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

Pracownia Elektrofizjologii i Kardiologii Inwazyjnej
INFORMACJA DLA PACJENTA

Wszczepienie kardiowertera-defibrylatora serca

Szanowna Pani / Szanowny Panie,

Ze względu na Pani/Pana stan zdrowia zaplanowano implantację wszczepialnego kardiowertera-defibrylatora serca (ICD – implantable cardioverter-defibrillator). Jest to elektroniczne urządzenie medyczne o wymiarach około 80 × 60 × 12 mm, objętości około 40 cm^3 i masie około 80 g, którego zadaniem jest stałe monitorowanie rytmu serca oraz natychmiastowe reagowanie na jego nieprawidłowości.

ICD może wysyłać impulsy elektryczne stymulujące pracę serca w przypadku zbyt wolnej czynności, pełniąc funkcję podobną do rozrusznika. Dodatkowo urządzenie jest zdolne do leczenia groźnych, szybkich zaburzeń rytmu serca (które mogą prowadzić nawet do nagłego zatrzymania krążenia) poprzez dostarczenie terapii antyarytmicznej. W zależności od rodzaju arytmii może to być seria szybkich impulsów przerywających częstoskurcz komorowy bez konieczności wyładowania elektrycznego lub, w przypadku bardzo szybkiego i niestabilnego rytmu (np. migotania komór), kardiowersja lub defibrylacja w postaci elektrowstrząsu. Przewidywany czas pracy baterii urządzenia wynosi zwykle około 5-8 lat.

Zgodnie z aktualnymi europejskimi zaleceniami wskazania do implantacji ICD obejmują:

1. stwierdzenie zagrażających życiu arytmii komorowych, takich jak zatrzymanie krążenia, migotanie komór lub utrwalony częstoskurcz komorowy (tzw. prewencja wtórna),

2. obecność choroby serca wiążącej się z istotnie zwiększonym ryzykiem wystąpienia powyższych zaburzeń rytmu (tzw. prewencja pierwotna).

Decyzja o zastosowaniu tej formy leczenia została podjęta na podstawie szczegółowej oceny klinicznej oraz wyników badań, przez doświadczonych lekarzy kardiologów.

Zabieg implantacji kardiowertera-defibrylatora wykonywany jest w znieczuleniu miejscowym przez wyspecjalizowany zespół medyczny, w skład którego wchodzi lekarz kardiolog oraz personel pielęgniarski i techniczny. Procedura polega na wprowadzeniu do serca jednej lub dwóch elektrod przez żyłę zlokalizowaną w okolicy podobojczykowej, po jej nakłuciu lub chirurgicznym odsłonięciu. Prawidłowe położenie elektrod kontrolowane jest przy użyciu aparatury rentgenowskiej emitującej niskie dawki promieniowania.

Po umieszczeniu elektrod wytwarza się pod skórą, zazwyczaj w okolicy podobojczykowej, kieszeń, do której wprowadza się i podłącza urządzenie. W trakcie zabiegu często zachodzi potrzeba dożylnego podania niewielkiej ilości środka kontrastowego w celu lepszego uwidocznienia naczyń żylnych, co ułatwia bezpieczne wprowadzenie elektrod do serca.

W wybranych przypadkach konieczne może być sprawdzenie skuteczności wykrywania oraz leczenia groźnych arytmii komorowych. W tym celu, w warunkach pełnego monitorowania oraz krótkotrwałego znieczulenia ogólnego, może zostać celowo wywołana arytmia. Urządzenie powinno ją samoczynnie rozpoznać i przerwać za pomocą odpowiedniej terapii. Jeśli terapia ICD okaże się nieskuteczna, zaburzenie rytmu może zostać zakończone poprzez zewnętrzne wyładowanie elektryczne.

Powikłania związane z implantacją układu ICD 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.

W wyjątkowych sytuacjach klinicznych może zaistnieć konieczność implantacji dodatkowej elektrody, zarówno przezżylnej, jak i podskórnej.

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 kardiowertera-defibrylatora serca

Wyrażam dobrowolną zgodę na zabieg wszczepienia kardiowertera-defibrylatora serca

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