Wojewódzki Szpital Zespolony
im. dr. Romana Ostrzyckiego w Koninie
ul. Szpitalna 45

Pracownia Elektrofizjologii i Kardiologii Inwazyjnej

INFORMACJA DLA PACJENTA

Wszczepienie stymulatora resynchronizującego (CRT-P)

Informacja o planowanym wszczepieniu stymulatora resynchronizującego (CRT-P)

Szanowna Pani / Szanowny Panie,

Z uwagi na Pani/Pana stan zdrowia zaplanowano implantację stymulatora resynchronizującego pracę serca (CRT-P). Jest to niewielkie elektroniczne urządzenie medyczne o wymiarach około 43 × 31 × 10 mm i masie około 40 g, którego celem jest poprawa wydolności serca poprzez wyrównanie czasowe skurczu poszczególnych części lewej komory. Działanie to pozwala ograniczyć nieprawidłowości w synchronizacji pracy mięśnia sercowego i poprawić jego efektywność.

Zgodnie z aktualnymi europejskimi wytycznymi, leczenie za pomocą układu CRT-P zalecane jest u pacjentów z przewlekłą niewydolnością serca istotnie ograniczającą tolerancję wysiłku, wynikającą z obniżonej funkcji skurczowej serca (np. w następstwie przebytych zawałów, zapalenia mięśnia sercowego lub kardiomiopatii wrodzonych), u których współistnieją zaburzenia przewodzenia wewnątrzsercowego, takie jak blok odnogi pęczka Hisa, poszerzenie zespołu QRS lub zaburzenia przewodzenia przedsionkowo-komorowego.

W wymienionych stanach dochodzi do nieskoordynowanego skurczu poszczególnych obszarów serca. Terapia resynchronizująca umożliwia korekcję tych zaburzeń poprzez jednoczesną stymulację obu komór serca za pomocą elektrod umieszczonych w prawej komorze oraz w żyle serca przebiegającej nad lewą komorą. Skurcz przedsionków inicjowany jest przez dodatkową elektrodę zlokalizowaną w prawym przedsionku, co pozwala na właściwe czasowe zsynchronizowanie pracy jam serca.

Wskazania do implantacji układu CRT-P zostały ustalone u Pani/Pana na podstawie szczegółowej oceny stanu klinicznego oraz wyników badań, przeprowadzonej przez doświadczonych lekarzy kardiologów.

Zabieg wszczepienia urządzenia wykonywany jest w znieczuleniu miejscowym przez wyspecjalizowany zespół medyczny, składający się z lekarza kardiologa oraz personelu pielęgniarskiego i technicznego. Procedura polega na wprowadzeniu do jam serca dwóch, a najczęściej trzech elektrod – do prawego przedsionka, prawej komory oraz, poprzez zatokę wieńcową, do żyły serca położonej nad lewą komorą. Położenie elektrod kontrolowane jest przy użyciu aparatury rentgenowskiej emitującej niskie dawki promieniowania.

Elektrody wprowadzane są przez nakłucie lub chirurgiczne odsłonięcie żyły w okolicy podobojczykowej. W wielu przypadkach konieczne jest dożylne podanie niewielkiej ilości środka kontrastowego w celu uwidocznienia przebiegu naczyń żylnych, co ułatwia ich bezpieczne nakłucie oraz wprowadzenie elektrod. Podczas implantacji elektrody lewokomorowej kontrast podawany jest

również do układu żylnego serca, aby ocenić jego anatomię i umożliwić optymalne umiejscowienie elektrody. Po zakończeniu implantacji elektrod pod skórą tworzona jest kieszeń, w której umieszcza się i podłącza urządzenie.

Skuteczne założenie systemu resynchronizującego jest możliwe u około 95% pacjentów, natomiast kliniczną poprawę po zastosowaniu terapii obserwuje się u około 70% chorych.

Powikłania związane z implantacją układu CRT-P występują rzadko. Do najczęściej opisywanych należą:

1. przemieszczenie elektrody w sercu (około 1–3%), mogące wymagać ponownego zabiegu,
2. odma opłucnowa i/lub krwiak opłucnej (około 1,5%), czasem wymagające założenia drenażu,
3. krwiak w loży urządzenia (około 2%), sporadycznie wymagający interwencji chirurgicznej,
4. zakażenie loży urządzenia (około 0,5%), które może skutkować koniecznością usunięcia układu i ponownej implantacji po stronie przeciwnej,
5. wzrost progów stymulacji lub defibrylacji (około 0,25%), wymagający korekty lub wymiany elektrod,
6. perforacja ściany serca (poniżej 0,1%), mogąca wymagać interwencji kardiochirurgicznej lub drenażu,
7. zapalenie żył lub zakrzepica żylna, leczone farmakologicznie,
8. udar mózgu (poniżej 0,1%),
9. zgon (poniżej 0,1%), spowodowany skutkami wyżej wymienionych powikłań.
10. wystąpienie groźnych arytmii (poniżej 1%), które mogą wymagać leczenia farmakologicznego lub kardiowersji elektrycznej i mogą nasilać objawy niewydolności serca.

Wymagane będą okresowe badania kontrolne w naszym Ośrodku.

W Szpitalu stosowane są standardy sanitarno-higieniczne zgodne z właściwymi rozporządzeniami Ministra Zdrowia, używany jest sprzęt jednorazowego użytku a narzędzia, które wymagają sterylizacji, są sterylizowane najnowocześniejszymi metodami, zgodnie z obowiązującymi standardami europejskimi.

W razie wątpliwości lub pytań, które nasuną się po przeczytaniu tej informacji proszę skonsultować się z lekarzem prowadzącym lub wykonującym zabieg.

ŚWIADOMA ZGODA PACJENTA

Na zabieg wszczepienia stymulatora resynchronizującego (CRT-P)

Wyrażam dobrowolną zgodę na zabieg stymulatora resynchronizującego

1. Potwierdzam, że zapoznałem(am) się z kartą informacyjną przeznaczoną dla pacjenta, zrozumiałem(am) jej treść oraz uzyskałem(am) wyczerpujące wyjaśnienia dotyczące celu, zakresu i sposobu wykonania planowanego zabiegu. Miałem(am) możliwość zadawania pytań, a wszystkie zgłoszone wątpliwości zostały mi jasno i zrozumiale wyjaśnione.

2. Zostałem(am) poinformowany(a) o aktualnym stanie mojego zdrowia, dostępnych metodach diagnostycznych i terapeutycznych, możliwych następstwach ich zastosowania lub zaniechania, spodziewanych efektach leczenia oraz rokowaniu.

3. Przyjmuję do wiadomości i mam świadomość, że planowany zabieg wiąże się z ryzykiem wystąpienia określonych powikłań.

4. Wyrażam zgodę na przeprowadzenie zabiegu z wykorzystaniem promieniowania jonizującego.

5. Oświadczam, że w trakcie wywiadu lekarskiego oraz badania przedmiotowego przekazałem(am) pełne i prawdziwe informacje dotyczące mojego stanu zdrowia, wykonanych badań oraz przebytych chorób i nie pominąłem(am) żadnych istotnych danych.

Nazwisko i imię pacjenta / Przedstawiciela ustawowego pacjenta (drukowanymi literami)

Data Podpis pacjenta / Przedstawiciela ustawowego pacjenta

Potwierdzam, że wytłumaczyłem naturę, cel i przewidywane efekty diagnostyki i leczenia, a także możliwe powikłania pacjentowi, którego nazwisko jest powyżej wydrukowane i wyraził(a) / nie wyraził(a)* On(a) zgodę(y) na wykonanie zabiegu.

Nazwisko i imię lekarza (drukowanymi literami)

Data Podpis lekarza

Nie wyrażam zgody na przeprowadzenie proponowanego zabiegu

Data Podpis pacjenta / Przedstawiciela ustawowego pacjenta

*Niepotrzebne skreślić

Ocena ryzyka związanego z zabiegiem – skala ASA

I	II	III	IV	V

Właściwe oznaczyć X (legenda na odwrocie) tylko w przypadku zastosowania jakiegokolwiek znieczulenia

Legenda:

Skala ASA

I	pacjent zdrowy
II	pacjent z łagodnym schorzeniem układowym, nie mającym wpływu na normalne funkcjonowanie
III	pacjent z ciężkim schorzeniem układowym, ograniczającym normalne funkcjonowanie
IV	pacjent z bardzo ciężkim schorzeniem układowym, które jest ciągłym zagrożeniem dla życia
V	pacjent umierający, który nie przeżyje bez operacji