

**MÜOKARDIINFARKTIREGISTRI (MIR)  
TEATISE TÄITMISE JUHEND**

**MIR koduleht: [www.infarkt.ee](http://www.infarkt.ee)**

2019

**SISUKORD**

Sissejuhatus .....	2
Isikuandmed .....	3
Eelnev kardiovaskulaarne anamnees .....	3
Riskitegurid .....	4
Käesoleva atakiga seotud andmed .....	5
Kliinilised tunnused patsiendil vastuvõtus .....	5
Ravimid ja protseduurid .....	7
Tüsistused haiglaperioodil .....	8
Laboritulemused .....	9
Andmed lahkumisel .....	9
Erijuhtum: Teatise täitmine võimaliku periprotseduraalse/peroperatiivse infarkti korral .....	11

## SISSEJUHATUS

Müokardiinfarktiregistri (MIR) teatise andmekooseis on kooskõlas CARDS (Cardiology Audit and Registration Data Standards) projekti dokumendiga, mis võeti vastu Euroopa Liidu tasemel 2004. aastal. Nimetatud konsensusdokument on koostatud tihedas koostöös Euroopa Kardioloogide Seltsi ja liikmesriikide esindajatega eesmärgiga ühtlustada Euroopa Liidus andmete kogumise standardid ja panna alus riikidevahelisele võrdlusele (dokument kättesaadav: <http://www.escardio.org/Policy/Pages/data-standard-cards.aspx>). MIRi teatis on kinnitatud Eesti Müokardiinfarktiregistri Teadusnõukogu poolt. MIRi esitatavate andmete koosseis on viimati kinnitatud 06.03.2019 Tervise- ja tööministri määrusega nr 18: „Müokardiinfarktiregistri põhimäärus“.

MIRi teatis täidetakse iga hospitaliseeritud ÄMI juhu (va Eestis ajutiselt viibiva isiku müokardiinfarktijuhi) kohta järgmiste diagnooside (RHK-10) korral:

- 1) I21.0–I21.9 äge müokardiinfarkt;
- 2) I22.0–I22.9 äge korduv müokardiinfarkt.

MIR teatist ei täideta selliste juhtude puhul, kus patsient on suunatud plaanilisele koronaarinterventsioonile madalama etapi haiglast, kuid patsient on kahe hospitaliseerimise vahepeal viibinud kodus. NB! Madalama etapi haigla siiski täidab teatise.

MIR teatiste andmebaasi edastamine toimub elektrooniliselt.

*Müokardiinfarktiregistri kontaktandmed on järgmised:*

*E-post: [emir@infarkt.ee](mailto:emir@infarkt.ee)*

*Telefon: 7318459, 53318459*

*Koduleht: [www.infarkt.ee](http://www.infarkt.ee)*

*MIR kodulehelt leiate registri teatise täitmise juhendid, kodulehte täiendame pidevalt kasutajainfoga.*

**MIR teatis koosneb 2 osast: Sündmuse nn päiseosast ja dokumendiosast.**

**Sündmuse päiseosas märgitakse sündmuse aeg ning näidatakse ära vastutav isik e. raviarst ning Haigla ning osakond, kus patsient ravil viibis.**

### **SÜNDMUSE AEG**

Sündmuse ajana käsitletakse patsiendi haiglasse saabumise aega – kõige varasemat patsiendi haigla pinnale jõudmise kellaaega, mis on haigusloost fikseeritav.

Dokumendiosas täidetakse järgnevad andmed:

#### **1. ISIKUANDMED**

1.1. Tavategevus: hospitaliseerimise hetkel

*Märkus:* Töötava pensionäri puhul märkida „Töötav“.

1.2. Pikkus: cm

1.3. Kaal: kg

#### **2. EELNEV KARDIOVASKULAARNE ANAMNEES**

##### **2.1. Varasem südamelihase infarkt**

Määratlus isiku sõnade järgi ja/või eelistatult kasutada olemasolevat meditsiinilist dokumentatsiooni.

Mitme varasema südameinfarkti korral eristada aastad tagurpidi (/) kaldkriipsu(de)ga.

„Teadmata“ kui andmed puuduvad (ei olnud võimalik isikult küsida, puudub vastav dokument).

##### **2.2. Stenokardia esinemine enne käesolevat atakki**

Kui isikul on enne käesolevat atakki esinenud/ravitud stenokardiat vastavalt isiku sõnalisele kirjeldusele või meditsiinilisele dokumentatsioonile.

##### **2.3. Krooniline südame paispuudulikkus enne käesolevat atakki (NYHA j.)**

Kui isikul on diagnoositud/ravitud südame paispuudulikkust meditsiinilises dokumentatsioonis või kui esineb anamneesis:

hingeldus rahuolekus või kehalisel koormusel või jalgade turse ning tõendatud südame süstoolne või diastoolne düsfunktsioon (soovitavalt ehokardiograafiline dokumentatsioon).

##### **2.4. Varasem ajuinfarkt**

Kui isikul on anamneesis ajuinfarkt, mille tõenduseks on dokumenteeritud neuroloogiliste jääknähtude püsimine vähemalt 24 tunni jooksul.

## 2.5. Anamneesis perifeersete arterite haigused

Kui isikul on anamneesis või on tõendus: perifeersete arterite ja/või unearterite aneurüsm ja/või oklusioon (sealhulgas aordi aneurüsm, varasem aorto-iliakaalne või perifeersete veresoonte operatsioon; või on nõrgenenud/puuduvad perifeersed pulsid ja/või on angiograafiliselt tõendatud ahenemine >50%).

## 2.6. Varasem koronaarangioplastika (PKI)

Kui enne käesolevat hospitaliseerimist on patsiendile teostatud koronaarangioplastika (stendiga või stendita).

## 2.7. Varasem aorto-koronaarne šunteerimine (AKŠ)

Kui enne käesolevat hospitaliseerimist on patsiendil teostatud aorto-koronaarne šunteerimine.

### 3. RISKITEGURID

#### 3.1. Suitsetamine

Suitsetab: isik suitsetab igasugu sorti tubakat regulaarselt viimase 1 kuu jooksul enne käesolevat hospitaliseerimist.

Ei suitseta: isik ei ole kunagi suitsetanud.

Varem suitsetas: isik on varem regulaarselt suitsetanud, kuid nüüd ei suitseta viimase 1 kuu jooksul enne käesolevat hospitaliseerimist.

Teadmata: andmed suitsetamise kohta puuduvad.

#### 3.2. Diabeet

Kui isikul on enne käesolevat hospitaliseerimist diagnoositud diabeet vastavalt kriteeriumitele; isik on dieetravil, tablett- ja/või insuliinravil.

NB! Kui inimene teab, et tal on diabeet, kuid ta ei kasuta ravimeid, siis tuleb märkida „Jah, dieetravil“.

#### 3.3. Arteriaalne hüpertensioon

Isikul on diagnoositud/ravitud arteriaalset hüpertensiooni. Anamneesis vererõhu väärtused mõõdetud vähemalt kahel või enamal korral süstoolne vererõhk >140 mmHg ja/või diastoolne vererõhk >90 mmHg. Märgitakse „jah“ ka siis, kui isikul avastatakse hüpertensioon alles käesoleval hospitaliseerimisel.

#### 3.4. Perekonnaanamneesis varajane südame isheemiatõbi

Kui isikul oli/on mõnel lähedasel sugulasel (vanemad, õed-vennad, lapsed) esinenud (M<55 a. ja N<65 a. vanuses):

–südamelihase infarkt; ja/või

–kardiaalne äkksurm ilma teiste kindlaks tehtavate põhjusteta.

### 3.5. Düslipideemia

Kui isikul on diagnoositud ja/või ravitud düslipideemiat arsti poolt. Ka siis, kui hüperlipideemia diagnoositakse käesoleval hospitaliseerimisel.

E78 diagnoos tuleb panna LDL-kolesterooli väärtusega  $\geq 2,6$  mmol/L või lipiide langetava(te) ravimi(te) (täna mitte ainult statiinid) püsiva kasutamise korral olenemata LDLlist.

## 4. KÄESOLEVA ATAKIGA SEOTUD ANDMED

### 4.1. Ataki algus

Ataki algus on ägedate sümptomite algus (või nende puudumisel aeg, millal tekkis isikul nt. teadvusekadu). Kui isikul on ebamäärased või intermiteeruvad sümptomid ning seejärel tekkinud prolungeeritud tõsisemad sümptomid, millele järgneb kiirabi väljakutse, siis ataki alguse ajaks loetakse aega, mil hakkasid prolungeeritud sümptomid. Kui on esinenud mitmed sümptomidega atakid, millest igaüks võiks kvalifitseerida kui võimalikku ataki algust, siis alguseks võiks lugeda seda esimest aega, mil tekkis tüüpiline rinnakutagune valu kestusega rohkem kui 20 min. Kui on ebamäärane algus ja aeglaselt süvenevad sümptomid mitu päeva (s.o. on *crescendo* tüüpi algus), siis ei olegi täpselt võimalik ataki algusaega määratleda.

Kui ataki kuupäev ja/või kella-aeg on teadmata, siis valida „*atagi algus* teadmata“. Sel juhul avanevad valikud lubavad jätta kellaaja märkimata, kuupäevaks märkige kõige tõenäolisem kuupäev. Kui valite „*atagi algus* teada“, siis kontrollitakse, et märgiksite nii kuupäeva kui kellaaja.

## 5. KLIINILISED TUNNUSED PATSIENDIL VASTUVÕTUS

### 5.1. NB! Kliinilised tunnused EMO-s, IRO saalis või osakonnas, kui patsient tuuakse kiirabiga otse osakonda.

**Haiglasse saabumise aja** all mõeldakse, mis kell haige jõuab haigla pinnale e kõige varasem kella-aeg, mis on haigusloost fikseeritav. Nt. Kui patsient tuuakse koheselt kardiointensiivravi osakonda, siis kattuvad tavaliselt haiglasse saabumise ja osakonda saabumise aeg. Kui patsient saabub esmalt EMOsse ning talle koostatakse EMO kaart, on vastav informatsioon sealt leitav.

Haiglasse või osakonda saabumise aeg ei ühti haigusloo tegemise ajaga. Võib kasutada ajalisi andmeid patsiendi jälgimislehel.

NB! Haiglasse saabumise aeg dokumendis peab ühtima sündmuse ajaga teatise päiseosas!

### 5.2. Prevaleeruv sümptom

Peamine sümptom, miks patsient sattus haiglasse (valida loetelust üks).

### 5.3. Pulsisagedus

Esimene pulsisagedus patsiendi saabumisel haiglasse (*on admission*).

NB! Kui patsient toodi esmalt EMO-sse või IRO saali kasutada vastavat dokumentatsiooni. Välja väärtus peab olema täisarv (nt 75).

### 5.4. Süstoolne RR

Esimene süstoolne vererõhk patsiendi saabumisel haiglasse (*on admission*).

NB! Kui patsient toodi esmalt EMO-sse või IRO saali kasutada vastavat dokumentatsiooni. Välja väärtus peab olema täisarv (nt 140).

#### 5.4. Killipi klass

Killipi klass patsiendi haiglasse saabumisel

Klass 1 – Südamepuudulikkuse kliinilisi tunnuseid ei esine. Ei ole paisuräginaid kopsudes ega kolmandat südameooni

Klass 2 – Paisuräginaid vähem kui 50% ulatuses kopsuväljadest või III südameoon, kopsude venoosne pais

Klass 3 – Raske südamepuudulikkus, mille tunnuseks on väljendunud kopsuturse ja paisuräginaid rohkem kui 50% ulatuses kopsuväljadest

Klass 4 – Kardiogeenne šokk

#### 5.5. EKG rütm

EKG rütm patsiendi saabumisel haiglasse esimesel teostatud EKG-l (*first admission ECG*), valida üks vastusevariantidest.

#### 5.6. EKG-s QRS kirjeldus

QRS kirjeldus esimesel haiglas tehtud EKG-l, valida üks vastusevariantidest.

#### 5.7. EKG-s ST- segmendi muutused

ST-segmendi muutused esimesel haiglas tehtud EKG-l, valida üks vastusevariantidest.

**Märkus:** Kui EKG-s esineb rohkem kui üks loetletud valikutest, siis tuleb märkida kõige tõsisem. Näiteks kui esineb ST-elevatsioon, ST-depression ja T-inversioon, siis tuleb märkida ST-elevatsioon.

Normaalne – ei ole ST segmendi nihkeid

ST elevatsioon – uus ST elevatsioon J-punktis kahes järjestikus sama piirkonda kajastavas lülituses:  $\geq 0,2$  mV (2mm) meestel või  $\geq 0,15$  mV (1,5mm) naistel V2 ja V3 lülituses ja/või  $\geq 0,1$  mV (1mm) teistes lülitustes soost sõltumata.

ST-segmendi depressioon ja T-saki muutused – uus horisontaalne või destsendeeruv ST-segmendi depressioon  $\geq 0,05$  mV (0,5mm) kahes järjestikus sama piirkonda kajastavas lülituses ja/või T-saki inversioon  $\geq 0,1$  mV (1mm) kahes järjestikus lülituses promineeruva R-sakiga või R/S suhe on  $> 1$ .

#### 5.8. Saabus osakonda

Aeg, millal patsient saabus osakonda. Ei samastu haigusloo koostamise ajaga. Sobilik kasutada patsiendi jälgimislehel olevat dokumentatsiooni.

Kui patsient viiakse haigla vastuvõttust otse koronarograafia kabinetti, on osakonda jõudmise ajaks aeg, millal patsient jõuab kabinetist osakonda. Jällegi kasutada jälgimislehe dokumentatsiooni.

## 6. RAVIMID JA PROTSEDUURID

### 6.1. Ravimid

Kasutatud ravim märgitakse ka siis, kui seda on kasutatud ainult ühekordse annusena (nt beeta-blokaatorid).  
Valiku *muu* linnukesega märkimisel avaneb võimalus kirjutada loetelus pakutud ravimitele lisaks toimeaine, mida patsiendi ravis kasutati.

### 6.2. Trombolüütiline ravi

Kui teostati, siis märkida preparaadi nimetus, teostamise aeg.

NB! Madalama etapi haiglast kõrgema etapi haiglasse ületoodud haigete puhul märkida madalamas haiglas tehtud trombolüüs. Nt. Tartusse saadetud haigetele märkida Viljandis tehtud trombolüüs. Sel juhul lisada kindlasti linnuke ka ruutu trombolüüs teostatud teises haiglas.

Märkida valikust leitav põhjus, miks trombolüüsi ei teostatud.

Primaarne PKI – teostatud 12 tunni jooksul alates sümptomite algusest ST-elevatsiooniga MI korral kui trombolüüsi ei ole tehtud.

Puuduvad EKG kriteeriumid – EKG-s ei esine ST-elevatsiooni vastavalt kriteeriumitele ega uut Hisi kimbu vasaku sääre täielikku blokaadi.

Hilinemine – saabumisel haiglasse on valu algusest möödunud > 12 tundi

### 6.3. Koronarograafia (SKG)

Teostamisel kirjutada kuupäev ja kellaaeg, millal protseduuri alustati.

Kui haiglas viibimise ajal tehtud mitu korda koronarograafiat, siis märkida ainult esimene. Järgnevad koronarograafia tegemised märkida märkustesse (vaba teksti väljale).

### 6.4. Koronaarangioplastika (PKI)

**Primaarne PKI:** STEMIga patsiendid - haigust põhjustava soone interventsioon kuni 12 tunni jooksul valu või sümptomite algusest ilma eelneva trombolüütilise ravita. K.a. kui patsient on saanud eelnevalt hepariini, GP IIb/IIIa inhibiitoreid.

**“Facilitated” PKI:** STEMIga patsiendid - planeeritud interventsioon **kuni 12 tunni jooksul sümptomaatikast** peale edukat **trombolüütilist** ravi. Siia ei kuulu patsiendid, kes on eelnevalt saanud GP IIb/IIIa inhibiitoreid ja hepariini.

**Päästev PKI:** STEMIga patsiendid - kuni 12 tundi sümptomaatikast peale ebaõnnestunud trombolüütilist ravi ( püsiv valu ja/või ST segmendi elevatsioon).

**Hiline/planeeritud PKI:** Kõik STEMIga patsiendid, kes saavad >12 tundi peale sümptomite teket ja pole saanud trombolüüsravi. Siia kuuluvad ka STEMIga patsiendid, kes on trombolüüsitud, kuid saavad >12 tundi sümptomite algusest (sõltumata sellest kas trombolüüs on olnud edukas või ebaedukas).

**PKI NSTEMI korral:** kõik NSTEMI korral tehtavad protseduurid



**Ebaõnnestunud protseduur:** TIMI vool 0/1

Kontrollida, et valitud PKI tüüp ei oleks vastuolus Diagnoosiga välja kirjutamisel. (Näiteks, et STEMI patsiendil ei oleks PKI valitud NSTEMI korral).

**6.5. Aortokoronaarne šunteerimine (AKŠ)**

Teostamisel märkida kuupäev ja kellaeg. Kui on planeeritud edaspidi, siis märkida "tulevikus planeeritud".

Kui planeeritud AKŠ aeg on täpselt teada, siis võib selle lisada vabaväljale.

**7. TÜSISTUSED HAIGLAPERIOODIL****Tüsistused, mis tekivad haiglas olles.**

Nt. kui patsiendil on juba vastuvõetus kardiogeenne kopsuturse, ei kuulu see antud haiglaperioodi tüsistuste alla.

**7.1. Äkksurm**

Kui patsiendil on vatsakeste fibrillatsioon (VF), PEA, asüstoolia ehk haige on vajanud elustamist.

**7.2. Kardiogeenne šokk**

Diagnoosi tõendab i/v inotropsete ravimite vajalikkus, et hoida süstoolne arteriaalne vererõhk >90 mmHg ja lõpporganite hüpoperfusiooni esinemine (külmad jäsemed või diurees alla 30ml/h ja fr >60x´)

**7.3. Uus südamelihase infarkt** (muutused EKG-s, biokeemiliste markerite tõus)

Kui haiglas on patsient saanud olemasoleva ägeda infarkti foonil uue südamelihase infarkti.

Kaasnevad muutused EKG-s ja kardiaalsete biomarkerite sisalduse suurenemine **≥ 20%**.

Periprotseduraalse/periopertaiivse infarktiga seotud täpsustusi vt punkt 9.4.

**7.4. Ajuinfarkt**

Kui isikul on dokumenteeritud neuroloogilise funktsiooni puudujäädid põhjustatuna isheemilistest tserebrovaskulaarsetest häiretest koos jääknähtudega vähemalt 24 tundi pärast vastavate (neuroloogiliste) sümptomide algust.

**7.5. Verejooks**

Retroperitoneaalse ja muu verejooksu all kirjeldatakse verejookse, mis vajasid kirurgilist sekkumist või vereülekannet või töid kaasa hematokriti languse üle 15% võrreldes algväärtusega.

**NB!** Üheks sagedasemaks tüsistuseks on koronarograafia/plastika järgselt tekkiv hematoom punktsiooni piirkonnas. Seda dokumenteeritakse tüsistusena, kui oli vajalik eelpooltoodud arstlik sekkumine.

## 7.6. Mehhaanilised tüsistused

Mitraalregurgitatsioon tuleb ainult siis dokumenteerida, kui tegu on raske astmega ning tüsistus on tekkinud käesoleva atakiga seoses.

## 8. LABORITULEMUSED

**Düslipideemia** puhul märkida esimesed haiglas võetud analüüside tulemused (NB! nn. tühjakoõhu analüüs).

NB! Teistest haiglatest ületoodud haigete puhul võib kasutada esimeses haiglas saadud tulemusi.

Hinnangulise glomerulaarfiltratsiooni kiiruse – **eGFR** puhul märkida esimene haiglas võetud analüüside tulemus, MDRD (*The Modification of Diet in Renal Disease*) valemi järgi.

## 9. ANDMED LAHKUMISEL

### 9.1. Lahkus haiglast: lahkumise aeg ja koht.

Kui patsient läheb taastus- või hooldusravile teise osakonda siis märkida „teise raviasutusse“.

### 9.2. Biokeemilised markerid

Lähtuda Eesti Arstis 2019 aprillis avaldatavast Euroopa Kardioloogide Seltsi juhendmaterjalist **Müokardiinfarkti neljas universaalne definitsioon**, mis on tunnustatud ja kohandatud Eesti Kardioloogide Seltsi, Eesti Laborimediitsiini Ühingu ja Eesti Radioloogia Ühingu poolt ning mis on abiks müokardiinfarkti diagnoosimisel ja infarktitiübi määramisel.

Eelistatud biomarkerid müokardi kahjustuse diagnoosimiseks ning välistamiseks on kõrgtundlike meetoditega määratavad kardiaalsed troponiinid I ja T (cTnI-hs ja cTnT-hs).

Kreatiini kinaasi MB isoensüümi mass (CK-MBm) on vähem tundlik ja vähem spetsiifiline, kuid CK-MBm määramisest võib olla abi reinfarkti diagnoosimisel või keerukate diferentsiaaldiagnostiliste situatsioonide korral. Tänapäeval ei kasutata müokardiinfarkti diagnoosimisel müoglobiini ja transaminaase (ALAT, ASAT).

Ägeda MI diagnoosi kinnitamiseks on vajalik cTn taseme tõus ja/või langus koos müokardi isheemilisele kahjustusele viitava(te) tunnus(t)ega, kusjuures vähemalt üks cTn väärtus peab olema kõrgem kui ülemine referentspiir (Näiteks troponiin cTnT -hs puhul  $\geq 14$  ng/l). Tõusva ja/või langeva dünaamika demonstreerimine on vajalik, et eristada ägedat müokardi kahjustust kroonilisest.

### 9.3. Diagnoos väljakirjutamisel

STEMI/LBBB MI või NSTEMI vastavalt EKG leiule

#### 9.4. Võimalik periprotseduraalne/operatiivne ÄMI

ÄMI ≤48 tundi pärast invasiivset protseduuri (PKId või AKŠd).

*Perkutaanse koronaarinterventsiooniga (PKI) seotud müokardiinfarkti võib diagnoosida kui MI tekib ≤48 tunni jooksul pärast PKI protseduuri ning leitakse normis cTn algväärtustega patsiendil > 5 kordne cTn tõus üle ülemise referentspiiri või eelnevalt tõusnud, kuid stabiilse või langeva cTn algväärtusega patsiendil > 20% tõus algväärtusest ja lisaks esineb vähemalt üks müokardi isheemiale viitav kliiniline tunnus.*

*Aortokoronaarse šunteerimisega (AKŠ) seotud müokardiinfarkti võib diagnoosida, kui MI tekib ≤48 tunni jooksul pärast AKŠ-d ning leitakse normis cTn algväärtustega patsiendil > 10 kordne cTn tõus üle ülemise referentspiiri või eelnevalt tõusnud, kuid stabiilse või langeva cTn algväärtusega patsiendil > 20% tõus algväärtusest ja lisaks esineb vähemalt üks müokardi isheemiale viitav kliiniline tunnus.*

#### 9.5. Põhidiagnoos haigusloost RHK-10 alusel

I21 on esmane müokardiinfarkt, iga korduv müokardiinfarkt kodeeritakse I22.

Alamjaotised:	Nimetus
I21.0	Äge transmuraalne müokardi eesseina infarkt
I21.1	Äge seinaläbine [e transmuraalne] müokardi allseina infarkt
I21.2	Muude paikmete äge seinaläbine müokardiinfarkt
I21.3	Äge seinaläbine täpsustamata paikme müokardiinfarkt
I21.4	Äge subendokardiaalne müokardiinfarkt
I21.9	Täpsustamata äge müokardiinfarkt

Alamjaotised:	Nimetus
I22.0	Korduv müokardi eesseina infarkt
I22.1	Korduv müokardi allseina infarkt
I22.8	Muude paikmete korduv müokardiinfarkt
I22.9	Täpsustamata paikme korduv müokardiinfarkt

**TEATISE TÄITMINE VÕIMALIKU PERIPROTSEDURAALSE/PERIOPERATIIVSE INFARKTI KORRAL****Situatsioon:**

Patsient tuleb plaanilisele invasiivsele protseduurile/operatsioonile (koronarograafia, revaskulariseerimine) ning see tüsistub infarktiga.

Teatise täitmisel arvestada järgnevaga:

- **kindlasti märkida „Võimalik periprotseduraalne/perioperatiivne ÄMI“**; mitte märkida haiglasest tüsistuste alt „korduv südamelihase infarkt“;
- „Saabus vastuvõttu“: reaalne aeg, millal haige saabus haiglasse;
- „Ataki algus“: võib kasutada protseduuri/operatsiooni lõppemise aega;
- „Saabus osakonda“: aeg, kui patsient jõudis osakonda peale protseduuri/operatsiooni;
- „Kliinilised tunnused patsiendil vastuvõtus“ väljad täita vastavalt sellele, millised olid patsiendi esimesed sümptomid ja EKG leid peale müokardiinfarkti ataki algust;