

Vi imate pitanje? Mi imamo odgovor!



Najčešća pitanja bolesnika o srčanom udaru,
kronarografiji i perkutanoj koronarnoj intervenciji

Ova edukativna knjižica je izrađena i modificirana,
uz dopuštenje autora, prema originalnom tekstu knjižice

„Imate vprašanje? Imamo odgovor!“

koje su izradili i pripremili Marko Noč i Peter Radšel.

Uvod

Bolesti srca i krvnih žila (kardiovaskularne bolesti), najčešće uzrokovane aterosklerozom, najvažniji su uzrok smrti u suvremenom svijetu. Ateroskleroza zadebljava stijenkiju, sužava ili potpuno začepljuje arterije - krvne žile koje donose kisik i hranjive tvari u sva tkiva i organe tijela. Ateroskleroza uzrokuje poremećaj funkcije i građe arterija. Ovisno je li zahvatila arterije srca, mozga ili nogu, ateroskleroza uzrokuje odgovarajuće simptome uzrokovane smanjenjem dotoka kisika - od bolova u prsima i nogama, aritmije srca, vrtoglavice, gangrene, do srčanog i moždanog udara, te iznenadne smrti. Srećom, današnja medicina raspolaže novim lijekovima, intervencijama i zahvatima kojima se mogu olakšati simptomi ovih bolesti i spriječiti njihovi najteži ishodi.

Perkutana koronarna intervencija predstavlja jedan od najvećih napredaka suvremene kardiologije i medicine uopće, kojom se otvarajući sužene ili začepljene arterije u srcu spašavaju životi srčanih bolesnika, produljuje njihov život, smanjuje invaliditet i uklanjaju neugodni simptomi. Metoda se proširila posljednjih dvadesetak godina tako da su njome već liječeni milijuni bolesnika širom svijeta.

Osnovni cilj ove knjižice jest približiti ovu metodu liječenja bolesnicima, osobito onima s preboljelim srčanim udarom i onima s visokim rizikom za njegov razvoj, kao i onima koji se trebaju liječiti ili su već liječeni ovom metodom.



Sadržaj

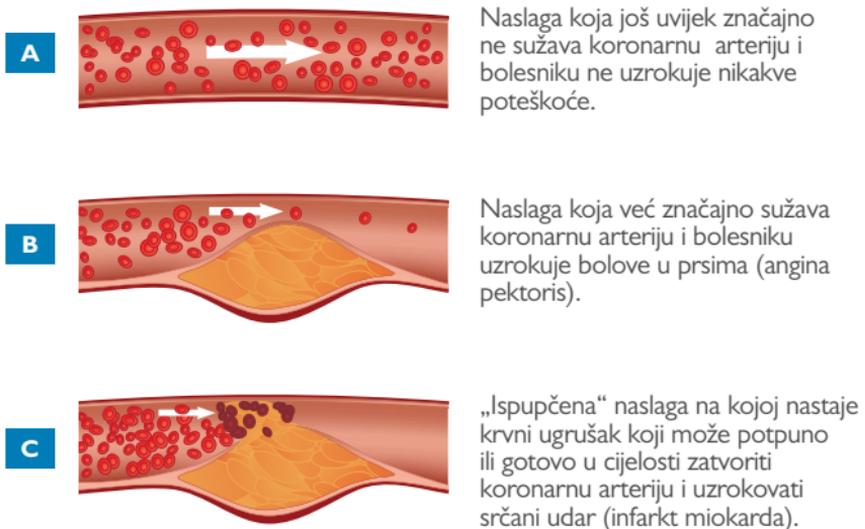
Uvod	3
Što je koronarna bolest i na koji način se očituje?	6
Osobitosti boli tipične za akutni infarkt miokarda	9
Što je koronarografija i kada je potrebna?	9
Kako se izvodi koronarografija?	10
Što prikazuje koronarografija?	12
Kako se odvija perkutana koronarna intervencija (PCI)?	13
Kako izgleda žilna potpornica ili koronarni stent?	15
Zašto je važno redovito uzimanje lijekova?	17
Vrste koronarnih stentova	19
Kakav je osjećaj neposredno nakon zahvata?	21

Što treba činiti nakon otpusta iz bolnice?	22
Koje su moguće komplikacije tijekom koronarografije ili perkutane koronarne intervencije i nakon njezinog izvođenja?	22
Što se može učiniti kako bi se smanjila vjerojatnost napredovanja koronarne bolesti i eventualni novi zahvati?	26
Vaše zdrave navike	28
Što nikako ne treba zaboraviti!	30
Pojmovnik	31



Što je koronarna bolest i na koji način se očituje?

Koronarne arterije su krvne žile koje opskrbljuju srčani mišić kisikom i hranjivim tvarima i nalaze se na površini srca. Koronarne arterije, kao i ostale arterije u tijelu, može zahvatiti ateroskleroza za koju je karakteristično nastajanje masnih naslaga i/ili kalcifikata na stijenkama žila. Koronarna ateroskleroza može biti različitog izgleda i manifestacije (Slika 1.).



Slika 1. Različiti izgledi koronarne bolesti

Ako su aterosklerotske naslage na stijenci koronarne arterije male i značajno ne sužavaju promjer žile, bolesnik nema nikakvih poteškoća i uopće nije svjestan bolesti (Slika I.A). Kako aterosklerotske naslage postupno rastu i uzrokuju sužavanje promjera krvne žile čime se ograničava protok krvi u srčani mišić, bolesnik osjeća napredovanje bolesti kao bol u prsima - anginu pectoris uslijed napora, koja nakon odmora ili primjene nitroglicerina, nestaje nakon nekoliko minuta (Slika I.B).

Aterosklerotska naslaga može iznenadno i bez upozorenja puknuti. Na ispupčenoj naslagi počinje nastajati krvni ugrušak koji može potpuno zatvoriti otvor koronarne arterije i na taj način zaustaviti protok krvi do pogođenog dijela srčanog mišića (Slika I.C). Posljedica je akutni infarkt miokarda, koji laički nazivamo srčani udar. Bol u prsima je u tom slučaju jača i obično ne prestaje niti nakon odmora ili primjene nitroglicerina. Za razliku od opisane stabilne angine pectoris, ovo je stanje koje zahtijeva trenutačnu liječničku pomoć. Ako bol nakon primjene nitroglicerina ne popusti u roku 5 do 10 minuta, bolesnik treba pokušati s istim još jedanput, pa ako nakon sljedećih 5 do 10 minuta nema poboljšanja, treba odmah uzeti tabletu acetilsalicilatne kiseline (Aspirin, Andol,...) po mogućnosti od 300 miligrama i pozvati Hitnu medicinsku pomoć na broj 112.



Najgora komplikacija srčanog udara je iznenadni zastoj rada srca kod kojeg bolesnik iznenada izgubi svijest i može ga spasiti samo odmah započeto odgovarajuće oživljavanje masažom srca i umjetnim disanjem (kardiopulmonalna reanimacija), te primjena elektrošokova srca (defibrilacija) što je prije moguće. Naime, najčešći je uzrok iznenadnog zastoja rada srca treperenje tj. tzv. fibrilacija klijetki kao posljedica teškog oštećenja srca tijekom infarkta.

Iznimno je važno brzo javljanje bolesnika s bolovima u prsima Hitnoj medicinskoj pomoći, osobito ukoliko se radi o karakterističnoj kasnije opisanoj boli ili težini iza prsne kosti. Srčani udar može se dogoditi i onima koji su naizgled zdravi, ali znatno češće u visokorizičnih bolesnika kao što su pušači, bolesnici sa šećernom bolešću, povišenom tjelesnom težinom, te bolestima srca kod bližih srodnika. Brzo kontaktiranje Hitne medicinske pomoći važno je i kako bi se smanjila vjerojatnost navedene iznenadne srčane smrti, ali i kako bi se što prije započelo s liječenjem srčanog udara i tako maksimalno smanjilo oštećenje srčanog mišića koje kasnije može uzrokovati teški invaliditet bolesnika i znatno mu skratiti život.

Osobitosti boli tipične za akutni infarkt miokarda

U pravilu je riječ o umjerenoj do jačoj boli najčešće smještenoj u području iza prsne kosti, a u tom je području moguć i osjećaj pečenja, žarenja i pritiska. Ako je riječ o srčanom udaru, bol je najčešće produljenog trajanja tj. 15 – 20 minuta ili više. Tegobe su obično praćene i osjećajem nedostatka zraka, katkad je naglašen i strah, a moguća je i opća slabost, blaga oznojenost i gušenje. Boli se katkada šire u donju čeljust ili uzduž lijeve ruke. Moguće su i atipične manifestacije infarkta miokarda, npr. bol i pečenje u gornjem srednjem dijelu trbuha, npr. kod infarkta koji zahvaća donju stijenkicu srca. Poseban oprez potreban je za neke skupine bolesnika koje imaju poremećen osjet za bol, kao npr. dijabetičari.

Važno je naglasiti da opisani simptomi nalažu hitno javljanje u nadležnu zdravstvenu tj. bolničku ustanovu.

Što je koronarografija i kada je potrebna?

Koronarografija je invazivna dijagnostička metoda kojom se pomoću rendgenskog kontrasta oslikavaju tzv. velike koronarne arterije tj. one koje se nalaze na površini srca.



U stanjima kao što je angina pektoris, a napose u infarktu miokarda potrebno je dijagnosticirati mjesto, težinu i narav suženja na stijenkama koronarnih arterija najčešće uzrokovanih aterosklerozom. Praktični potrebni podatci mogu se dobiti koronarografijom.

Na temelju takve pretrage može se odlučiti o odgovarajućem načinu liječenja.

Kako se izvodi koronarografija?

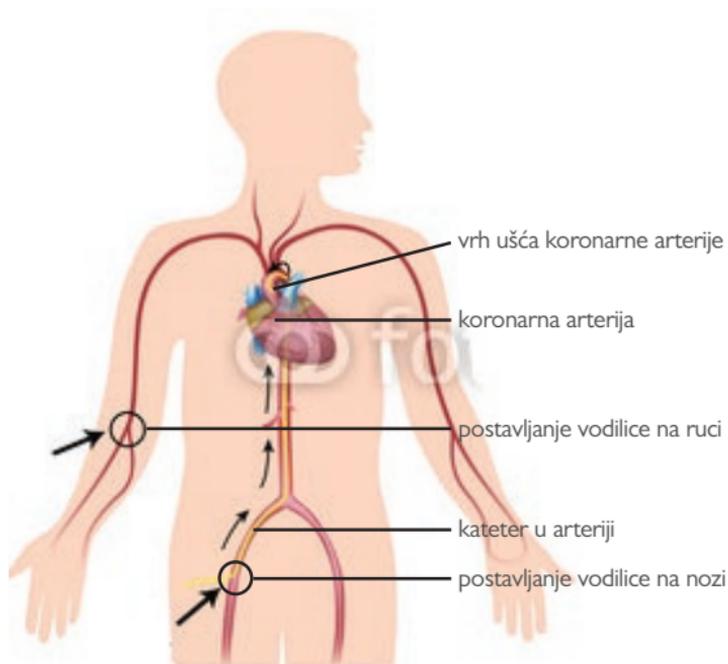
Koronarografija se izvodi u laboratoriju za invazivnu i intervencijsku kardiologiju (Slika 2.) koji je posebno opremljen prostor i nalik je operacijskoj sali. Osnovna



Slika 2. Laboratorij za invazivnu i intervencijsku kardiologiju

oprema je rendgenski uređaj kojim se oslikavaju koronarne arterije.

Cjelokupan zahvat izvodi se u sterilnim uvjetima. Bolesnik je pri svijesti i mirno leži na operacijskom stolu. U kardiovaskularni sustav ulazi se kroz arteriju u preponama ili na ruci. Mjesto uboda u preponama ili na zapešću anestezira se („umrtvi“) lokalnim anestetikom i u arteriju uvede



Slika 3. Postavljanje katetera u ušće koronarne arterije



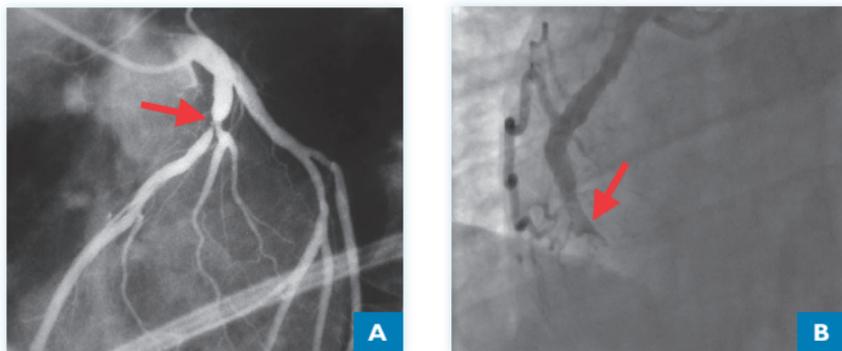
vodilica koja postane ulaz u bolesnikov kardiovaskularni sustav.

Kroz tu vodilicu uvedu se odgovarajući kateteri (dugačke tanke cjevčice) pod rendgenskim nadzorom do ušća koronarnih arterija koje se nalaze tik iznad srca (Slika 3.)

Zatim se kroz kateter ubrizga kontrastno sredstvo (kako bi arterija bila vidljiva rendgenom) u određenu koronarnu arteriju i istovremeno rendgenski oslikava.

Što prikazuje koronarografija?

Koronarografija može pokazati da su koronarne arterije normalne, da postoje značajna suženja ili čak da je koronarna arterija potpuno zatvorena (začepljenje) (Slika 4).



Slika 4. Značajno sužena (A) i potpuno zatvorena (B) koronarna arterija

Na temelju podataka o broju, mjestu i stupnju suženja, odlučuje se, u suradnji s bolesnikom, hoće li ga se liječiti samo lijekovima ili će se primijeniti i proširivanje suženja koronarnih arterija balonom i metalnom potpornicom (stentom). Zahvat se naziva perkutana koronarna intervencija (engl. percutaneous coronary intervention - PCI) i u pravilu se izvodi nakon koronarografije.

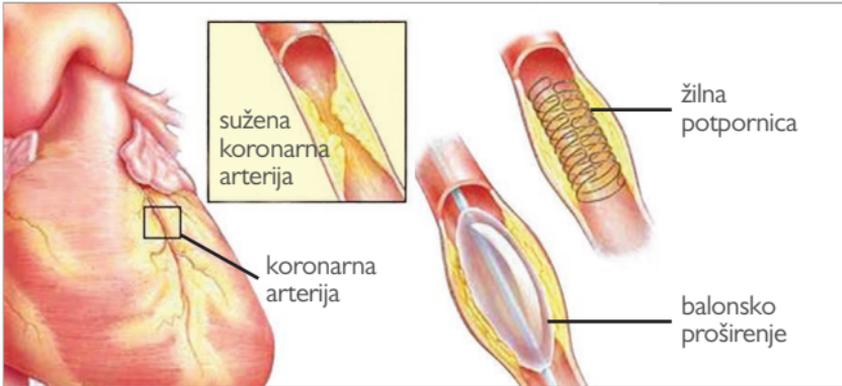
Ako mjesto, broj i stupanj suženja koronarnih arterija ne omogućavaju izvođenje PCI-e i ako dugoročni uspjeh tog zahvata nije vjerojatan, odlučuje se, u dogovoru s bolesnikom i kardijalnim kirurgom, za kiruršku operaciju premoštenja koronarnih arterija. Za nju se odlučuje i ako su osim koronarnih arterija zahvaćeni i srčani zalistci.

Kako se odvija perkutana koronarna intervencija (PCI)?

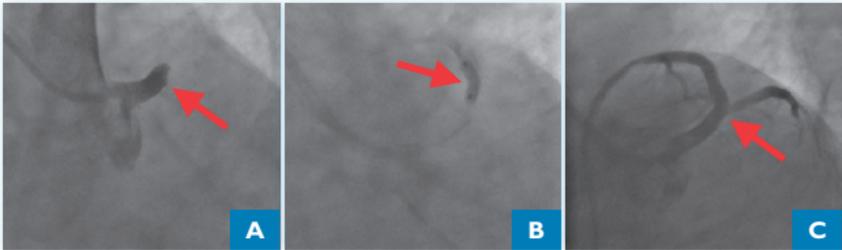
Kako je ranije objašnjeno, PCI se u pravilu izvodi nakon koronarografije u svrhu proširenja sužene ili otvaranja začepljene koronarne arterije prikazane koronarografijom.

Kroz vodilicu u preponama ili na ruci, umetne se sličan kateter kao kod koronarografije i vodi se do ušća koronarnih arterija. Kateterom se kroz suženje ili kroz





Slika 5. Shematski prikaz širenja velikog suženja koronarnih arterija percutanom koronarnom intervencijom (PCI)



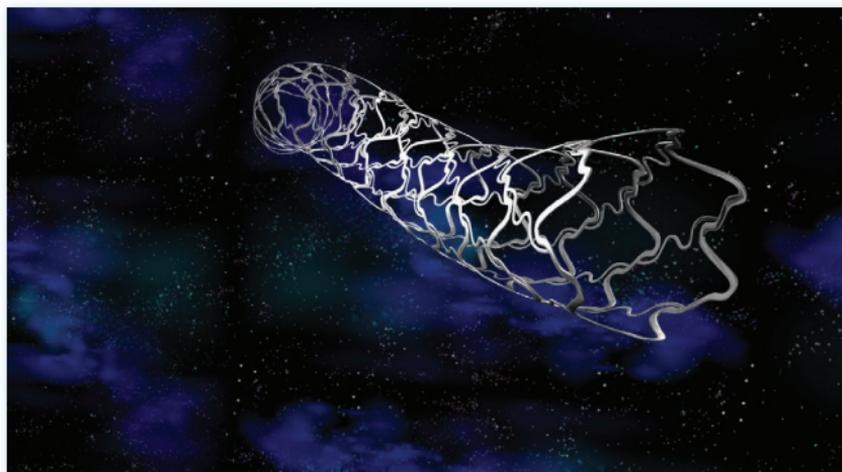
Slika 6. Percutana koronarna intervencija (PCI), kako je na zaslonu rendgenskog uređaja vidi intervencijski kardiolog.

A – potpuno začepljenje koronarne arterije kod akutnog srčanog infarkta u razvoju; **B** – pomoću katetera se kroz začepljenje uvede žica i najprije izvede širenje balonom, zatim slijedi umetanje koronarnog stenta; **C** – ponovno oslikavanje koronarne arterije pokazuje potpuno prohodnu koronarnu arteriju bez značajnih suženja

začepljenje uvede tanka žica u zahvaćenu koronarnu arteriju. Žicom na mjestu suženja postavi se poseban balon koji se napuni kontrastnim sredstvom pod velikim pritiskom (Slike 5. i 6.). Na taj se način mehanički pritisne aterosklerotska naslaga ili krvni ugrušak i proširi koronarna arterija. Za bolji i postojaniji rezultat većini bolesnika se umetne i metalna žilna potpornica zvana koronarni stent.

Kako izgleda žilna potpornica ili koronarni stent?

Koronarni stent je zapravo metalna mrežica pričvršćena

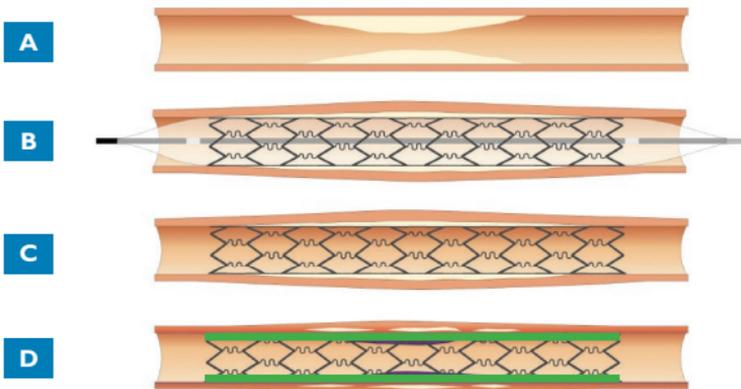


Slika 7. Žilna potpornica ili koronarni stent



na balon preko kojega ga postavljamo na mjesto suženja koronarne arterije (Slika 7.).

Koronarni stent zauvijek ostaje u koronarnoj arteriji. Postupno ga obrastaju stanice unutarnjeg dijela žile (Slika 8.). Tako s vremenom prestaje biti strano tijelo i postaje dio stijenke krvne žile.



Slika 8. Shematski prikaz postavljanja koronarnog stenta u suženu koronarnu arteriju. A - koronarna arterija koju značajno sužava aterosklerotska naslaga; B - postavljanje koronarnog stenta kojim se proširuje suženje; C - stent ostaje na unutarnjem dijelu stijenke žile, a balonski kateter se ukloni; D - metalne dijelove stenta postupno obrastaju unutarnje stanice stijenke žile (zeleni crta).

Iznimno je važno da se u razdoblju dok koronarni stent još nije prekriven unutarnjim stanicama stijenke žile, lijekovima za sprječavanje zgrušavanja spriječi ponovni nastanak ugruška odnosno ponovno suženje ili začepljenje koronarne arterije.

Zašto je važno redovito uzimanje lijekova?

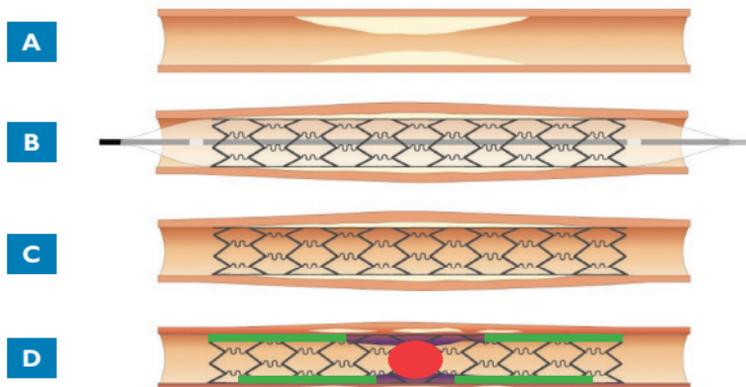
Ako bolesnik ne uzima redovito lijekove za sprječavanje zgrušavanja krvi (acetilsalicilatna kiselina, klopidogrel ili dr.) u 20 do 30% slučajeva može doći do razvoja komplikacija kao npr. iznenadni nastanak krvnog ugruška u koronarnom stentu koji može uzrokovati ponovni srčanu udar (Slika 9.). Dakle, radi se o ozbiljnoj komplikaciji pri čemu je važno naglasiti da je ona, kod redovitog uzimanja propisane terapije (lijekova), iznimno rijetka (1 do 2%).

Bolesnik nakon PCI-e mora doživotno uzimati acetilsalicilatnu kiselinu, dok se neki lijekovi nakon određenog vremena (u skladu s uputama na kontrolnom pregledu kardiologa) mogu prestati uzimati. Neredovito uzimanje lijekova, prijevremeni prekid uzimanja ili zbog samovolje ili zbog neznanja može dovesti do ozbiljnih komplikacija bolesti. Kada postoji eventualni razlog za prijevremeno ukidanje lijekova, to bolesnik nikada ne smije učiniti sam.

Ako liječnik obiteljske medicine, kardiolog ili liječnik druge



specijalnosti (stomatolog, kirurg, okulist,...) smatra da je prekid potreban, treba se prethodno obvezno posavjetovati s kardiologom u bolnici u kojoj je bolesniku izvedena PCI-a.



Slika 9. Shematski prikaz iznenadnog začepjenja koronarnog stenta krvnim ugruškom. A – koronarna arterija koju značajno sužava aterosklerotska naslaga; B – postavljanje koronarnog stenta kojim se proširuje suženje; C – stent ostaje na unutarnjem dijelu stijenke žile, a balonski kateter se ukloni; D – stent koji još nije potpuno prekriven unutarnjim stanicama stijenke žile (odsutnost zelene crte). Na neprekrivenom dijelu stenta nastao je krvni ugrušak koji je potpuno zatvorio koronarnu arteriju i uzrokovao srčani udar.

Vrste koronarnih stentova

Poznajemo tzv. metalne stentove (engl. bare metal stents - BMS) i stentove koji su obloženi lijekom (engl. drug eluting stents - DES).

Lijek kojim su prekrivene žilne potpornice DES, sprječava prekomjerno razrastanje unutarnjih stanica stijenke žile. Upravo je njihovo razrastanje u pravilu odgovorno za ponovno sužavanje koronarne arterije na mjestu prethodnog proširenja, što stručno nazivamo restenoza (Slika 10.).

Odluku o ugradnji BMS ili DES donosi invazivni kardiolog koji provodi PCI ovisno o različitim čimbenicima.

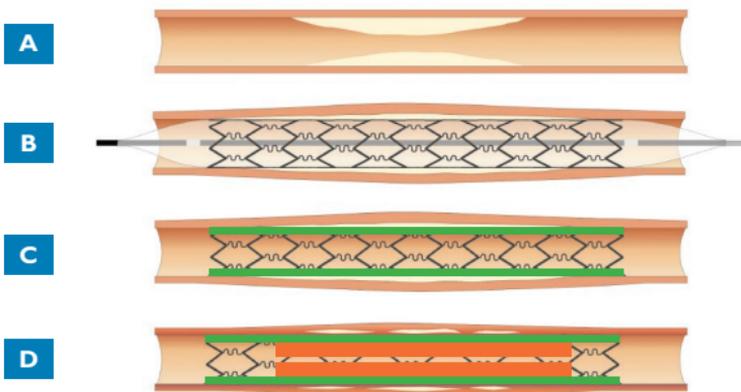
DES koronarni stentovi predstavljaju napredak u kardiologiji jer u usporedbi s BMS stentovima, smanjuju vjerojatnost restenoze te istovremeno, potrebu za ponovnom koronarografijom, PCI ili čak operacijom srca. Ipak, važno je naglasiti da lijek koji prekriva stent, odgađa i prekrivanje metalnih dijelova unutarnjim stanicama stijenke žile.

Zbog toga bolesnik kod DES koronarnih stentova mora doživotno uzimati acetilsalicilatnu kiselinu, a dvojnju antitrombocitnu terapiju (pored acetilsalicilatne kiseline još



neki lijekovi za sprječavanje zgrušavanja krvi) dulje nego nakon ugradnje BMS-a.

Redovito uzimanje lijekova nakon ugradnje koronarne premosnice ili stenta smanjuje vjerojatnost nastanka komplikacija koja postoji još nekoliko mjeseci ili čak godinu dana.



Slika 10. Shematski prikaz prekomjernog razrastanja unutarnjih stanica stijenke žile u koronarnom stentu, restenozu. A - koronarna arterija koju značajno sužava aterosklerotska naslaga; B - postavljanje koronarnog stenta kojim se proširuje suženje; C - stent koji je već prekriven unutarnjim stanicama stijenke žile (zeleni crta), što bolesnika štiti od nastanka krvnog ugruška; D - unutarnje stanice stijenke žile mogu, nažalost, razrasti i uzrokovati ponovno suženje (restenozu; narančasta crta)

Kakav je osjećaj neposredno nakon zahvata?

Nakon koronarografije, vodilica u preponama ili na zapešću može se odmah ukloniti. Ubodno mjesto se pritišće rukom ili posebnim trakama ili uređajima od 20 do 30 minuta, dok se rana u stijenci žile ne zatvori i dok bolesnik ne prestane krvariti. Ako je vodilica smještena u preponama, bolesnik mora još više sati mirno ležati na leđima s pješčanom vrećicom na ubodnom mjestu. U tom vremenu ne smije se naprezati ili podizati. Ako ga ubodno mjesto boli ili osjeća da krvari, mora odmah obavijestiti medicinsku sestru. Nakon izvođenja PCI-e vrijedi isto što i za koronarografiju, no zato što bolesnik prije PCI-e dobiva lijekove koji sprječavaju zgrušavanje krvi u većoj dozi, postupci uklanjanja vodilice su odgođeni za 5 do 6 sati.

Kada se utvrdi da ubodno mjesto nakon višesatnog ležanja više ne krvari, bolesnika se može postupno ponovno uspraviti na noge. Ako je vodilica smještena na zapešću vadi se odmah nakon PCI-e, bolesnik se može odmah uspraviti na noge, a bolničko liječenje u pravilu traje kraće. Nakon planiranog zahvata, bolesnik u pravilu ide na kućnu njegu drugog ili trećeg dana. Ako se radi o složenijem slučaju ili



prijetećem ponovnom srčanom udaru, vrijeme boravka u bolnici je prilagođeno bolesnikovom stanju. Važno je da se u prvim danima nakon uboda u prepone, bolesnik ne napreže i ne podiže teže stvari. Nekoliko dana se ne bi trebao prati na predjelu ubodnog mjesta da ne bi došlo do upale.

Što treba činiti nakon otpusta iz bolnice?

Što prije posjetiti liječnika obiteljske medicine ili kardiologa i predati mu kopiju otpusnog pisma.

Liječnik će bolesniku dati upute i napisati recepte za potrebne lijekove. Pisani nalaz ili snimku zahvata na CD-u dobiveni kod otpusta iz bolnice treba čuvati, te ga kod eventualnog novog zahvata ponijeti sa sobom.

Koje su moguće komplikacije tijekom koronarografije ili perkutane koronarne intervencije i nakon njenog izvođenja?

Komplikacije tijekom zahvata

Iznimno su rijetke i pojavljuju se u manje od 1% bolesnika.

Tijekom PCI može doći do oštećenja koronarne arterije koja se ponekad ne uspije sanirati koronarnim stentom. U tom je slučaju potrebna hitna operacija srca. Vjerojatnost

pojavljivanja takve komplikacije je iznimno mala.

Prilikom ubrizgavanja kontrastnog sredstva može doći do alergijske reakcije koja se, u pravilu, odmah i uspješno liječi lijekovima. Kod već poznatih bubrežnih bolesnika, kontrastno sredstvo može pogoršati rad bubrega. Vjerojatnost te komplikacije se značajno smanjuje racionalnim korištenjem kontrastnih sredstava i infuzijama tekućine prije zahvata i nakon njega.

Komplikacije na mjestu uboda

Ako ubodno mjesto nije pravilno zacijelilo, bolesnika se ne otpušta kući već se problem rješava u sljedećim danima (nakon ultrazvučne pretrage provodi se dodatno pritiskanje ubodnog mjesta, upotrebljava se fibrinsko ljepilo ili, rijetko, provodi kirurški zahvat). Kada bolesnik nakon otpusta iz bolnice utvrdi oticanje, krvarenje ili bolove u predjelu ubodnog mjesta, mora se, što je prije moguće, javiti obiteljskom liječniku ili izravno u ustanovu u kojoj je zahvat obavljen. Treba naglasiti da su ove komplikacije značajno rijeđe kod PCI provedene kroz zapešće.

Iznenadno začepljenje krvnim ugruškom u stentu (tromboza)

Ako nastupi iznenadna jaka bol u prsima (slična onoj



koju bolesnik osjeća prije PCI-e) koja ne prestaje usprkos odmoru i primjeni nitroglicerina, najvjerojatnije se radi o nastanku krvnog ugruška u koronarnom stentu. Kako je već spomenuto, to je hitno stanje, zbog kojega bolesnik mora odmah poduzeti mjere (Slika 11.).

Potrebno je nazvati broj Hitne medicinske pomoći 112, reći da je bolesnik nedavno imao PCI s umetanjem koronarnog stenta, opisati simptome i izraziti sumnju da se vjerojatno radi o začepljenju stenta krvnim ugruškom s posljedicom razvoja srčanog udara.

Hitna medicinska služba mora bolesnika što je prije moguće odvesti u najbliži intervencijski kardiološki centar koji u tom trenutku radi ili ima organiziranu 24-satnu pripravnost.

Postupan razvoj ponovnog suženja u koronarnom stentu (restenoza)

Spomenuto je već da se unutarnje stanice stijenke žile u koronarnom stentu mogu prekomjerno razmnožiti, što dovodi do ponovnog suženja (restenoze). Restenoza se manifestira kao ponovno pojavljivanje angine pektoris tijekom napora ili psihičkog opterećenja. Bolovi inače prestanu nakon odmora ili nitroglicerina. Poteškoće u pravilu napreduju i potrebna je ponovna koronarografija i

Iznenadna bol u prsima slična onoj prije PCI koja ne prestaje uz odmor.

Tableta ili sprej nitroglicerina pod jezik

Ako bol ne popusti u roku 5-10 minuta...

Poziv 112 i opis boli. Naglasite da ste bili podvrgnuti PCI i kada. Mirujte do dolaska ekipe Hitne medicinske pomoći. Potrebno je sa sobom ponijeti medicinsku dokumentaciju i CD zahvata.

Slika 11. Pravilno postupanje bolesnika prilikom sumnje na začepljenje koronarnog stenta krvnim ugruškom.



PCI s ugradnjom DES-a, a u težim slučajevima i operacija ugrađivanja srčane premosnice. Ako dođe do restenoze, ona se najčešće razvije unutar prvih 6 mjeseci nakon zahvata. Kasnije poteškoće u tom smislu su najvjerojatnije posljedica napredovanja koronarne bolesti na drugim mjestima. Ako bolesnik ima opisane poteškoće treba se javiti kardiologu kako bi se isključio recidiv simptomatske koronarne bolesti odnosno poduzelo odgovarajuće liječenje.

Što se može učiniti kako bi se smanjila vjerojatnost napredovanja koronarne bolesti i eventualni novi zahvati?

Puno toga!

Ključan je zdrav način života s redovitom tjelesnom aktivnošću, izbjegavanjem pušenja, zdravom prehranom i održavanjem idealne tjelesne težine. Zdravim načinom života i promjenom životnih navika, te lijekovima koje je potrebno redovito uzimati, utječe se na glavne čimbenike rizika za razvoj koronarne bolesti kao što su povišeni krvni tlak, povećane razine masnoća u krvi, dijabetes i pušenje.

Krvni tlak ne smije premašivati 140/90 mmHg, a kod dijabetičara i onih sa znatno povišenim kardiovaskularnim

rizikom 130/80 mmHg.

Kod dijabetičara, šećer u krvi natašte mora biti što bliže normalnim vrijednostima, a glikirani hemoglobin (HbA1c) na razini od 7% i niže.

Potrebno je održavati ciljne vrijednosti masnoća u krvi (kod bolesnika s vrlo visokim kardiovaskularnim rizikom LDL kolesterol trebao bi biti ispod 1,8 mmol/l, kod bolesnika s visokim kardiovaskularnim rizikom ispod 2,5 mmol/L, a kod bolesnika s malim ili umjerenim kardiovaskularnim rizikom ispod 3 mmol/L).

Preporuča se i redovita tjelesna aktivnost barem 5 dana u tjednu po 30 do 60 minuta dnevno, koja umori (ali ne iscrpi), zapuše ili oznoji bolesnika.

Idealnu tjelesnu težinu će izračunati liječnik obiteljske medicine, a bolesnik je treba dosegnuti ili joj se što više približiti.



Vaše zdrave navike

Ne pušiti!

Prestanak pušenja je gotovo najvažnija od promjena životnih navika jer ima gotovo najveći učinak na prevenciju kardiovaskularnih bolesti.

Smanjiti tjelesnu težinu!

Smanjenje tjelesne težine može pomoći i u smanjenju krvnog tlaka, regulaciji šećerne bolesti, kolesterola u krvi i ostalih parametara koji utječu na kardiovaskularno zdravlje.

Redovito se baviti tjelesnom aktivnošću!

Preporuča se najmanje 30 minuta dnevno umjerene fizičke aktivnosti.

Smanjiti unos soli!

Ograničeni unos soli utječe na prevenciju i smanjenje rizičnih čimbenika za nastanak kardiovaskularnih bolesti.

Jesti zdravo!

Povećanje konzumiranja voća i povrća, te smanjenje unosa masnoća životinjskoga podrijetla ima vrlo povoljne učinke u prevenciji kardiovaskularnih bolesti. To se ne odnosi na druge masne kiseline kojima je posebice bogata plava riba.

Smanjiti stres!

Stres ima mnogobrojne nepovoljne učinke na organizam. Smanjite ga koliko god je moguće.



Što nikako ne treba zaboraviti!

- Nakon otpusta iz bolnice što prije posjetiti liječnika obiteljske medicine i predati mu otpusno pismo.
- Nakon PCI-e redovito uzimati propisane lijekove protiv zgrušavanja krvi.
- Živjeti zdravo i pridržavati se mjera prevencije.
- Pri pojavi iznenadne jake boli u prsnom košu, treba odmah nazvati broj Hitne medicinske pomoći (tel. br. 112).

Pojmovnik

Angina pektoris – bolovi u prsima zbog smanjene opskrbe srčanog mišića kisikom.

Ateroskleroza - bolest arterija kod kojih se u stijenci arterija nakupljaju masne naslage koje ometaju protok krvi.

Nitroglicerín - lijek koji širi krvne žile i koji se koristi kod angine pektoris.

Hemoglobin - bjelančevina koja se nalazi unutar crvenih krvnih zrnaca i koja prenosi krvlju kisik.

PCI - perkutana koronarna intervencija.

Stent - metalna žilna potpornica koju umećemo u arteriju tijekom PCI.

Tromboza - stanje uzrokovano krvnim ugruškom koji više ili manje začepљуje žilu.

Restenoza – ponovno suženje koronarne arterije na kojoj je provedena PCI.



Podatci o liječenju za liječnika i bolesnika

Ime i prezime bolesnika:.....

Datum zahvata:.....

Vrsta stenta:.....

Lijekovi:.....

Naziv lijeka	Doza	Trajanje liječenja

Ustanova:.....

Ime i prezime liječnika:.....

Datum sljedećeg pregleda:.....

Podatci o vrijednostima glikiranog hemoglobina (HbA1c) u krvi za bolesnike sa šećernom bolešću

Lijekovi:.....

Datum dan/mjesec/godina	Vrijednosti HbA1c (%)

Ove kartice čuvajte kao podsjetnik na važne datume i rezultate mjerenja. Pokažite ih zdravstvenom osoblju koje brine o Vašem zdravlju prilikom svakog pregleda.

Bilješke

Izdavanje knjižice omogućio je sanofi-aventis Croatia d.o.o.
u suradnji s Radnom skupinom za akutni koronarni sindrom
Hrvatskog Kardiološkog društva.

sanofi-aventis Croatia d.o.o.
Heinzelova 70, 10000 Zagreb
Tel: 01/6003-400
Fax: 01/6003-444
www.sanofi.com



SANOFI