



Изпълнителен Директор: проф. д-р Генчо Начев, д.м.н.
Ръководител Клиника по Сърдечна хирургия: проф. Петков

ПРОТОКОЛ

ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ НА ПАЦИЕНТА ПРИ СЪРДЕЧНИ ОПЕРАЦИИ

Уважаеми пациенти,

С този протокол ние бихме искали да Ви изясним някои основни положения във връзка с предстоящата Ви сърдечна операция. Прочетете този протокол внимателно и отбележете възникналите въпроси. Хирург от оперативния екип ще се срещне с Вас и ще Ви разясни протичането на оперативната интервенция и ще получите отговор на Вашите въпроси.

Оперативната интервенция ще се осъществи под обща упойка. Това значи, че Вие няма да усещате нищо по време на самата операция. Веднага след като бъдете “упоени”, в гърлото Ви ще се постави тръба (тубус), чрез която ще се осъществява дишането по време на цялата операция.

Трябва да имате в предвид, че след като се събудите от упойката, тази тръба ще бъде все още в гърлото Ви и Вие ще изпитвате определен дискомфорт. Налага се тръбата да остане на мястото си докато се възвърне способността Ви да дишате самостоятелно, което става средно за 6-8 часа. През това време ще Ви бъдат инжектирани медикаменти за намаляване до минимум на неприятните усещания.

След нужното почистване на оперативното поле Вашият гръден кош ще бъде отворен. При всички сърдечни операции, с изключение на операциите на биешо или фибририращо сърце, се налага в съдовете на сърцето да се впръсква разтвор (кардиоплегичен разтвор), който причинява временно и обратимо спиране на сърцето за около 20-30 минути. При необходимост, след изтичане на това време, се впръсква допълнително количество разтвор до завършване на планираната оперативна интервенция. Това се постига с помощта на машина сърце-бял дроб (ЕКК-екстракорпорално кръвообръщение). Тази машина “взима” кръвта преди тя да е навлязла в сърцето, и с помощта на специален филтър, я насища с кислород (процес който нормално се извършва в белия дроб). След това машината “връща” кръвта в тялото под определено строго контролирано налягане и с точно определена температура. По този начин се поддържа циркулацията и се постига охлаждане на тялото. Преди да се включи машината се инжектира хепарин, вещество, което намалява способността на кръвта да се съсирва. Рядко може да се прояви **алергична реакция** към него (Моля информирайте хирурга, ако по някаква причина сте получавали хепарин преди операцията!). Намалената способност на кръвта да се съсирва е причината за най-често срещаното усложнение след сърдечни операции, а именно – **кървенето**, налагащо вливането на медикаменти, понякога **вливане на чужда кръв** и още по-рядко **повторна операция (ревизия)** за откриване на причината за кървенето. Вливането на чужда кръв винаги крие минимален риск от заразяване с **трансмисивни заболявания** (за подробности виж декларацията за информирано съгласие за преливане на кръв и кръвни съставки).

Въпреки всички незаменими положителни ефекти на машината сърце-бял дроб, тя е причина и за много от често срещаните отклонения след операция. На първо място е така наречената **обща инламаторна реакция** на организма. Това е най-често срещаното отклонение и се наблюдава при почти всички пациенти, оперирани с ЕКК. Изразява се в **пакачване на температурата** (понякога до 38°) и **броя на белите кръвни клетки**. Това е преходно състояние, което не бива да Ви тревожи. То отшумява само за няколко дни и в повечето случаи не изисква лечение. При кл. протезиране е възможно развитие на протезен ендокардит.

При много от пациентите се наблюдава събиране на известно количество течност около сърцето или плевралните кухини (**перикарден и плеврални излив**). Почти винаги медикаментозното лечение на тези изливи е успешно и те “изчезват”. При някои пациенти обаче количеството на перикардната течност може прогресивно да се увеличава и може да започне да притиска сърцето и по този начин да



доведе до влошаване на неговата функция (тампонада). Ако се развие това състояние се налага повторна операция за отстраняване на течността. Най-често повторно събиране на течност не се наблюдава. Ако количеството на течността в плевралната кухина се увеличи значително и започне да пречи на дишането, се налага тази течност да се отстрани с помощта на игла под местна упойка (плеврална пункция).

Понякога след операцията се наблюдава увреждане на проводната система на сърцето, което може да е преходно, но може и да наложи имплантация на постоянен пейсмейкър.

Рядко при диагностични или лечебни процедури може да бъде наранена кухината около белия Ви дроб. Това може да доведе навлизане на въздух в нея (пневмоторакс) или до изтичане на кръв (хемопневмоторакс). Тези състояния налагат поставяне на силиконова тръба (дрен) в съответната кухина.

При някои пациенти функциите на определени системи са увредени предоперативно в различна степен – например при болните с ХОББ, Бъбречна недостатъчност и т.н. Това увеличава риска от развитие на дихателна и/или бъбречна недостатъчност при тези пациенти, макар че това не изключва възможността от развитие на тези усложнения и при неувредени пациенти. При развитие на тези усложнения много често се налага продължителна механична вентилация или трахеостомия и използване на машина за очистване на кръвта (хемофилтрация или диализа). Продължителната механична вентилация е свързана с увеличаване на риска от белодробна инфекция.

Рядко след операцията може да се наблюдава коронарен, мозъчно- или периферно-съдов инцидент или периферна емболия понякога с остатъчни парализи. Те се причиняват от попадане на частици с много малки размери (калций, мастни капки, въздух), които могат да останат незабелязани по време на операцията. Понякога въпреки всички предприети мерки се развива инфекция на оперативните рани. Още по-рядко може да се развие дълбока инфекция на тъканите около сърцето (медиастинит) или инфекция на кръвта (сепсис). В единични случаи е възможно да се развие инфекция на поставената вече клапна протеза – т.н. **клапен ендокардит**. Той може да настъпи непосредствено след операцията (**ранен клапен ендокардит**) или месеци по-късно (**късен клапен ендокардит**). Дължи се на вече налична клапна инфекция, зъбни грануломи, прекарани и усложнени бактериални, остри вирусни инфекции и др. В някои случаи когато сърдечната функция е значително увредена преди операцията може да се развие сърдечна слабост със сърдечна декомпенсация, съпроводена с белодробен застои, хепатомегалия, периферни отоци и т.н. В тези ситуации се започва вливане на медикаменти, които подпомагат функцията на сърцето (катахоламини). Ако те се окажат недостатъчни през артерия на крака се вкарва машина – котнрапулсатор (IABP), която също подпомага сърдечната дейност. Много често при неспазване на рехабилитационния режим и излишно натоварване се наблюдава разместване на сегментите на гръдната кост (дехисценция). Това усложнение налага повторна операция за повторно фиксиране на стерналните сегменти (рефиксация).

Тук е мястото да отбележим, че честотата на всички горепосочени усложнения, както и смъртността за нашата клиника не се различава от тази на други водещи европейски и световни кардиохирургични центрове.

Предварително Ви благодарим за Вашето сътрудничество.

Долуподписаният

ЕГНЛК.....

Декларирам, че съм прочел/а/ разяснителния протокол и съм заподнат/а/ с възможните периперативни рискове.

Пациент:.....

Хирург:.....

Дата: