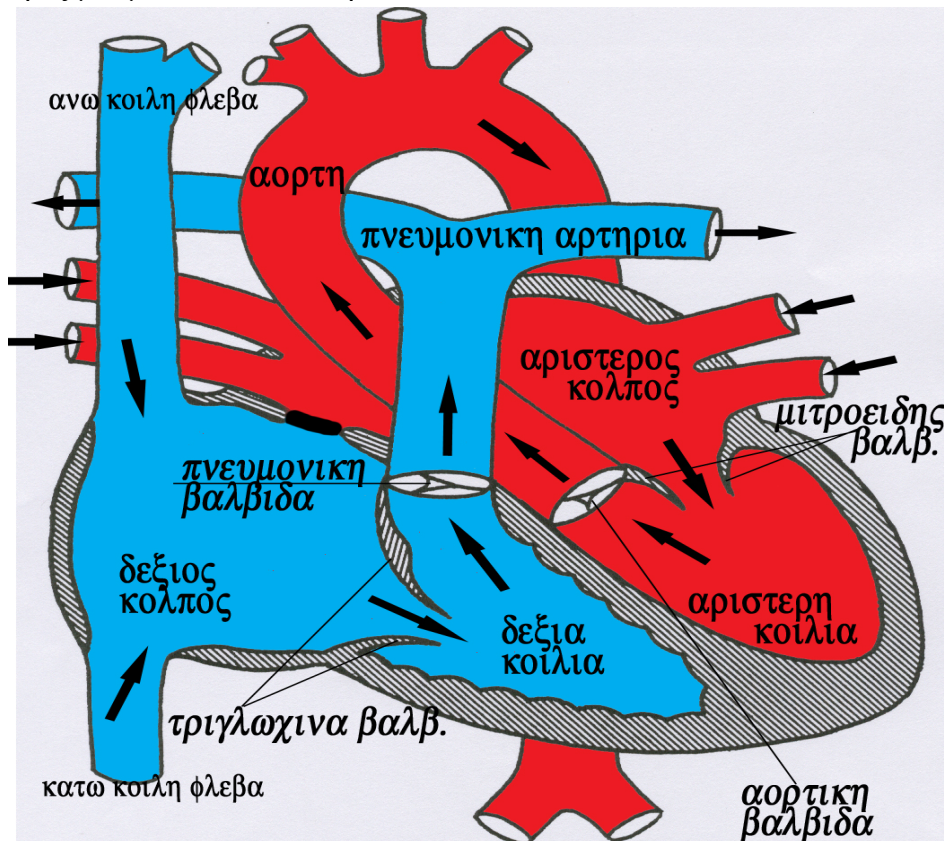


Αρτηριακός Πόρος - Επεμβατική Σύγκλειση

Η φυσιολογική καρδιά

Η φυσιολογική καρδιά είναι μία αντλία φτιαγμένη από μυϊκό ιστό, που λειτουργεί εντατικά και συνεχώς. Έχει περίπου τις διαστάσεις μίας ανθρώπινης γροθιάς. Η καρδιά χωρίζεται σε τέσσερις κοιλότητες. Το επάνω τμήμα της καρδιάς χωρίζεται σε δύο κοιλότητες, τους κόλπους, ενώ το κάτω τμήμα σε άλλες δύο, τις κοιλίες. Το αίμα ρέει-προωθείται στο εσωτερικό της καρδιάς από τους κόλπους στις κοιλίες και από εκεί στα αγγεία. Οι βαλβίδες ανοίγουν και κλείνουν για να επιτρέψουν στο αίμα να κινείται προς μία μόνο κατεύθυνση.



Μπλε είναι το φλεβικό μη οξυγονωμένο, κόκκινο το αρτηριακό οξυγονωμένο αίμα. Τα βέλη δείχνουν την ροή του αίματος. Το φλεβικό (μπλε) αίμα ρέει από τις δύο μεγάλες φλέβες (την άνω και κάτω κοίλη φλέβα) προς τον δεξιό κόλπο και από τον δεξιό κόλπο προς τη δεξιά κοιλία. Μεταξύ δεξιάς κοιλίας και δεξιού κόλπου βρίσκεται η τριγλώχινα βαλβίδα. Η δεξιά κοιλία συστέλλεται και προωθεί το αίμα προς την πνευμονική αρτηρία μέσω της πνευμονικής βαλβίδας. Στους πνεύμονες ανταλλάσσεται οξυγόνο και διοξείδιο και το οξυγονωμένο (κόκκινο) αίμα επιστρέφει στην καρδιά-στον αριστερό κόλπο. Από τον αριστερό κόλπο μέσω της μιτροειδούς βαλβίδας ρέει προς την αριστερή κοιλία. Η αριστερή κοιλία προωθεί το πλούσιο σε οξυγόνο αίμα μέσω της αορτικής βαλβίδας στην αορτή. Η αορτή διοχετεύει το αίμα σε όλο το σώμα.

Αρτηριακός πόρος

Πρόκειται για επικοινωνία μεταξύ των δύο μεγαλύτερων αγγείων του σώματος, της πνευμονικής αρτηρίας και της αορτής. Ο αρτηριακός πόρος είναι κατά τη διάρκεια της ενδομήτριας απολύτως απαραίτητος για τη δημιουργία-ανάπτυξη πνευμονικής κυκλοφορίας σε όλα τα θηλαστικά. Κατά τη διάρκεια της ενδομητρίου ζωής τα έμβρυα

δεν αναπνέουν (η λειτουργία αναπνοής γίνεται με ανταλλαγή οξυγόνου–διοξειδίου από τον πλακούντα) και ο πόρος αυτός χρησιμοποιείται για να διοχετεύεται το αίμα από τη πνευμονική αρτηρία προς την κατιούσα αορτή.

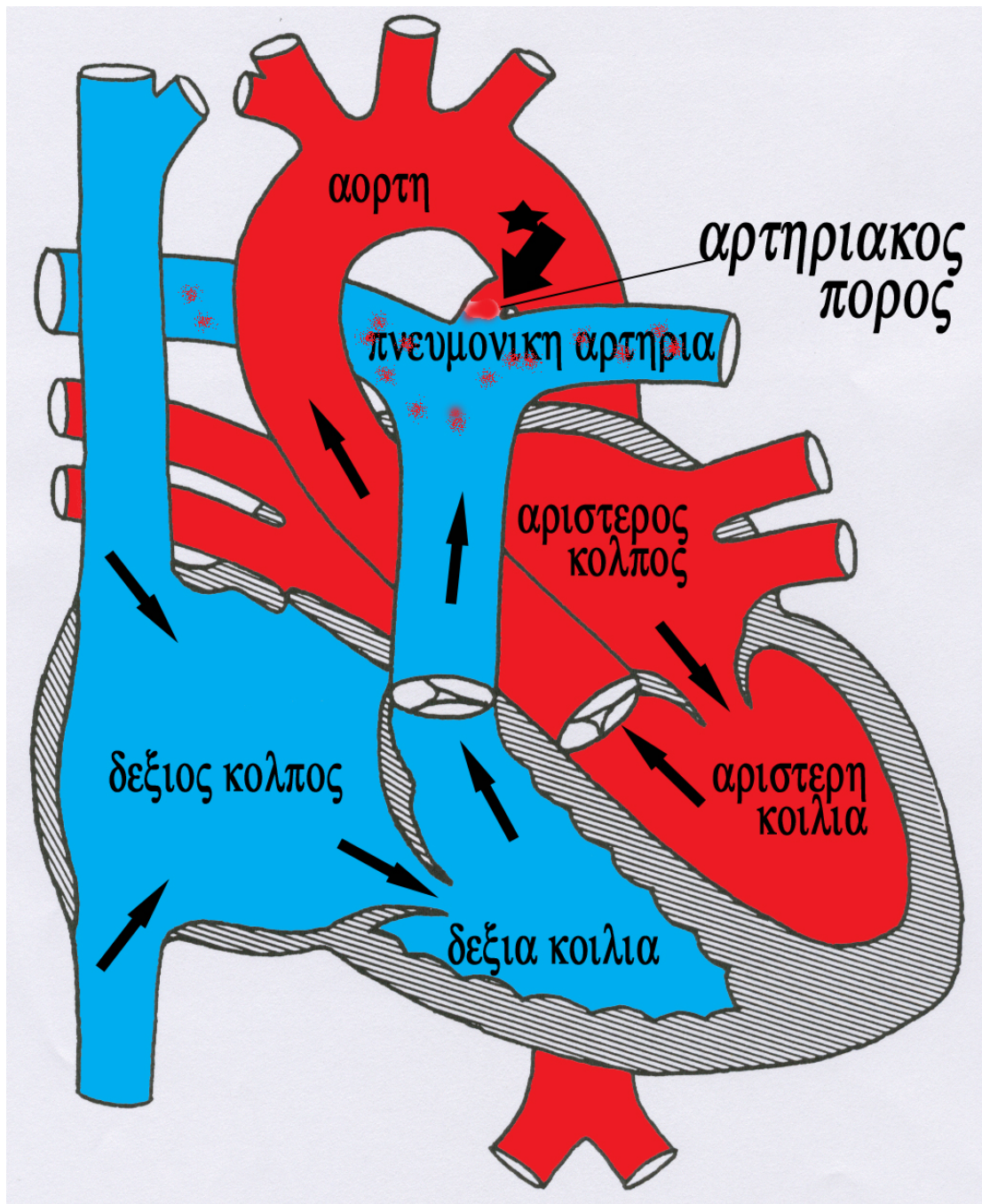
Κάθε βρέφος γεννιέται με ανοικτό αρτηριακό πόρο. Φυσιολογικά αυτή η επικοινωνία μεταξύ των δύο αρτηριών κλείνει μερικές ώρες μετά την γέννηση του βρέφους. Αν δεν συμβεί αυτό, τότε ένα μέρος του αίματος, που θα έπρεπε κανονικά να είχε περάσει από την αορτή και να είχε διοχετευθεί στο σώμα, επιστρέφει στους πνεύμονες. Η αδυναμία του αρτηριακού πόρου να κλείσει, αποτελεί ένα πολύ συνηθισμένο φαινόμενο που το συναντάμε στα πρόωρα και σπανιότερα στα βρέφη που γεννιούνται κανονικά στην ώρα τους.

Αν ο ανοικτός αρτηριακός πόρος είναι μεγάλος, το παιδί μπορεί να κουράζεται εύκολα, να αναπτύσσεται αργά, να παθαίνει βρογχίτιδες, και να αναπνέει γρήγορα. Σε μερικά παιδιά τα συμπτώματα αυτά μπορεί να εμφανισθούν εβδομάδες ή και μήνες μετά την γέννησή τους. Αν ο αρτηριακός πόρος είναι μικρός, το παιδί δεν παρουσιάζει συμπτώματα και δείχνει να είναι καλά.

Σήμερα ο αρτηριακός πόρος μπορεί να συγκλεισθεί κατά τη διάρκεια του καθετηριασμού με διάφορες μικροσυσκευές, όπως σπειράματα ή ομπρελάκια και το παιδί να αποφύγει την εγχείρηση. Σε αυτή την περίπτωση, το παιδί θα παραμείνει για δύο ημέρες στο νοσοκομείο.

Αν χρειαστεί εγχείρηση, ο χειρουργός δεν χρειάζεται να ανοίξει την καρδιά για να διορθώσει το πρόβλημα. Ο αρτηριακός πόρος τότε θα κλείσει «με περίδεση». Στην περίπτωση αυτή το παιδί θα παραμείνει για μια εβδομάδα περίπου στο νοσοκομείο. Αν δεν υπάρχει κανένα άλλο πρόβλημα με την κυκλοφορία, αυτή η μέθοδος αποκαθιστά τη φυσική κυκλοφορία.

Παιδιά με αρτηριακό πόρο κινδυνεύουν να προσβληθούν από λοίμωξη των τοιχωμάτων της καρδιάς ή των βαλβίδων (ενδοκαρδίτιδα). Για να αποφευχθεί αυτό, θα πρέπει να τους χορηγηθούν αντιβιοτικά, πριν από οδοντιατρικές ή ορισμένες άλλες χειρουργικές επεμβάσεις. Η καλή υγιεινή του στόματος και των δοντιών βοηθάει στο να μειωθεί ο κίνδυνος ενδοκαρδίτιδας. Για περισσότερες πληροφορίες σχετικά με την οδοντική/στοματική υγιεινή και την πρόληψη της ενδοκαρδίτιδας ρωτήστε τον παιδοκαρδιολόγο σας. Αφού ο αρτηριακός πόρος έχει διορθωθεί με επιτυχημένη χειρουργική επέμβαση ή μικροσυσκευή, το παιδί δεν χρειάζεται πλέον να παίρνει αντιβιοτικά.



Μπλε είναι το φλεβικό μη οξυγονωμένο αίμα, κόκκινο το αρτηριακό οξυγονωμένο αίμα. Τα βέλη δείχνουν την ροή του αίματος. Στον **ανοικτό αρτηριακό πόρο** υπάρχει μία επικοινωνία (μεγάλο βέλος με αστέρι) μεταξύ αορτής και πνευμονικής αρτηρίας από όπου το κόκκινο (οξυγονωμένο αίμα) περνάει στην πνευμονική αρτηρία. Στους πνεύμονες υπάρχει αυξημένη ποσότητα αίματος που επιβαρύνει την κυκλοφορία. Αν μεγάλη ποσότητα αίματος περνά από τους πνεύμονες, θα αυξηθούν οι πιέσεις στην πνευμονική αρτηρία (πνευμονική υπέρταση).

Συνέπειες παραραμονής ανοικτού αρτηριακού πόρου

Ο **αρτηριακός πόρος** οδηγεί σε αύξηση της αιμάτωσης της πνευμονικής κυκλοφορίας λόγω της διαφυγής αίματος που προκαλείται στο επίπεδο αορτής-πνευμονικής αρτηρίας. Οι ασθενείς προσέρχονται λόγω του συνεχούς φυσήματος που ακροάζεται ο γιατρός. Ο όγκος του αίματος, που θα έπρεπε κανονικά να είχε περάσει από την αορτή και να είχε διοχετευθεί στο σώμα, επιστρέφει στους πνεύμονες οδηγεί σε αύξηση του μεγέθους του αριστερού κόλπου και της αριστερής κοιλίας. Η αύξηση όγκου αίματος που προωθείται οδηγεί σχεδόν όλους τους ασθενείς μακροπρόθεσμα σε συχνότερες λοιμώξεις (οι πνευμονικές λοιμώξεις είναι συχνότερες σε ασθενείς που έχουν ανοικτό αρτηριακό πόρο σε σχέση με τον υγιή πληθυσμό), μειωμένη ανοχή στην κόπωση, σημεία καρδιακής ανεπάρκειας και πιθανή αύξηση των πιέσεων στα πνευμονικά αγγεία.

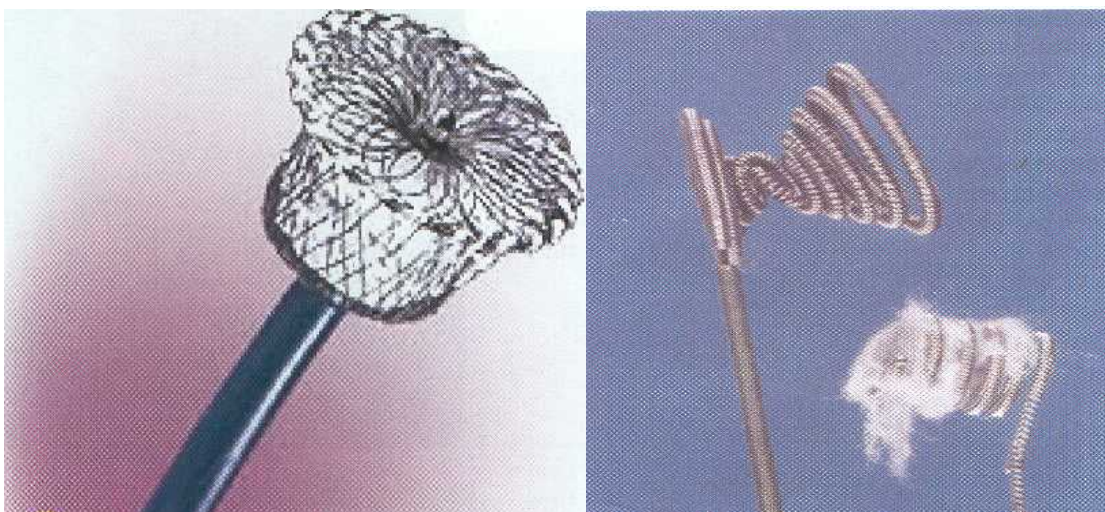
Μακροπρόθεσμα η χειρότερη συνέπεια της μεγάλης αύξησης της αιμάτωσης των πνευμόνων εξαιτίας μεγάλου αρτηριακού πόρου είναι η σκλήρυνση των πνευμονικών αγγείων με αποτέλεσμα την αύξηση των πιέσεων (δημιουργία πνευμονικής υπέρτασης). Αυτοί οι ασθενείς προσέρχονται με κλινική εικόνα επιβάρυνσης της πνευμονικής κυκλοφορίας και της δεξιάς κοιλίας, όπου η καρδιά πρέπει να προωθήσει περισσότερο αίμα από ότι χρειάζεται.

Σε γενικές γραμμές ένα αιμοδυναμικό σημαντικό έλλειμμα με διαφυγή αίματος από αριστερά προς τα δεξιά (περισσότερο από 30%) πρέπει να συγκλεισθεί. Υπάρχουν δύο δυνατότητες τις οποίες πρέπει να συζητήσετε με τον γιατρό σας: η χειρουργική και η επεμβατική, που διενεργείται με καθετηριασμό. Υπό προϋποθέσεις και σε ποσοστό περίπου 90% είναι δυνατή η μη χειρουργική θεραπεία. Η επεμβατική αντιμετώπιση της επικοινωνίας περιλαμβάνει την εμφύτευση μιας μικροσυσκευής-ομπρέλας με την οποία θα συγκλείσουμε την επικοινωνία. Για να πραγματοποιηθεί η επεμβατική σύγκλειση πρέπει να υπάρξουν ορισμένες προϋποθέσεις ώστε ο ασθενής να μην ταλαιπωρηθεί με επιπλέον εξετάσεις και καθετηριασμούς.

Διενέργεια της σύγκλεισης

Η σύγκλειση του **αρτηριακού πόρου** πραγματοποιείται με ένα καθετήρα μετά από παρακέντηση της δεξιάς μηριαίας φλέβας (η φλέβα στη βουβωνική περιοχή μεταξύ μηρού και κάτω κοιλίας). Η δεξιά μηριαία φλέβα χρησιμοποιείται για να τοποθετηθεί ένας εισαγωγέας (θηκάρι) μέσα από τον οποίο προωθείται ένας λεπτός καθετήρας προς τον δεξιό κόλπο και κατόπιν αυτού στην δεξιά κοιλία, την πνευμονική αρτηρία και κατόπιν στην κατιούσα αορτή. Αν και όλοι οι ασθενείς έχουν ελεγχθεί από τους παραπέμποντες ιατρούς και στο νοσοκομείο, η καταλληλότητα για σύγκλειση επανελέγχεται στο αιμοδυναμικό εργαστήριο. Η ένδειξη τίθεται εκ νέου μετά τον οξυμετρικό έλεγχο και τον υπολογισμό του ποσοστού διαφυγής στο επίπεδο της επικοινωνίας, όπως επίσης αποκλείονται και πιθανές άλλες συγγενείς διαμαρτίες-βλάβες της καρδιάς μετά από έγχυση σκιαγραφικού υλικού. Η σύγκλειση της επικοινωνίας λαμβάνει χώρα στο αιμοδυναμικό εργαστήριο με ακτινοσκόπηση.

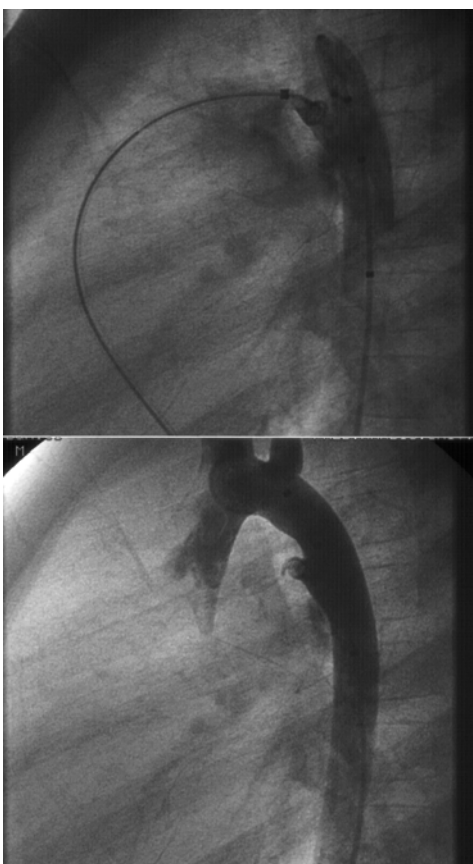
Τι πρέπει να γνωρίζει ο ασθενής



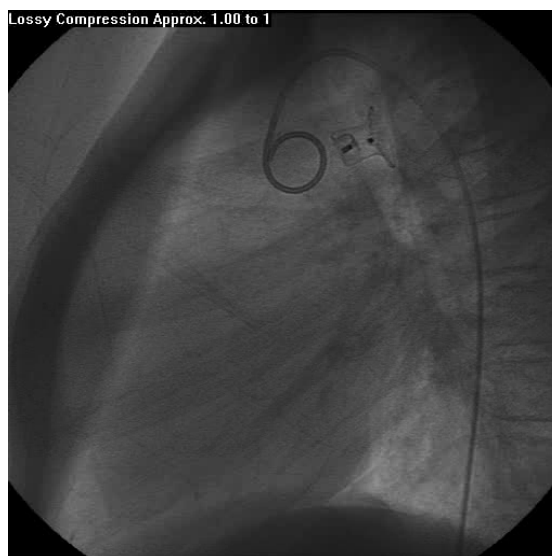
ΕΙΚΟΝΑ

Μικροσυσσκευές- ομπρέλες

Παραδείγματα από τις συχνότερα χρησιμοποιούμενες μικροσυσσκευές για σύγκλειση του αρτηριακού πόρου



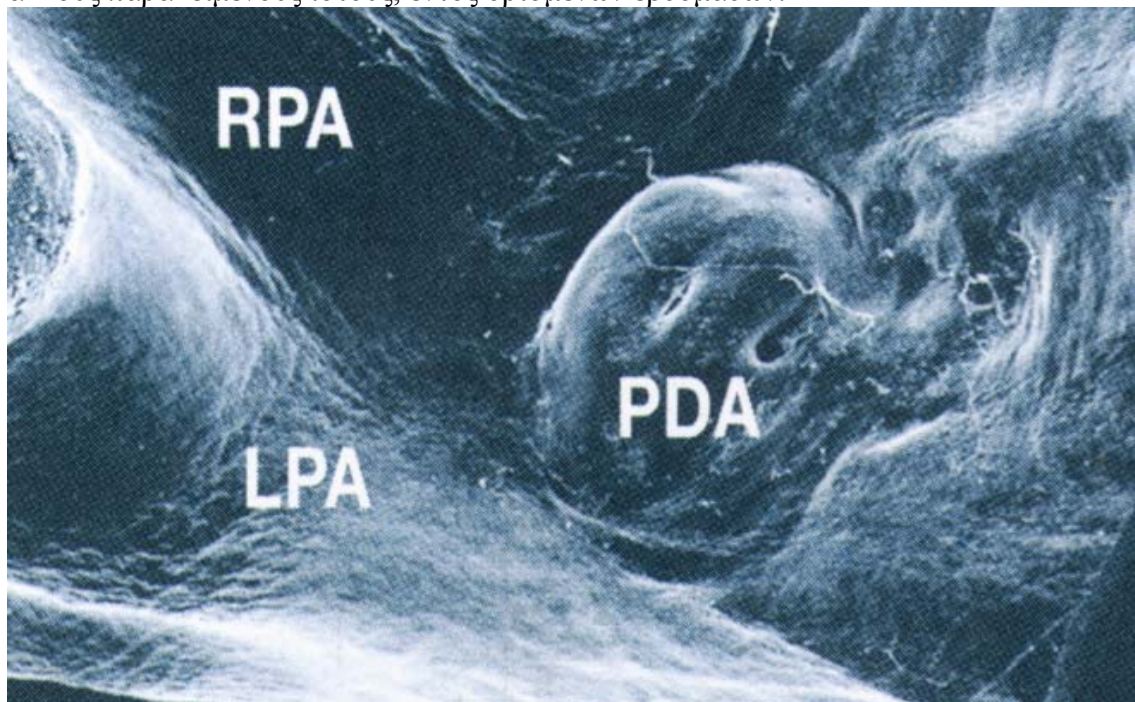
Ανοικτός αρτηριακός πόρος (PDA) επεμβατική θεραπεία



ΕΙΚΟΝΑ

Αγγειογραφικά παραδείγματα ασθενών με αρτηριακό πόρο και εμφυτευμένες μικροσυσσκευές.

Ο ασθενής πρέπει να γνωρίζει ότι η εμφυτευόμενη μικροσυσσκευή που τοποθετήθηκε στον αρτηριακό πόρο (PDA) θα ενδοθηλιοποιηθεί (θα καλυφθεί από στιβάδα κυττάρων) και δεν θα αναγνωρίζεται πλέον, δεν θα μπορεί να διαφοροποιηθεί από τους άλλους παρακείμενους ιστούς, εντός ορισμένων εβδομάδων.



ΕΙΚΟΝΑ

Πλήρως ενδοθηλιοποιημένη μικροσυσσκευή μετά από εμφύτευση στη περιοχή του αρτηριακού πόρου

Η μηχανική σταθερότητα όπως επίσης και οι πιθανές επιπλοκές-όρια δυνατότητας εμφύτευσης έχουν ελεγχθεί σε πολλές χιλιάδες ασθενείς μέχρι τώρα. Σε ορισμένες καταστάσεις δεν είναι δυνατή η τοποθέτηση ιδεωδώς της μικροσυσσκευής έτσι που αυτή θα πρέπει να αφαιρεθεί είτε με κάποιο καθετήρα είτε και χειρουργικά. Μακροπρόθεσμα αποτελέσματα τα οποία υπάρχουν περισσότερο από 10 χρόνια δίδουν τις πληροφορίες ότι τα χρησιμοποιούμενα υλικά (πλαστικά, μεταλλικά, κλπ.), όπως και τα ράμματα του χειρουργείου στη βραχυπρόθεσμη όπως και μακροπρόθεσμη ζωή τους στερούνται παρενεργειών. Παρόλα ταύτα υπάρχουν πιθανές επιπλοκές οι οποίες αναγράφονται κατωτέρω λεπτομερώς. Σε κάθε χειρουργικό χειρισμό ή υπόνοια μιας βακτηριακής λοίμωξης θα πρέπει να χορηγούνται περισσότερο από κάθε άλλη φορά αντιβιοτικά για το επόμενο εξάμηνο μετά την εμφύτευση.

Πιθανές επιπλοκές ενός καρδιακού καθετηριασμού και της επεμβατικής σύγκλεισης:

1. Διαταραχές του ρυθμού

Σε κάθε καρδιακό καθετηριασμό μπορεί να παρουσιασθούν αρρυθμίες οι οποίες ως επί το πλείστον μπορούν να ελεγχθούν κατά τη διάρκεια του καθετηριασμού. Αν οι αρρυθμίες προϋπήρχαν με τον ίδιο τρόπο μπορούν και να εμφανισθούν μικρό χρονικό διάστημα ή ακόμα και χρόνια μετά την εμφύτευση της μικροσυσσκευής.

2. Αλλεργία στο σκιαγραφικό υλικό

Θεωρητικά υπάρχει η δυνατότητα αλλεργικής αντίδρασης σε κάθε ουσία- φάρμακο το οποίο χορηγείται κατά τη διάρκεια του καθετηριασμού. Βαριές αλλεργίες ανέρχονται σε ένα ποσοστό <1%. Αλλεργικές αντιδράσεις, οι οποίες όμως μπορούν να οδηγήσουν σε αλλεργικό σοκ είναι ιδιαίτερα σπάνιες και δεν παρατηρούνται ως επί το πλείστον.

3. Αιμορραγίες

Κατά τη διάρκεια της εισαγωγής του καθετήρα σε ένα αγγείο μπορεί να δημιουργηθεί αιμάτωμα στην περιοχή παρακέντησης. Σε ορισμένες περιπτώσεις, η αιμορραγία είναι σημαντική παρά τη χρήση φαρμάκων ή του πιεστικού επιδέσμου ο οποίος χρησιμοποιείται μετά τον καθετηριασμό. Η ανάγκη χειρουργικής αντιμετώπισης αυτής της επιπλοκής ή της χορήγησης αίματος είναι σπάνια και ανέρχεται επίσης στο ποσοστό 1%. Αποφράξεις αγγείων, θρομβώσεις ή πνευμονικές εμβολές είναι επίσης σπανιότατες επιπλοκές που μπορούν να παρατηρηθούν κατά τη σύγκλειση ενός ελλείμματος.

4. Λοιμώξεις

Τα υλικά τα οποία χρησιμοποιούνται και εμφυτεύονται είναι αποστειρωμένα. Παρότι η διενέργεια ενός καρδιακού καθετηριασμού πραγματοποιείται υπό «αποστειρωμένες συνθήκες» υπάρχει ο κίνδυνος μιας λοίμωξης, δεδομένου ότι κατά τη διάρκεια του καθετηριασμού υπάρχει επικοινωνία του περιβάλλοντος-αέρα με τα υλικά τα οποία θα χρησιμοποιηθούν και θα εμφυτευτούν. Σε ιδιαίτερα σπάνιες περιπτώσεις είναι δυνατόν να προκληθεί σοβαρή λοίμωξη η οποία μπορεί να οδηγήσει στην ανάγκη αφαίρεσης της μικροσυσκευής. Γι' αυτόν τον λόγο, τα τελευταία χρόνια χορηγούνται αντιβιοτικά πριν την εμφύτευση όπως επίσης και μετά την εμφύτευση της μικροσυσκευής. Σε υπόνοια βακτηριακής λοίμωξης θα πρέπει να χορηγούνται περισσότερο από κάθε άλλη φορά αντιβιοτικά, για το επόμενο εξάμηνο μετά την εμφύτευση.

5. Τραυματισμός ιστού

Σπανιότατα είναι δυνατόν να προκληθεί είτε από τους καθετήρες, τα σύρματα τα οποία χρησιμοποιούνται ως οδηγοί για την τοποθέτηση της μικροσυσκευής ή και από αυτή την ίδια τη μικροσυσκευή τραυματισμοί των τοιχωμάτων της καρδιάς ή και των βαλβίδων. Έχει περιγραφεί σε ορισμένους ασθενείς ότι αυτές οι επιπλοκές μπορεί να παρατηρηθούν ακόμα και μήνες μετά την τοποθέτηση της μικροσυσκευής. Ιδιαίτερα σπάνια οδηγούνται αυτοί οι ασθενείς σε εγχειρήσεις. Η συχνότητα των ανωτέρω επιπλοκών ανέρχεται στο 1%.

6. Θραύση της μικροσυσκευής

Μήνες έως και χρόνια μετά την τοποθέτηση της μικροσυσκευής μπορεί σπανιότατα να παρατηρήσουμε σπάσιμο-αλλαγή της μορφολογίας της μικροσυσκευής. Ως επί το πλείστον αυτή η σπάνια επιπλοκή δεν επηρεάζει το αποτέλεσμα της σύγκλεισης διότι η συσκευή είναι πλήρως επιθηλιοποιημένη 3 έως 6 μήνες μετά την εμφύτευση.

7. Θρόμβωση

Η μικροσυσκευή είναι ένα ξένο σώμα το οποίο τοποθετείται μέσα στην καρδιά και το οποίο εβδομάδες έως και μήνες μετά την εμφύτευση επιθηλιοποιείται. Σε όλο αυτό το χρονικό διάστημα είναι δυνατόν να δημιουργηθούν μικροθρόμβοι στην επιφάνεια της μικροσυσκευής οι οποίοι μπορεί να οδηγήσουν σε πνευμονικά ή εγκεφαλικά επεισόδια. Κατά τη διάρκεια του καρδιακού καθετηριασμού χορηγείται ηπαρίνη ούτως ώστε να μην δημιουργηθούν μικροθρόμβοι στην επιφάνεια της ομπρέλας. Για αυτόν τον λόγο επιπλέον χορηγείται μετά την τοποθέτηση της συσκευής σε μεγάλα άτομα ασπιρίνη ή κάποιο άλλο αντιαιμοπεταλιακό φάρμακο για ένα εξάμηνο. Σπάνια είναι αναγκαίο να χορηγήσουμε και άλλα ισχυρότερα αντιθρομβωτικά φάρμακα όπως επί παραδείγματι κουμαρίνη για έξι με δώδεκα μήνες.

8. Εμβολή της μικροσυσκευής

Κάτω από ορισμένες συνθήκες μπορεί να παρατηρηθεί εμβολισμός της μικροσυσκευής. Αυτό παρατηρείται σε καταστάσεις οριακές όταν η διάμετρος του πόρου είναι μεγάλη έτσι που η τοποθέτηση της ομπρέλας δεν είναι σωστή. Ένας εμβολισμός του συστήματος είναι δυνητικά επικίνδυνος για τη ζωή και πρέπει να αφαιρεθεί άμεσα, διότι μπορεί να αποφράξει κάποιο ιδιαίτερα σημαντικό αγγείο. Γι' αυτόν τον λόγο οι μικροσυσκευές είναι συνδεδεμένες με ένα σύστημα (συνδετικό σύρμα-καλώδιο ή ακόμα και ένα λάσο) ούτως ώστε σε περίπτωση μη ιδεώδους τοποθέτησης να μπορούν να αφαιρεθούν. Εάν η αφαίρεση της μικροσυσκευής σε περίπτωση εμβολισμού δεν είναι δυνατή τότε πρέπει να γίνει επείγουσα χειρουργική αφαίρεση της μικροσυσκευής και ταυτόχρονη σύγκλειση του ελλείμματος. Στη διεθνή βιβλιογραφία η επιπλοκή αυτή ανέρχεται μεταξύ του 1‰ και 1% στις οριακές περιπτώσεις.

9. Εμβολή αέρος

Οι μικροσυσκευές προωθούνται στην περιοχή τοποθέτησής τους με καθετήρες. Μέσω του καθετήρα αυτού είναι δυνατόν να διαφύγει μικρή ποσότητα αέρα η οποία μπορεί να οδηγήσει σε εμβολή αέρα σε κάποια περιοχή της μεγάλης ή και σπανιότατα της μικρής κυκλοφορίας. Παρά τον λεπτομερή εξαερισμό αναφέρονται στη διεθνή βιβλιογραφία επιπλοκές μεταξύ του 1‰ και 1‰ με περιπτώσεις εμβολισμού αέρα.

Εναλλακτική μέθοδος

Η εναλλακτική μέθοδος για τη σύγκλειση των επικοινωνιών είναι η χειρουργική αντιμετώπιση αυτών. Ο κίνδυνος αυτής της εγχείρησης είναι ουσιαστικά μηδενικός στα χέρια εμπειρών καρδιοχειρουργών. Υπάρχει εμπειρία 40 ετών τουλάχιστον για τη χειρουργική σύγκλειση των επικοινωνιών αυτών.

Παρόλα ταύτα και στη χειρουργική αντιμετώπιση των συγγενών αυτών καρδιοπαθειών παρατηρούνται επιπλοκές τις οποίες λεπτομερώς θα αναφέρει ο καρδιοχειρουργός με τον οποίο θα πρέπει να μιλήσετε πριν αποφασίσετε για τη χειρουργική αποκατάσταση του ελλείμματος. Τα μειονεκτήματα μιας χειρουργικής αντιμετώπισης συνδέονται με τη χειρουργική διάνοιξη του θώρακος, τη χορήγηση αναισθησίας, χορήγηση ξένου αίματος κλπ.

Ο συνολικός χρόνος παραμονής σε περίπτωση χειρουργικής αντιμετώπισης ανέρχεται σε 7-10 ημέρες, σε αντιδιαστολή με τις 24-48 ώρες που ο ασθενής πρέπει να παραμείνει στο νοσοκομείο μετά την επεμβατική σύγκλειση.

Στο σημείο αυτό πρέπει να αναφερθούν και οι πιθανότητες ψυχολογικού τραυματισμού ιδιαίτερα ενός νεαρού ατόμου από την παραμονή του στο νοσοκομείο όπως επίσης και από την ουλή της θωρακοτομής.

Ακόμα και μετά από μία αποτυχή προσπάθεια σύγκλεισης ενός ελλείμματος επεμβατικά είναι δυνατόν να προγραμματισθεί η χειρουργική αντιμετώπιση της συγγενούς καρδιοπάθειας.

Εξετάσεις μετά την επεμβατική σύγκλειση.

Μετά την επεμβατική σύγκλειση πρέπει να διενεργηθούν σε τακτά χρονικά διαστήματα ορισμένες εξετάσεις (ηλεκτροκαρδιογράφημα, ακτινογραφία θώρακος, υπέρηχος). Η κλινική αξιολόγηση του ασθενούς είναι εκ των ων ουκ άνευ. Μετά την πάροδο εξαμήνου ή έτους, τα μεσοδιαστήματα επαναξιολόγησης του ασθενούς αυτού αραιώνουν. Η παρακολούθηση μετά την εμφύτευση αναλαμβάνει οποιοσδήποτε καρδιολόγος.

Προετοιμασία για καθετηριασμό και σύγκλειση επικοινωνίας

Αν αποφασίσατε για την επεμβατική σύγκλειση πρέπει να προγραμματίσετε ορισμένες εξετάσεις πριν την εισαγωγή σας.

Απαραίτητες αιματολογικές εξετάσεις:

- Κρεατινίνη, ουρικό οξύ, ολική χοληστερίνη, HDL, LDL, τριγλυκερίδια
- Γενική αίματος
- Αντιγόνο ηπατίτιδας B (Αυστραλιανό)
- Αντίσωμα S ηπατίτιδας B
- Αντίσωμα ηπατίτιδας C
- HIV I-II
- Αντιθρομβίνη FT3, Πλασμινογόνο FT4, PT / PTT

Τέλος πριν τη διενέργεια του καθετηριασμού και την σχεδιαζόμενη επεμβατική σύγκλειση θα υπογράψετε συγκατάθεση παρουσία του ιατρού που θα διενεργήσει τον καθετηριασμό. Στη συγκατάθεση αναφέρεται ότι έχετε ενημερωθεί και γνωρίζετε τους κινδύνους της σύγκλεισης.