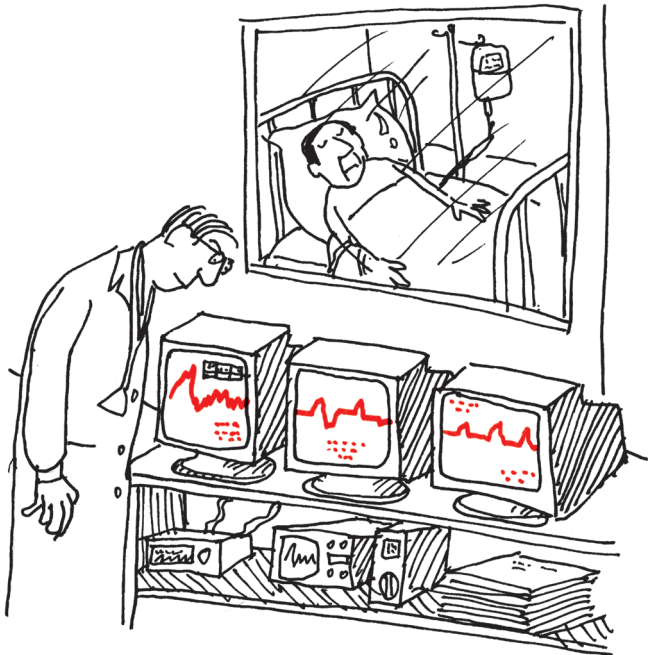


Szívkatéterezés, koszorúértágítás és sztentelés



Bevezetés



A **szívkatéterezés** egy olyan vizsgálat, amelyet leggyakrabban a koszorúerek (más néven a *coronáriák*) kontrasztanyaggal történő megfestésével végzünk (koszorúérfestés: *coronarográfia*); arra szolgál, hogy pontosan megítéljük a koszorúerek szűkületeit. Ha jelentős eltérést találunk, akkor az esetek nagy részében a katéterezés alkalmával koszorúértágítással tudunk javítani a helyzeten, a szűkület az arra alkalmas esetekben egy *sztent*nek nevezett speciális fémháló beültetésével legtöbbször teljesen megszüntethető.

Ebben a kiadványban rövid tájékoztatást kívánunk adni, a szívkoszorúér megbetegedésekről a szívkatéterezés menetéről és a koszorúértágítás lényegéről.

Reméljük, ezen ismeretek birtokában sikerül megérteni a beavatkozás értelmét.

Betegeink megtudhatják, hogy mi vár rájuk a vizsgálat előtt, alatt és után, továbbá az információk birtokában eredményesen beszélhetik meg orvosukkal a további teendőket és kilátásokat.



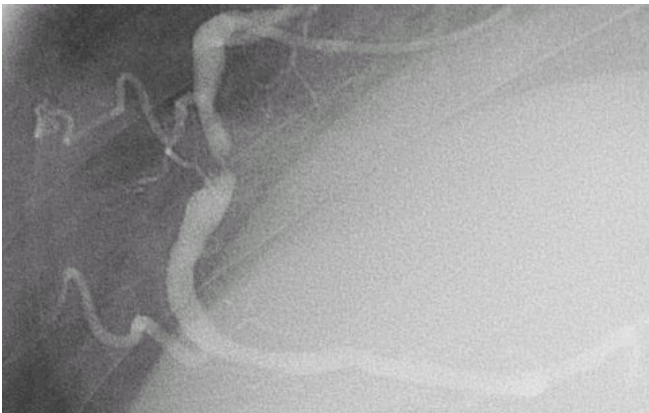


A koszorúerek jelentősége

A szív kb. ökölnyi méretű izmos falú négyüregű pumpa, nyugalomban percenként 60-80 összehúzódása biztosítja a vérkeringést az egész szervezet számára.

Annak ellenére, hogy a bal szívfélben oxigéndús vér kering, a szív izomzata nem innen kapja az ellátást, hanem saját erei, a koszorúerek (coronariák) látják el oxigéndús vérrrel. Ezek az erek az érelmeszesedésnek nevezett gyakori megbetegedés miatt az ér falán keletkező felrakódások (plakkok) szűkületeket okoznak amelyek szívpanaszok kialakulásához, a

koszorúerek hirtelen elzáródása pedig szívinfarktushoz vagy szíveredetű halálhoz vezet.



A legnagyobb izomtömeg a legtöbb munkát végző bal kamra körül van, ellátásán a bal koszorúér két ága és a jobb koszorúér osztozik.



Általában a bal koszorúér látja el a bal kamra nagyobb részét, kezdeti szakaszát bal főtörzsnek nevezzük, belőle két nagy ág ered: a bal elülső leszálló szár és a körbefutó ág. A jobb koszorúér végágai általában a bal kamra alsó falához vezetnek

Ha valamelyik koszorúérszakasz átmérője 50%-nál jobban beszűkül, akkor a szívizom fokozott munkavégzésének vér- (és ezzel oxigén-) ellátása nem biztosított. Ilyenkor általában mellkasi fájdalom (angina) jelentkezik. Minél nagyobb mértékű a szűkület, annál kisebb terhelésre, és annál gyakrabban jelentkezhetnek a panaszok.

A koszorúér hirtelen elzáródásakor szívizomelhalás (infarktus) alakul ki, amely általában erős fájdalommal jár, és kezelés nélkül közvetlen életveszélyt jelent. A szívinfarktus



lezajlása után a szív maradék teljesítménye attól függ, hogy milyen volt az infarktus kiterjedése, mennyi szívizom alakult át összehúzódásra nem képes heges területté, és mennyi maradt a bal kamrából működőképes állapotban.



Miért van szükség a szívkatéterezésre?

Jelenleg a szívkatéterezés során elvégezhető koszorúérfesítés az egyetlen módszer a koszorúérszűkület biztos kimutatására és a szűkület mértékének pontos megítélésére. Ezért orvosa előzetes vizsgálatok után (EKG, echocardiographia, terheléses EKG esetleg izotópos szívvizsgálat), ha a tünetek és a leletek jelentős mértékű szűkültre utalnak, javasolhatja a szívkatéterezés elvégzését.

A **vizsgálat** vagy igazolja, vagy kizárja a koszorúérszűkület meglétét, előbbi esetben az elváltozás jellegétől és mértékétől függően vagy további gyógyszeres kezelést vagy katéteres koszorúértágítást (általában sztent beültetéssel) vagy koszorúér-áthidalásos (*bypass*) műtétet javasolnak.



A **mellkas megnyitásával** járó szív műtétre általában akkor van szükség, ha a katéteres tágítással nincs megfelelő lehetőség a koszorúérkeringés helyreállítására.

Hol történik a szívkatéterezés?



A szívkatéterezést a szívkatéteres laboratóriumban végzik. A beteg egy mozgatható asztalra fekszik, ahol az orvos egy nagyfelbontású röntgenkészülék segítségével követi a szívkatéter helyzetét és a beadott kontrasztanyag elfolyását.



Közben folyamatosan figyelik a röntgenkép megjelenítésére szolgáló képernyőn kívül a beteg vérnyomását és szív működését jelző monitort is.



Ritmuszavar vagy kóros vérnyomás esetén a szívkatéteres laboratóriumban minden gyógyszer és eszköz rendelkezésre áll a problémák elhárítására .



Hogyan zajlik a szívkatéterezés?

A szívkatéterezéskor erre a célra kifejlesztett vékony műanyag csövet vezetnek a főütőeren keresztül a szívhez. Leggyakrabban a combhajlatban, ritkábban a könyökhajlatban vagy a csuklón helyi érzéstelenítést követően szúrják meg az ütőeret, és egy olyan hüvelyt helyeznek az érbe, amelyen ke-



resztül felvezethetőek a katéterek. A katéterek mozgatása általában már nem érezhető a vizsgálat során. Nyugtatót kérhet a beteg a beavatkozás előtt, de végig a tudatánál marad, így képes az orvos kérdéseire válaszolni, illetve teljesíteni az esetleges felszólításokat (pl. mély levegő vétele, köhintés stb.)

A szívkatéter segítségével a megfelelő mérések mellett kontrasztanyagot adnak be a koszorúérbe (ritkábban a szívüregekbe is), amely a röntgensugár alatt láthatóvá válik; a felvett képeket CD-re is rögzítik, így később is tudják elemezni őket.

Ha nem történt koszorúér-beavatkozás, a vizsgálatot követően rögtön kihúzzák az érből a hüvelyt. Ha koszorúér tágítást is végeznek, az ahhoz szükséges alvadásgátló miatt csak több óra múlva távolítható el a hüvely. Ennek kihúzása-kor nyomókötést helyeznek fel, amit általában csak másnap vesznek le, addig ágyban kell maradni.

Hogyan történik a koszorúér-tágítás?

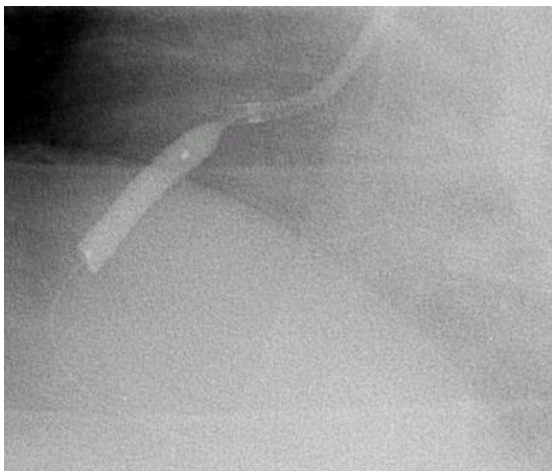


Ha a koszorúérfestés jelentős szűkületet mutat, és az alkalmasnak látszik a katéteres úton történő megoldásra, akkor általában a vizsgálatot azonnal követi a katéteres koszorúértágítás (más néven *perkután coronaria intervenció: PCI*).

Ekkor a koszorúérfestéshez nagyon hasonló, de a tágításhoz külön kiképzett vezetőkatéteren át finom vezetődrótot juttatnak át a szűkületen, és ennek segítségével a szűkületbe ballonos katétert vezetnek, majd a ballon felfújásával tágítják a szűkült érszakaszt.

Az esetek nagyobbik részében a tágítás hatékonyságának fokozása és az elért eredmény tartósabb megőrzésének érdekében a szűkületbe egy fémötvözetekből erre a célra gyártott háló (idegen szóval sztent) kerül beültetésre.

A sztentet ballonkatéterre rögzített „összenyomott” formában vezetik a szűkület helyére, a ballon felfújásával „kinyitják” és belülről belefeszítik az érfalba, ezáltal az kitámasztja, nyitva tartja az eret. A ballon felfújásakor a vérátáramlás



átmeneti korlátozása miatt rövid mellkasi fájdalom jelentkezhet, de mivel a ballont 10-30 másodperc múlva leengedik, ezért a panasz igen hamar megszűnik.



Mi történik a beültetett sztenttel?

Miután a sztentet az érfalban rögzítették, az a továbbiakban nem tud elmozdulni, onnan nem vehető ki. Mivel speciális fémötvözetből készül, így nem rozsdásodik. Azáltal, hogy néhány hét alatt benövi az ér belhártyája, teljesen beépül az érbe. Ezekben az első hetekben szükséges a beteg fokozott kímélete, a nagyobb terhelések kerülése, a későbbiekben a fizikai aktivitás fokozatosan emelhető.

A gyógyszerek szedése tartósan szükséges, elsősorban a vérrögképződés elkerülésére!

A gyógyszeres kezelés lényege, hogy a sztent beültetését követően erőteljesen gátolni kell a vérlémezkek kicsapódását (mivel a tágított és sztentelt koszorúér szakaszon egy belső sérülés alakul ki). Mindezek miatt elengedhetetlenül szükséges két készítmény (Plavix és Aspirin), együttes alkalmazása a teljes belső érsérülés gyógyulásáig. Ez általában egy év szokott lenni, de gyógyszer kibocsátó sztentek alkalmazását követően ez az időszak ennél hosszabb is lehet.

Kardiológusa meg fogja határozni, hogy a fent említett gyógyszereket (Plavix és Aspirin) meddig kell együttesen szednie. Általában egy év elteltével (nem gyógyszer kibocsátó sztentek esetén) valamelyik készítmény alkalmazásától (Aspirin vagy Plavix) el lehet tekinteni. A másik készítmény szedése azonban egy életen át szükséges. Az összehasonlító klinikai tanulmányok adatai alapján megállapítható, hogy a Plavix hosszú távú alkalmazása hatékony kezelésnek bizonyult.

Fontos a többi gyógyszer, pl. a vérnyomás- és koleszterin-csökkentők pontos szedése is!





Mágnesezhető-e a beültetett sztent?

Mivel a sztent nem mágnesezhető fémből készül, így mágneses rezonanciavizsgálat (MR) végezhető a sztent beültetését követően is.

Ilyen vizsgálatkor valamint mellkasi komputertomográfia (CT) esetén tájékoztatni kell a vizsgálatot végző orvost a beültetett sztentről, hogy figyelembe vehesse azt a vizsgálat tervezésekor és az eredmény értékelésekor.

Fémdektorok (pl. repülőtéren) nem jelzik a beültetett sztenteket.





Meddig tart a beültetett sztent kedvező hatása?

A szűkületekbe beültetett sztentek az esetek döntő többségében tartós megoldást jelentenek a megfelelő vérátáramlás biztosítására.

Az esetek 15-25%-ban azonban a sikeres tágitást követően 6 hónapon belül az érfal szöveteinek burjánzása miatt visszaszűkülés (*resztenózis*) alakul ki.

Ezért fontos, hogy a sztentbeültetést követően főleg az első fél év során gondos kardiológiai ellenőrzés történjen; az eredmény felmérésére általában terheléses EKG-t is végeznek.



**Ha újra jelentkezne mellkasi panasa, akkor soron kívül
is keresse fel kardiológusát!**



A visszaszűkülés újabb ballontágítással vagy gyógyszerkibocsátó sztent beültetésével általában jól kezelhető.

A visszaszűkülésre hajlamos esetekben gyakran eleve gyógyszerkibocsátó sztentet ültetnek be, amelynek a hatóanyaga megakadályozza az érfal belenövését a sztentbe, ezáltal kivédhető a szűkület kiújulása.

Összeállította:

Dr. Kőszegi Zsolt

Debreceni Egyetem Kardiológia Klinika

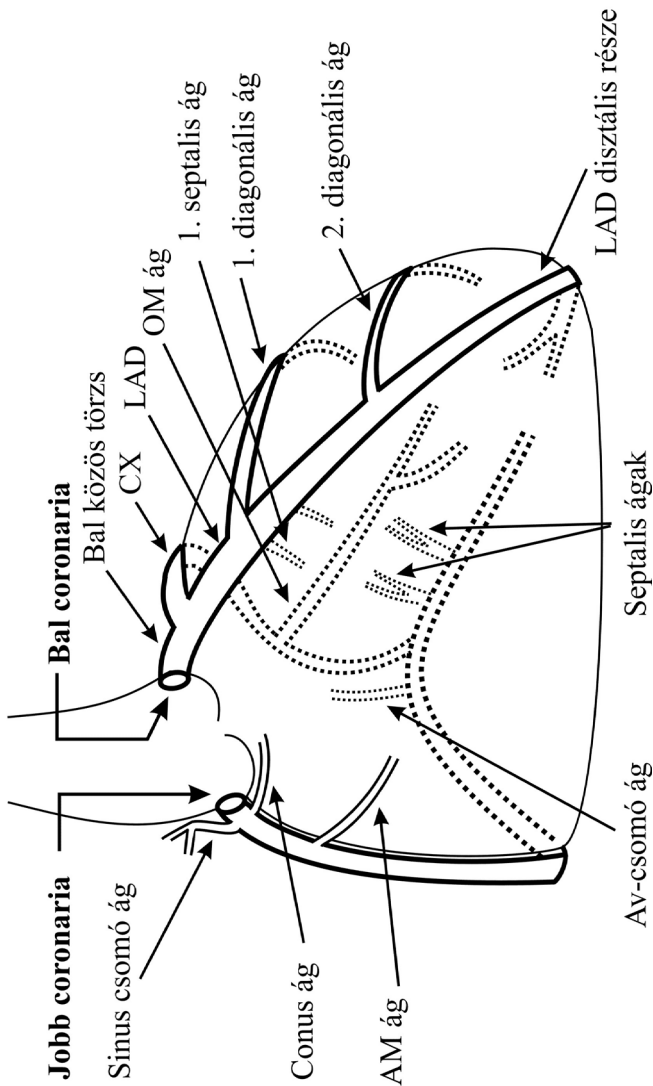
A betegtájékoztató füzetet mindig hozza magával!



A kiadványt támogatta:
Sanofi-Aventis Rt.



Az ábrán bejelölhető a koszorúerszűkület(ek) és az elvégzett koszorúér tágítás/sztent beültetés helye





A tájékoztató PDF file formátumban
ingyen letölthető a következő internetes címről:

www.debkard.hu

Készítette:

Diamond Stúdió, Telefon/Fax: 52/ 536 638

E-mail: info@diamondstudio.hu

www.diamondstudio.hu