ❖ hypolipidemika – při LDL nad 3,5 mmol/l
 - ❖ nitráty – pokud trvá AP
 - režim
 - ❖ pohybová aktivita do submax TF 4x týdně
 - ❖ eliminace rizikových faktorů – obezita, kouření, HLP, HT, dna
- rozvaha o dalším postupu – PTCA, KG, Ao-bypass

Náhlá smrt při ICHS

- **definice** – smrt do 1 hodiny od prvních příznaků zhoršení stavu
- **etiologie** – komorová tachykardie, fibrilace komor, zástava srdeční činnosti, ruptura stěny s tamponádou
- **rizika** zvyšující pravděpodobnost – HT, hyLK, muži, rozsah AS koronární tepen, poruchy funkce LK, stres

Děkuji za pozornost

