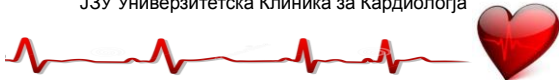




Улога на медицинската сестра во перкутана коронарна интервенција кај хронична тотална оклузија

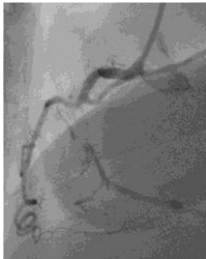
Дипл.мед.сестра Анеса Бихорац
ЈЗУ Универзитетска Клиника за Кардиологија



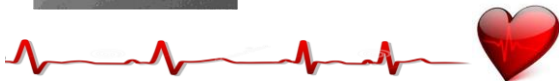
- Дефиниција на Хронична Тотална Оклузија
- Преваленца
- Патофизиологија



Дефиниција



- Степен на луминално стеснување 99% -100%
- Антеграден проток на крв timi flow 0
- Време на оклузија \geq 3 месеци



Клиничка евиденција 3 нивоа на сигурност

- **Одредена:** ангиографски потврдена
- **Најверојатна:** објективно евидентиран АИМ во територија на оклудирана артерија 3 месеци пред тековната ангиографија
- **Можна:** стабилна ангина непроменета во последните 3 месеци, или тивка исхемија



Преваленца

- Вистинска преваленца помеѓу генералната популација е **непозната**
- **ХТО** е присутна кај 15-30% случаи при коронарна ангиографија
- **50%** на пациенти со ХТО имаат историја на претходно прележан АИМ.



Патофизиологија

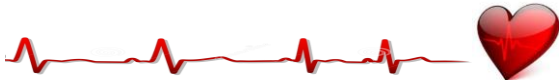


Слика 1.

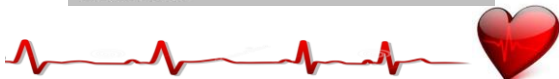
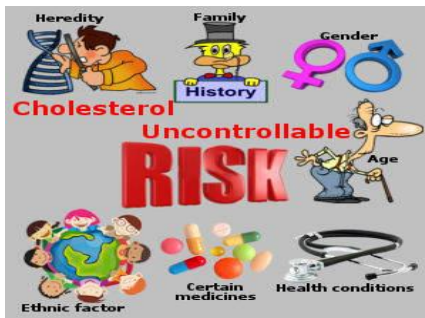
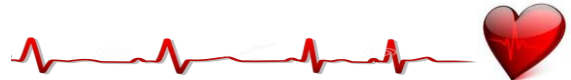
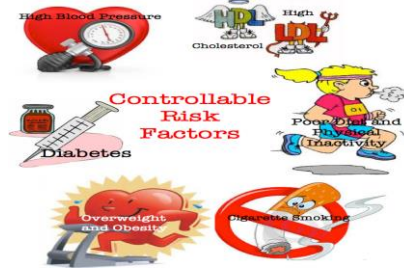


Што е во луменот?

- Мека плака:
 - >50% масни клетки
 - пенести клетки
 - фиброзно ткива
- Тешка плака:
 - фиброкалцификати
 - колаген
 - калциум
- 50% на ХТО не се комплетно оклудирани, постојат микроканални кои не се видливи ангиографски.



Ризик фактори за ХТО

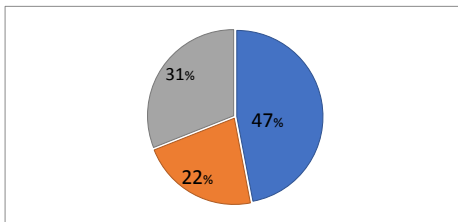


ХТО – Последната граница во интервентната кардиологија. Зошто?

- Една од најкомплексните процедури во светот на ПКИ.
- Бара вештини и искуство од операторот
- Потребно повеќе време (во просек >1h)
- Скапа процедура (голема потрошувачка на ресурси)
- Главна причина за индикација за КАБГ (контекст на повеќесадовна болест)



Избор на третман на ХТО



- 22% медикаментозно
- 31% хируршки
- 47% ангиопластика



Зошто би требале да ја третираме ХТО со ПКИ ?

- Подобрување на симптомите (намалување на ангина пекторис)
- Подобрување на ЛВ функција
- Намалување на последици од АКС или АИМ
- Намалување на појава на аритмии
- Намалување на бројот на Ву-pass интервенции
- Зголемување на процентот на преживување



Причини за неуспех



- Неможност да се помине со жица (85%)
- Неможност да се помине со балон (10%)
- Неможност да се пласира стент (5%)



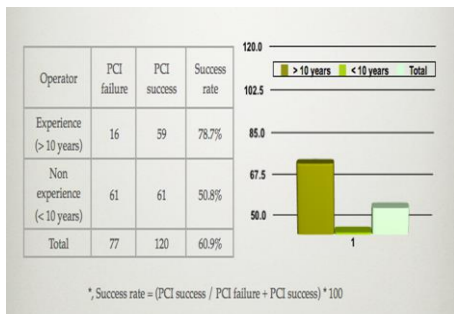
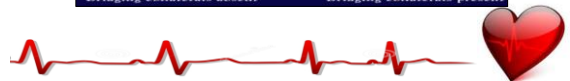
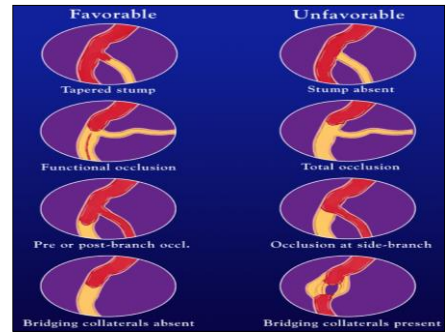
Потенцијални компликации при ПКИ на ХТО

- Перфорација:
 - при манипулација со жица
 - при балон инфлација
 - при атеректомија (ротаблација)
- Дисекција:
 - проксимална при длабока канулација со катетар
 - дистална при манипулација со жица
- Оклузија – на странични гранки
- АИМ
- Цереброваскуларен инсулт
- АБИ (заради големо количество контраст)
- Хитен КАБГ
- Смрт



Фактори од кои зависи успех или неуспех при ПКИ на ХТО

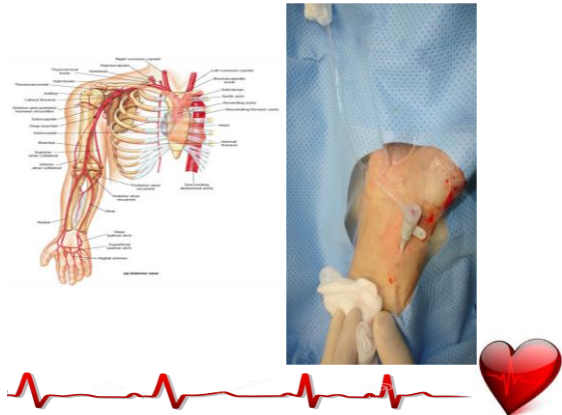
- Морфологија на лезијата
- Должина на самата лезија
- Тортуозитет на артеријата
- Странични гранки
- Бриџинг колатерали
- Времетраењето на оклузијата
- Искуството на интервентниот кардиолог т.е. супериорно познавање на процедурата и материјалите



Улога на медицинската сестра при ПКИ на ХТО

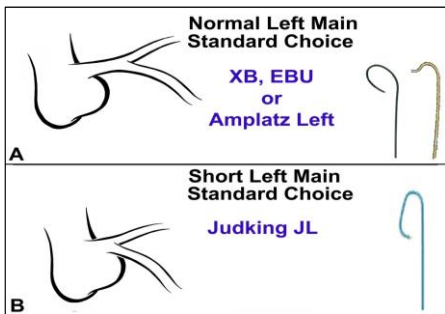
- Подготовка на пациент
 - потпишување на информативна согласност
 - поставување на електроди за ЕКГ мониторинг
 - припрема на оперативното поле (ТРА или ТФА)
 - поставување на и.в. линија
 - давање на терапија
 - пополнување на медицинска документација
- Подготовка на материјал
 - подготовка на оперативна количка со стерилен веш и материјал за пункција, интродусер, катетри, жици, балони и тн.





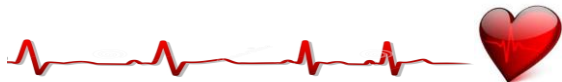
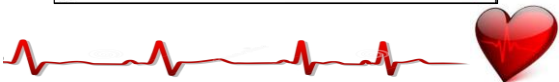
Проценка на ангиографскиот наод на ХТО

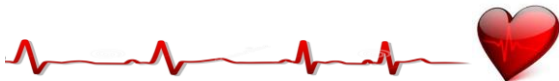
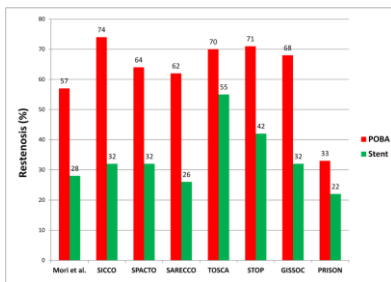
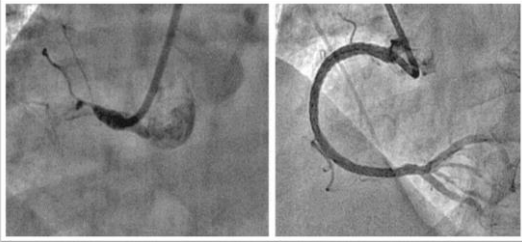
- > Колку е комплексна ХТО?
- > Дали е потребна симултана контралатерална инјекција на контраст?
- > Како да обезбеди адекватна поддршка на гајдинг катетер?
- > Која жица и која техника да ја примени?



Стент на избор

- DES**
- Помал процент на рестенози
 - Помал процент на реоклузии
- Освен ако нема контраиндикации (планирана хируршка интервенција)





Кога да се прекине интервенцијата?

- Ако интервенцијата трае подолго од 2-3h
 - Ако се појават компликации минорни или мајорни
 - Лимит на контраст (неповеќе од 400-600ml)
 - При флуороскопија повеќе од 60 мин.
 - При замор на пациенти, но и докторот
- Планирање на нова интервенција после одреден период.



➤ Во текот на интервенцијата медицинската сестра е во улога на:

- асистент на лекарот
- припрема и ракување со материјалот
- внимава на стерилноста
- прати витални знаци (ТА, фрекв.)
- дава терапија
- води евиденција за потрошен материјал



➤ Со завршување на интервенцијата сестринската работа продолжува:

- го вади интродјусерот
- прави преврска на раката
- ја средува количката и материјалот
- ја средува салата за наредна интервенција



Заклучок

Секогаш треба да се има во предвид
бенефитот на пациентот долгорочно,
отколку добар ангиографски наод.

