

INFORMACE PRO PACIENTY PŘED KORONAROGRAFICKÝM VYŠETŘENÍM



Vážená paní, vážený pane,

ceníme si toho, že jste si k léčbě srdce vybral/a naše pracoviště. Kardiologické centrum AGEL se specializuje na léčbu onemocnění srdce. Poskytujeme úplnou škálu katetizačních vyšetření a zákroků. Od prevence a základních vyšetření přes diagnostiku až po koronární angioplastiku.

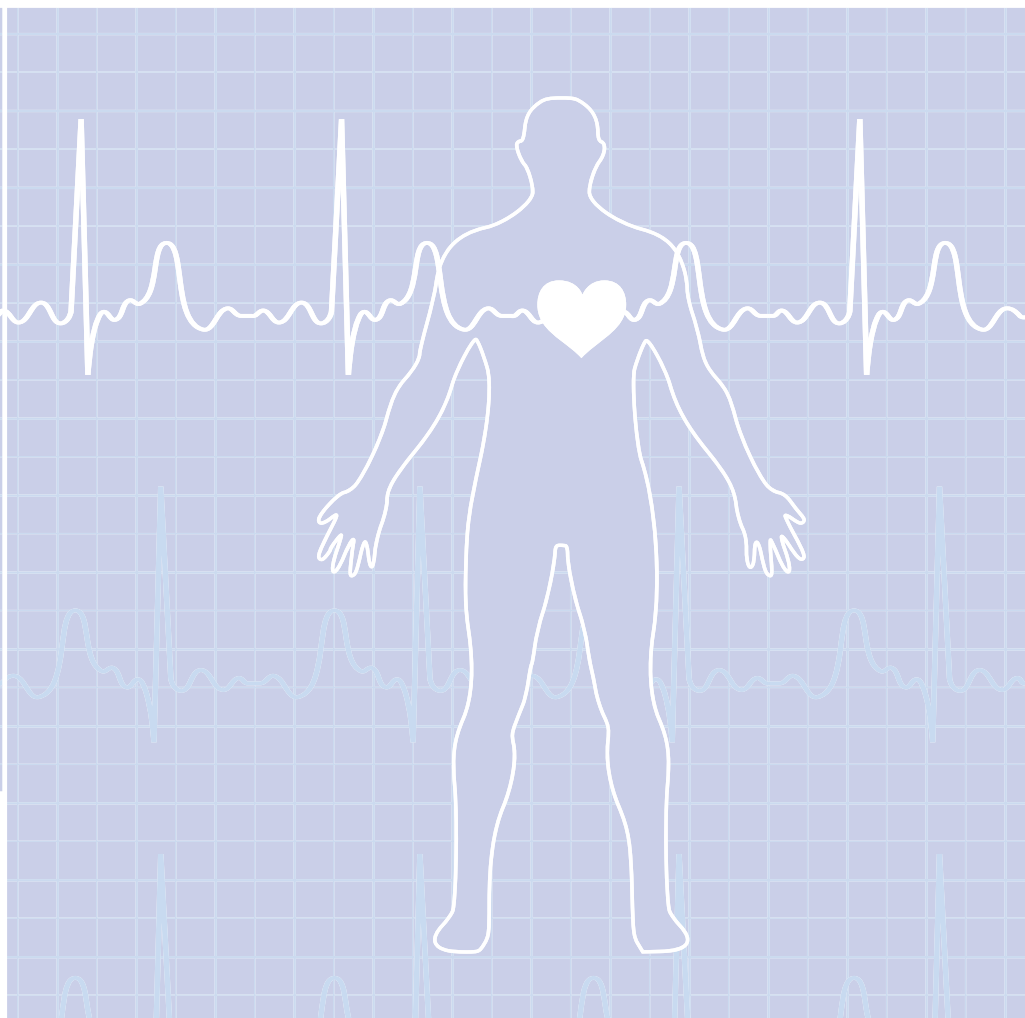
Máme dlouholeté zkušenosti s prováděním koronarografií a koronárních angioplastik (PCI). Tento způsob léčby jsme v naší nemocnici zavedli již v roce 2002 a od té doby jsme ošetřili tisíce spokojených pacientů.

Naše pracoviště dlouhodobě patří mezi čtyři největší kardiocentra v ČR.

Koronarografii a PCI provedou zkušení lékaři našeho Kardiocentra. Po celou dobu pobytu se o Vás bude starat vysoce kvalifikovaný personál. Při léčbě využijeme jak nejmodernějších poznatků lékařské vědy a znalostí našich odborníků, tak i moderního přístrojového vybavení, kterým naše pracoviště disponuje.

Uděláme vše pro to, aby se Váš zdravotní stav zlepšil. Věříme, že se v Kardiologickém centru AGEL budete cítit dobře a přejeme Vám brzké uzdravení.

Děkujeme Vám za Vaši důvěru.



Úvodem...

Tato příručka by měla být rádcem a průvodcem před i po Vašem vyšetření srdce, případně léčebném zákroku. Poskytne Vám základní informace o Vašem onemocnění srdce.

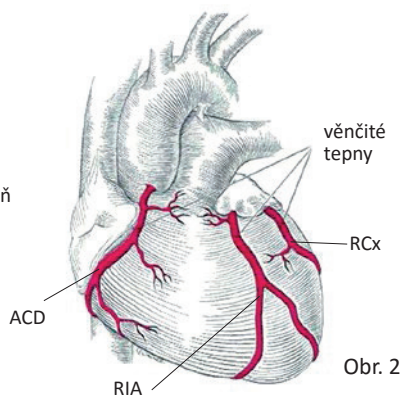
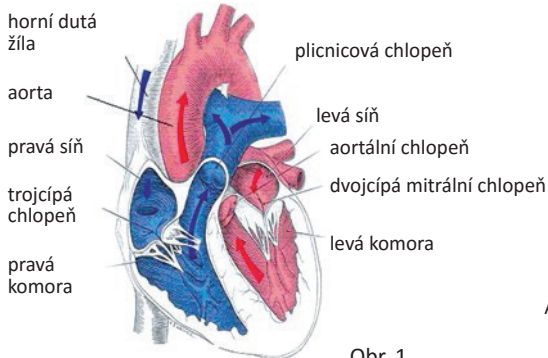
Pochopení tohoto výkonu je předpokladem pro lepší spolupráci mezi Vámi a lékařem. Příručka nenahrazuje odbornou lékařskou radu. Informace v ní obsažené mají obecnou platnost a proto je možné, že od lékaře, sestry, či rehabilitační pracovnice dostanete další podrobnější pokyny, které budou mít individuální platnost jen pro Vás.

Pokud budete mít jakékoli dotazy, rádi Vám je zodpoví lékaři a ošetřující personál našeho oddělení.

Srdce

Srdce je svalová pumpa, která má čtyři dutiny – levou a pravou síň, levou a pravou komoru. Síň a komory jsou od sebe odděleny chlopněmi, vlevo dvoucípou (mitrální), vpravo trojčípou (trikuspidální). Další dvě chlopně oddělují srdeční komory od velkých tepen. Vlevo od aorty (aortální chlopeň) a vpravo od plicnice (pulmonální chlopeň). Chlopně fungují jako ventily a mají za úkol usměrňovat proudění krve dopředným směrem a zabránit jejímu zpětnému toku. Cévy, kterými proudí krev od srdce, se nazývají tepny. Cévy, jimiž se krev do srdce vrací do srdce vrací, se nazývají žíly.

Levá komora pumpuje okysličenou krev do celého těla. Krev z ní proudí do největší tepny v těle – aorty. Z aorty odstupují jednotlivé větve – tepny, které rozvádějí krev do různých částí těla. Po předání živin a kyslíku orgánům se krev vrací do pravé síně, proudí do pravé komory a poté do plic. Zde je krev opět okysličena a přichází do levé síně a levé komory. Stažením levé komory je krev vypuzena opět do tepen a celý cyklus se opakuje (obr. 1).



Ischemická choroba srdeční (IChS)

Co je to ischemická srdeční choroba?

Je důsledkem onemocnění věnčitých tepen, jejichž úkolem je zásobovat srdeční sval (myokard) dostatečným množstvím krve s životodárným kyslíkem a živinami (obr. 2). U zdravých tepen je jejich vnitřní povrch hladký a krev nimi protéká bez jakýchkoliv omezení.

Aby mohlo srdce pracovat, potřebuje srdce kyslík, stejně jako všechny ostatní svaly lidského těla. Tepny, které zásobují právě srdeční sval, se nazývají věnčité, neboli koronární. Odstupují z aorty velmi blízko srdce a zásobují krví srdeční sval (myokard), který má velmi vysoké nároky na spotřebu kyslíku. Rozlišujeme dvě věnčité tepny: pravou a levou. Levá věnčitá tepna má dvě hlavní větve: přední sestupnou větev (latinsky ramus interventricularis anterior – RIA) a boční obkružující větev (latinsky ramus circumflexus – RCx). Ty se dále větví v menší a menší větve tak, aby zásobily krví každou část srdce (obr. 2).

Věňčité (koronární) tepny mohou být postiženy řadou onemocnění, ze kterých je v civilizovaných zemích nejčastější ateroskleróza. Ateroskleróza znamená postižení cévní stěny zánětem a ukládáním cholesterolu. Důsledkem tohoto procesu je zužování cévy. Pokud vzniká postupně, objevují se obtíže označované jako angina pectoris. Pacient pociťuje svírání nebo pálení na hrudi při zátěži, kdy po krátkém odpočinku tyto obtíže vymizí. Ateroskleróza však může způsobit i náhlý uzávěr věňčitých tepen a taková situace vede ke vzniku infarktu myokardu. Pacient pocítí tlakovou bolest na hrudi, která odpočinkem nemizí a je zpravidla spojena s pocením a nevolností. Takové příznaky by měly být důvodem pro neodkladné zavolání Rychlé záchranné služby (telefonní číslo 112 nebo 155).

Pravděpodobnost rozvoje aterosklerózy je zvýšena, pokud jsou u Vás přítomny některé z následujících rizikových faktorů:

- > vysoká hladina cholesterolu a ostatních tuků v krvi
- > kouření
- > hypertenze (zvýšený krevní tlak)
- > diabetes mellitus (cukrovka)
- > nadváha a obezita
- > nedostatek fyzické činnosti
- > rodinná dědičná dispozice

Pravděpodobnost onemocnění narůstá s věkem a je vyšší u mužů.

Část těchto faktorů nelze ovlivnit – věk, pohlaví, naše genetická výbava po rodičích. Avšak i při špatné skladbě těchto neovlivnitelných rizikových faktorů můžete Vašemu životu přidat roky i kvalitu tím, že budete dodržovat zásady zdravého životního stylu. Nebudete jistě kouřit. Budete dopřávat Vašemu tělu dostatek pohybu, přiměřeného Vašemu zdravotnímu stavu a Vaší kondici – nejméně však třikrát do týdne. Váš jídelníček bude bohatý na ryby, olivový olej, ovoce a zeleninu. Naopak budete jíst málo jídel bohatých na nasycené tuky (uzeniny, vnitřnosti, vaječné žloutky). Vaše hmotnost bude přiměřená a obvod Vašeho pasu nebude větší než 102cm pro muže a 88cm pro ženy. Alkoholické nápoje nezvyšují riziko srdečního onemocnění, pokud nejsou přijímány v nadměrném množství.

Dodržení těchto zásad dokáže významně prodloužit Váš život a snížit šanci na vznik srdečního onemocnění. Přes veškeré Vaše úsilí je však často potřeba ovlivnit rizikové faktory pomocí léků. Moderní farmakoterapie je prokazatelně účinná pro snížení krevního tlaku, léčbu vysokého cholesterolu či ovlivnění cukrovky. Nežádoucí účinky této léčby se vyskytují vzácně, avšak pokud máte podezření na jejich přítomnost, určitě konzultujte Vašeho ošetřujícího lékaře. Stejně tak sdělte lékaři své případné starosti s finančním zabezpečením léčby – pokud taková situace nastane, je možné vždy nalézt pro Vás rozumné a bezpečné řešení. Největším rizikem je z jakéhokoliv důvodu doporučenou léčbu předčasně ukončit bez uvědomění lékaře.

Kromě dietních opatření můžete ulevit Vašemu srdci užíváním léků (farmakoterapii) nebo prostřednictvím zákroku (intervenční léčbou). Léčba je v principu možná buď snížením nároků srdečního svalu, nebo zvýšením přítoku krve. Snížení nároků srdce dosáhneme buď odpočinkem anebo pomocí léků, které zpomalují srdeční tep a snižují krevní tlak. Zvýšení přítoku krve do myokardu můžeme pomoci buď opravou cévy zevnitř (rozšíření cévy balónkem nebo výtuží – stentem) nebo obejitím zúženého místa objížděnou („bypasssem“). Rozšíření cévy zevnitř se nazývá koronární angioplastika (PCI z anglického „Percutaneous Coronary Intervention“) a provádí se při vědomí pacienta z vpichu do tepny na ruce nebo v tříse. Obejití zúženého místa bypasssem je prováděno operační cestou z řezu na hrudi při uspnání pacienta a nazývá se chirurgická revaskularizace (CABG z anglického „coronary artery bypass graft“).

Diagnóza ischemické choroby srdeční

Protože ischemická choroba srdeční je vážné onemocnění a její léčba je náročná, musí být stanovení diagnózy velmi přesné. První informace získává lékař rozhovorem s nemocným (anamnézou). Pokud již na základě anamnézy lékař posoudí pravděpodobnost ischemické choroby jako vysokou, bude Vám ihned navrhnout invazivní vyšetření koronárních tepen (koronarografii). Toto vyšetření je považováno za nejpřesnější, nevýhodou je však invazivita vyšetření (nutnost zavedení vyšetřovací cévky do Vašeho srdce). Pokud se bude lékař domnívat, že pravděpodobnost ICHS je malá, spokojí se zpravidla s doporučením neinvazivního vyšetření. Takové vyšetření lze provést ambulantně a nevyžaduje zavedení cévky do srdce (katetrizaci). Nevýhodou je menší přesnost vyšetření, která někdy nedovolí určit diagnózu s jistotou. Z neinvazivních vyšetření se dnes můžete setkat s CT koronarografií nebo se zátěžovými testy (ergometrie, SPECT). Pokud výsledky svědčí pro přítomnost ICHS nebo nejsou jednoznačné, zpravidla je Vám poté opět navrženo vyšetření invazivní – koronarografie.

Koronarografie

Koronarografie je rentgenologické vyšetření, při kterém lékař pomocí katétru (tenkých dutých trubiček) vstříkne do věnčitých tepen kontrastní látku. Věnčité tepny probíhají poměrně složitými cestami kolem srdečního svalu a proto je potřeba při jejich vyšetřování sledovat srdce z různých stran tak, abychom nepřehlédli žádné skryté zúžení. Během vyšetření proto ležíte na katetrizačním stole a kolem Vás se otáčí ve všech směrech velmi přesný rentgenový přístroj. Záznam vyšetření je uchováván v digitální podobě a je možné jej kdykoliv znovu hodnotit nebo předat kardiochirurgovi v případě potřeby operace Vašeho srdce.

Provedení koronarografie

Koronarografie se provádí na tzv. katetrizačním sále. Během vyšetření je nemocný při plném vědomí, po celou dobu spolupracuje s lékařem. Je v poloze na zádech, přikryt sterilními rouškami (obr. 3). Lékař vyšetření zahájí tím, že provede místní znecitlivění v místě vpichu. Tím je nejčastěji pravé zápěstí nemocného, v určitých případech je nutný přístup z třísla nebo z levého zápěstí. Místo vpichu je třeba zbavit ochlupení, což Vám provede ošetřující personál při přijetí k hospitalizaci na příjmovém oddělení. Když je místo vpichu již necitlivé, lékař tenkou jehlou napíchne větenní (radiální), nebo stehenní (femorální) tepnu (obr. 4). Jehlou zavede speciální tenký a měkký vodič, přes který zavede pouzdro – krátkou umělohmotnou trubičku (sheath), přes kterou pak zavádí samotné katétry. To jsou umělohmotné tenké a měkké trubičky vyrobené ze speciálního materiálu.

Intravaskulární ultrazvuk (IVUS) a frakční průtoková rezerva (FFR)

Přestože je koronarografie nejpřesnějším vyšetřením, nedokáže vždy přesně určit rozsah onemocnění věnčitých tepen. Podrobnější informace o rozsahu koronárního onemocnění může získat Váš lékař pomocí intravaskulárního ultrazvuku (intravascular ultrasound, IVUS). Při tomto vyšetření je zavedena tenká ultrazvuková sonda přímo do Vaší věnčité tepny a lékař vidí koronární tepnu zevnitř. Vyšetření ukáže nejen rozsah zúžení, ale je použitelné i k posouzení výsledku zákroku nebo k rozpoznání skladby sklerotického plátu.

Frakční průtoková rezerva (fractional flow reserve, FFR) je dalším vyšetření, které přispěje k rozhodování o způsobu léčby Vaší srdeční nemoci. Pomocí FFR zjistí Váš lékař rozsah funkčního omezení, které zúžení tepny způsobuje. Do Vaší koronární tepny je zavedeno měřící zařízení a je podán lék, který přinutí věnčitou tepnu na několik sekund k maximálnímu výkonu. Výsledkem vyšetření je potom údaj, který ukazuje rozsah omezení – a pokud koronární tepna dokáže pracovat na méně než 80 % očekávaného maximálního výkonu, je jistě odpovědná za Vaše obtíže a заслужuje ošetření.

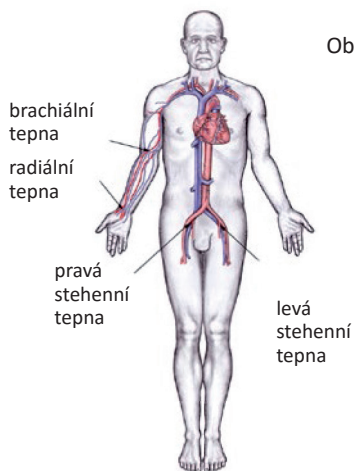
Obě metody (IVUS, FFR) jsou běžně dostupné na našem pracovišti a naši lékaři mají s jejich prováděním a posuzováním mnohaletou zkušenost.

Obr. 3



Léčba ICHS

Obr. 4



Medikamentózní léčba

Podávání léků je vedle správné životosprávy základem léčby ischemické choroby srdeční. Léky, které dnes v kardiologii používáme, mají dobře potvrzené údaje o přínosu pro pacienta. Současná kardiologie nepřipouští do léčby takové léky, které by neprošly pečlivými klinickými testy.

Základním postupem pro prevenci komplikací ICHS je „ředění krve“. Tento výraz je hodně používaný pacienty, není však zcela pravdivý – krev neředíme, ale snižujeme její srážlivost. Základem takové léčby je dnes již historický, ale velice účinný aspirin (kyselina acetylsalicylová). Velmi ji pomáhají nové protidesičkové léky – clopidogrel a jeho moderní a účinnější nástupci: prasugrel (Efient) jako dnes nejúčinnější lék po prodělaném infarktu myokardu nebo ticagrelor (Brilique) v období před srdeční operací. Snižování srážlivosti výrazně snižuje riziko infarktu a úmrtí, ale může Vás obtěžovat častějším výskytem krvácení. Způsob a potřebnou dobu této léčby Vám při propuštění z nemocnice sdělí ošetřující lékař.

Obrovský přínos pro zastavení aterosklerózy má léčebné snižování cholesterolu, zvláště jeho „škodlivé“ podskupiny (LDL cholesterol). Nejúčinnějšími léky jsou v tomto ohledu tzv. statiny. Typ léku, jeho dávku i potřebnou dosaženou hodnotu LDL cholesterolu Vám opět sdělí ošetřující lékař.

Kromě uvedených dvou skupin léků existuje řada dalších možností, jak příznivě ovlivnit Vaše srdeční onemocnění. Bolesti na hrudi omezuje řada tzv. symptomatických léků (nitráty, betablokátory, blokátory kalciových kanálů). Srdeční práci odlehčuje léčba krevního tlaku, kdy zvláště přínosné jsou tzv. ACE inhibitory nebo antagonisté AT2 receptorů. Celá řada léků může usnadnit léčbu Vaší srdeční nemoci odstraněním projevů přidružených nemocí (poruch srdečního rytmu, chudokrevnosti, poruch štítné žlázy). Pokud je Vám předepisován nový lék, bude vždy vítána Vaše otázka – PROČ tento lék užívám? Spolupracující a informovaný pacient vždy své onemocnění zvládá lépe.

Chirurgická léčba ICHS

- > Pokud nelze tepnu zprůchodnit katetizační technikou, další metodou léčby je operace srdce. Cílem operace je obnovení průtoku krve postiženou tepnou a tím normalizace krevního zásobení postižené části srdečního svalu. Klasickým operačním přístupem k srdci je tzv. střední sternotomie (přístup středem prsní kosti), méně často tzv. minitorakotomie (přístup z mezižebří).
- > Cílem je našít tzv. **bypassu** – přemostění či vytvoření mostu mezi aortou a srdečním svalem, který překlenuje zúžené nebo ucpané místo věnčitě tepny.
- > K vytvoření tohoto přemostění se nejčastěji užívá povrchová žíla (vena saphena magna nebo parva) odebraná z dolní končetiny téhož pacienta, která se našívá jedním koncem k aortě (srdečnici) a druhým na koronární tepnu za místo postižení (obr. 5). Dále se užívají i části tepen, nejčastěji jedna nebo i obě mammární tepny (arteria mamma interna) probíhající podél prsní kosti, tepna z předloktí (arteria radialis) apod. Počet a typ bypassů je plánován již před operací na základě výsledku koronarografického vyšetření. Definitivně rozhoduje o počtu našívaných bypassů až operátor na operačním sále podle nálezu na srdci.
- > Vlastní operace probíhá v celkové anestézii – v uměle navozeném spánku, bezbolestně.
- > Našívání bypassů probíhá buď na zastaveném srdci s využitím mimotělního oběhu (nahrazuje funkci srdce a plic), nebo na bijícím srdci bez nutnosti použití mimotělního oběhu.

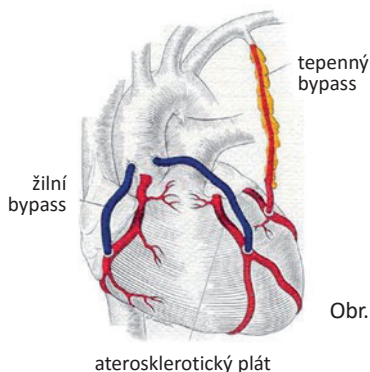
Intervenční léčba ICHS (PCI)

Perkutánní – tímto slovem je naznačeno, že se tato procedura provádí vpichem přes kůži.

Koronární – říká, že tato procedura se týká věnčitých tepen.

Intervence – obecně zákrok, zásah.

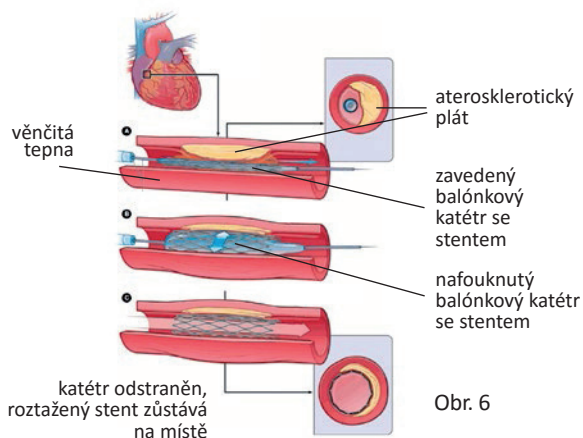
- > Perkutánní koronární intervence je tedy zákrok (zásah) v oblasti věnčitě tepny prováděný vpichem přes kůži.
- > Jeho základní myšlenkou je umístění malého nafukovacího balónku do zúženého místa věnčitě tepny. Nafukující se balónek tlačí aterosklerotické pláty proti stěně věnčitě tepny a to umožní rozšíření zúženého místa.
- > PCI je nechirurgický léčebný výkon prováděný pod rentgenovou kontrolou na katetizačním sále a buď navazuje přímo na koronarografii, nebo je dopředu naplánován (při znalosti předchozího koronarografického nálezu).
- > Přístup je stejný jako při koronarografii, tedy přes vřetení (radiální), nebo stehenní (femorální) tepnu. K ústí příslušné věnčitě tepny se zavede tzv. vodičí katétr (tenká umělohmotná trubička). Vnitřkem tohoto katétru a dále do věnčitě tepny se pak zavádí ultratenký vodič, po kterém se zavede další speciální katétr opatřený balónekem. Lékař, který výkon provádí, si polohu balónku opakovaně kontroluje pomocí kontrastní látky a rentgenu. Podobně jako u koronarografie může být pacient během výkonu opakovaně vyzván, aby se nadechl a chvíli zadržel dech. Je to proto, aby byla poloha katétrů stabilní a obrazový záznam byl kvalitní. Když lékař přesně umístí balónek do středu nejužšího místa v tepně, nafoukne jej. Po dobu nafouknutí je velmi pečlivě sledován celkový stav nemocného, včetně EKG, krevního tlaku a pulzu. Je velmi pravděpodobné, že se po dobu nafouknutí objeví typická svíravá bolest za hrudní kostí. Tuto skutečnost, stejně jako jakékoliv jiné potíže, sdělte lékaři.



Obr. 5

aterosklerotický plát

Během nafouknutí jsou sklerotické pláty tlačeny proti stěně věnčité tepny a tím je rozšiřován vnitřní průsvit cévy. Po vyfouknutí balónku si lékař opět aplikací kontrastní látky kontroluje, zda se mu podařilo postiženou cévu rozšířit. Podle výsledku se rozhoduje o event. opakování nafouknutí balónku nebo o zavedení „stentu“ – maličké pružinky, která ponechává cévu roztaženou. V některých případech se stent zavádí přímo (obr. 6). Po ukončení výkonu jsou z těla



nemocného odstraněny všechny katétry, jen v případě přístupu přes stehenní tepnu zde zůstává zaváděcí pouzdro (sheath) po dobu několika hodin. Čeká se na dobu, kdy se srážlivost krve vrátí k normálu, neboť celý výkon se provádí při „naředění“ krve. Pak se sheath vytáhne a po dobu 10 minut se rukou tlačí místo vpichu, aby v třísle nevznikla velká podlitina. Pak se toto místo zatíží pytlíky s pískem, které pomáhají stlačit tepnu.

Po provedení PCI

Po výkonu se vrátíte na pokoj nebo na jednotku intenzivní péče, kde je Váš celkový stav pozorně sledován ošetřujícím týmem. Je-li k zavedení katétru použita paže, můžete vstát z lůžka prakticky ihned, neboť na místo vpichu se přiloží dlahu s kompresí (stlačením) ihned na katetrizačním sále. Pokud bylo použito třísko, musíte obvykle na lůžku zůstat 12 hodin od vytažení sheathu. Ucíťte-li v místě vpichu vlhko, teplo, event. bolest, měla/a byste na to okamžitě upozornit sestru. Je to sice velmi málo časté, ale může dojít k opožděnému krvácení z místa vpichu. Celý den a zvláště první hodiny po výkonu je dobré, když si při napínání třísla (kýchnutí, kašel) prsty zatlačíte na toto místo.

V den provedení PCI byste měl/a vypít více tekutin než je obvyklé, aby se kontrastní látka mohla snadno vyplavit z těla ledvinami ven. Po provedení PCI je po dobu 1–2 hodin po výkonu běžný pocit určitého nepříjemného pocitu na hrudi. Pokud se však bude bolest na hrudi zvětšovat nebo se bude stále vracet, musíte na to upozornit.

Po ukončení klidového režimu je již možné opatrně vstát, ale nesmí se příliš namáhat třísko, přes které byl výkon proveden.

Komplikace PCI

Můžeme je rozdělit na akutní (vzniklé během výkonu nebo krátce po něm) a na pozdní. Hlavní akutní komplikací je uzávěr léčené tepny, který hrozí vznikem srdečního infarktu. V současné době lze tuto komplikaci většinou velmi úspěšně řešit použitím kovové pružiny (stentu). Velmi vzácně je nutné provést akutní operaci (bypass). Riziko vzniku infarktu je méně jak 0,5 %.

Občasným problémem po PCI (podobně jako u koronarografie) je krvácení z míst vpichů. Většinou jde pouze o hematoma (krevní podlitinu), který se během několika týdnů vstřebá. Velmi vzácně se jedná o závažnější krvácení, které je nutné zvládat podáním transfúze nebo chirurgickým zákrokem. Rovněž velmi vzácně může vzniknout výduť v místě vpichu, kterou je nutné řešit buď dalším stlačením, nebo drobným chirurgickým zákrokem.

Největším pozdním problémem PCI je vznik restenózy (opakované zúžení v místě původního rozšíření). Vznikala asi u 10 % nemocných během 2.–6. měsíce po PCI při použití kovových stentů. Naše pracoviště v současné době používá ve většině případů k léčbě stenty lékové, které pravděpodobnost této komplikace snižují na 1–2% všech PCI. V dalším období je již vzácná. Velká část restenóz se úspěšně řeší opakovanou PCI nebo implantací stentu. U části nemocných je možné stav řešit operačně pomocí bypassů nebo podáním léků. Vzácně může dojít k trombóze (vzniku krevní sraženiny) v místě implantovaného stentu. Tento stav je vždy akutní, projevuje se jako akutní infarkt myokardu, a je nutno ho neprodleně řešit novou PCI. V případě vzniku bolesti na hrudníku proto neprodleně vyhledejte lékařskou pomoc. V prevenci vzniku této komplikace je nezbytně nutné užívat dva druhy léků proti srážení krevních destiček.

Stent

Stent je kovová pružinka zaváděná pomocí balónku do místa zúžení věnčité tepny. Pomocí stentů lze úspěšně řešit akutní problémy vzniklé při PCI a výrazným způsobem snížit výskyt závažných komplikací po PCI. Stent umožňuje lepší výsledný efekt výkonů na věnčitých tepnách, zavedení stentů snížilo významně výskyt restenózy. V současné době se většina PCI provádí s implantací stentu (obr. 6).

K dispozici máme dva druhy stentů – metalický (kovový) stent a lékový stent. Lékový stent je metalický (kovový) stent potažený vrstvou speciálního léku, který se uvolňuje a působí v místě dotyku stentu s cévní stěnou. Zabraňuje přerůstání buněk cévní výstelky a brání tím vzniku restenózy. Naše pracoviště pozorně sleduje vývoj v této oblasti. Koronární stenty, použité k ošetření Vašeho srdce jsou na špičce současného vývoje.

Rotablátor

Rotablátor je drobná olivka osazená diamanty, umožňující při vysokých otáčkách rozrušit tuhá, těsná a zvápenatělá zúžení. Se současnou PCI umožňuje řešit i velmi složitá a tuhá zúžení.

Propuštění domů

Po úspěšném provedení koronarografie a/nebo PCI budete propuštěn/a domů nejčastěji druhý den. K převozu domů je vhodné si zajistit vlastní odvoz, nedoporučujeme Vám však řízení motorového vozidla. Před propuštěním do domácího ošetřování budete vybaven/a informacemi o pohybové aktivitě a dalším užívání léků, případně o tom, kdy můžete znovu nastoupit do zaměstnání. Budete také vybaven/a léky k domácímu užívání. Léky pomohou jednak předcházet vzniku sraženiny v roztažené cévě, jednak spazmu (křeči) koronárních tepen. Ošetřující personál Vám sdělí datum další kontroly.



Kontakt:

KARDIOLOGICKÉ CENTRUM AGEL a.s.

Kyjevská 44, 532 03 Pardubice

tel. ambulance, poliklinika: 466 753 390

tel. invazivní kardiologie: 466 014 145

e-mail: info@kca.agel.cz

kardiologickecentrum.agel.cz

