

INHALTSVERZEICHNIS

1. KardiOKOLLOgie
- 1.1. allgemein
- 1.2. Preload
- 1.3. Herzecho
- 1.4. Infy-Arktis
- 1.5. Lungenembolie
- 1.6. AP-DD
- 1.7. Large
- 1.8. EKG & Schenkel
- 1.9. Max & Mobitz
- 1.10. Sick-Sinus
- 1.11. Fallotsche Tetralogie
- 1.12. Isthambul
- 1.13. ...itiden
- 1.14. Röntgen
- 1.15. Ausku

1. KARDIOKOLLOGIE

Mischke

1.1. **allgemein.**

- Patho-HI-Stadien sollte man schon kennen
- Herold & Isabelle werden empfohlen

1.2. **Preload.** Vorderlader-last

- immer Diastole
- Grund des ganzen: Actin-Myosin und ..Idealbereich..
- zu niedriger Preload schlecht und zu hoher bekanntlich auch (HI)
- Maßgröße in der Theorie: Diast-Druck x Umfang / Wanddicke x 2
- Starling:
 - niedriger bereich: Vorlast erhöht Schlagvolumen
 - hoher bereich: Vorlast senkt schlagvolumen

– Daumenregel: jeder HI ist im hohen Bereich, Vorlastsenkung steigert also das Schlagvolumen

- Steigerung durh Volumen
- Vorlast-Volumen ist das einzig klinisch bestimmte
- Afterload: Systolische Wandspannung → Hoch bei Aortenstenose und Hypertonie, Niedrig bei Mitralinsuffizienz (alles logisch)

1.3. **Herzecho.**

- besonders der rechte Ventrikel sehr gut zu schallen - wie ist die Füllung und so - ähnlicher Zusammenhang wie periphere Ödeme
- Volumina s.o. werden auch er Echok. bestimmt
- der Rechte KReislauf reagiert schneller → erst periphere Ödeme, bzw Lungenödem später bei gleichem Schaden anscheinend

1.4. **Infy-Arktis.**

- MB wird vor dem Troponin erhöht
- CK und CK-MB und Trop sind die Marker
- ACS= STEMI, NSSTEMI & instabile Angina pectoris
- Troponin: 15-50 Übergangsbereich, über 50 manifest
- Stroke, Trauma, Lungenembolie & Myocarditis erhöhen das Trop auch
- DD-Beispiel: Dyspnoe beim Diabetiker → oft Trop z.B. eher niedrig, kann z.B. gut auch Überwässerung wegen der Niereninsuffizienz sein
- Akuttherapie: Clopi, Ass, Hep
- evtl irgendwann mal Rivaroxaban von Pfizer
- es gibt inzwischen auch ein paar verbesserte Clopidogrels (Metabolismus besser) Prasugrel und Ticagrelor
- MO bei Beschwerden, Atemdep ist kaum ein Problem (niedrige Dosis) aber das Kotzen → Midazolam auf jeden Fall gut, da Aufregung scheiße
- Soll-Therapie: Betablocker, ACE-Hemmer und Statin
- Betablocker kann der Noarzt schon geben
- O₂ bei Dyspnoe
- Nitro bei ausreichendem RR
- Lagerung natürlich
- Klinik: Katheter, Lyse, Bypass

- HK nach Lyse bei keiner Besserung → Aachen macht das bei jedem Patienten, da postlytisch das Lumen oft zu gering ist
- Langzeit: Bypass eher überlegen
- Post-Therapie: ASS lebenslang, Clopi 12 Monate
- Manchmal Marcumar-Monotherapie bei stabilen Situationen
- Statin: LDL unter 100mg/dl, besser unter 70mg/dl
- ACE-Hemmer hilft dem Herzen beim Remodeling oder so

1.5. **Lungenembolie.**

- normalerweise durch Doppelversorgung kein Infarkt
- bei Linksherzinsuffizienz geht durch die Vasa privata nicht genug hindurch → Hämorrhagischer Infarkt = Lungenembolie

1.6. **AP-DD.**

- Dissektion (2/3 proximal in der Aszendenz)
- wo ist die Bekki? (DeBakey: Klassifikation)
- Therapie: OP oder Transport in den Keller

1.7. **Large.**

- Normaltyp: II am größten, I am zweitgrößten, III negativ (aVR negativ) ++-
- Indifferenztyp: +++ mit I am größten
- Steiltyp: +++ mit III am größten

1.8. **EKG & Schenkel.**

- AV-Block: über 200ms PQ
- A4-Regel: Av-Seite mal 10 → 5 = 50
- LSB: V6 breit, I breit, aVL breit
- RSB: V1 und V2 M doppelzacken oder so und breit
- Tifaszikulär: kompletter Block, der zwei linken und des rechtens → AV-Knoten oder alle Faszikel, könnte beides sein → besser AV-Block III°

1.9. **Max & Mobitz.**

- braucht man eher im 7. Semester
- Wenkebach = Mobitz I grad 2 (warten auf)
- Mobitz II z.B. 2:1 jeder zweite Schlag oder so

1.10. **Sick-Sinus.**

- persist. Sinusbradykardie
- intermittierend SA-Block, Sinusarrest
- Wechselnd Tachykardie/Bradykardie

1.11. **Fallotsche Tetralogie.**

- häufigster angeborener Herzfehler mit Zyanose
- VSD
- Reitende Aorta (Über dem Septumdefekt)
- Pulmonalstenose
- Folge: Hypertrophie rechts

1.12. **Isthambul.**

- präduktal = infantil: fällt sehr früh auf
- postduktal = adult: RR-Differenz Bein – Arm

1.13. **...itiden.**

- oft bei Obduktion beides gemeinsam, Myocarditis und Endokarditis
- Klinisch führt jedoch eins von beidem
- Viren: Cox, Parvo B19, HHV6, EBV, Infla, Adeno, Echo, HIV, HCV → alles mögliche
- Bakteriell: meist Streptokokken, Staphylokokken ... insgesamt auch wieder alles
- Tonsillitis löst eine rheumatische Endokarditis nach ein paar Wochen aus

1.14. **Röntgen.**

- Thoraxbild wird vermutlich Prüfungsfrage sein
- Linker Ventrikel bildet den Rand

1.15. **Ausku.**

- kennen natürlich
- Mitral: Herzspitze