

**INFORMACJA DLA PACJENTA ORAZ FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY NA
ZABIEG WEWNĄTRZACZYNIOWY NA TĘTNICACH KOŃCZYN DOLNYCH LUB GÓRNYCH**

Imię i nazwisko													
PESEL												Numer Księgi Głównej	

1. INFORMACJA O ROZPOZNANIU

Na podstawie przeprowadzonych dotychczas badań rozpoznano u Pana/Pani:

Ostre niedokrwienie kończyn dolnych/ górnych

Przewlekłe niedokrwienie kończyn dolnych pod postacią chromania przestankowego / przewlekłego niedokrwienia zagrażającego utratą kończyny - niepotrzebne skreślić*

2. PROPONOWANY SPOSÓB LECZENIA

Leczenie wewnątrznaczyniowe (przezskórne) polega na udrożnieniu/ poszerzeniu światła naczynia drogą nakłucia naczynia przez skórę cienką igłą. Leczenie to stosuje się zarówno u pacjenta z ostrym niedokrwieniem kończyn (objawy do 14 dni), jak i u pacjenta z objawami niedokrwienia kończyn trwającymi dłużej. W przypadku ostrego niedokrwienia tętniczego zabieg polega najpierw na usunięciu skrzepu krwi ze światła (tzw. trombektomia) za pomocą urządzeń udsysających, odprowadzających, rozcieńczających skrzepinę (hemodylucja) lub ją rozpuszczających (tromboliza). Czasem zabieg podawania leku rozpuszczającego zakrzep może się przedłużyć i trwać 12-24h. Po udrożnieniu naczynia często potrzebny jest drugi etap zabiegu związany z zabezpieczeniem zwężonego światła naczynia (stentowanie). W przypadku ostrego niedokrwienia tętniczego kończyny zabieg stentowania można wykonać w trakcie jednego zabiegu z usunięciem skrzepiny (trombektomią). Ostre niedokrwienie kończyny jest zawsze stanem zagrożenia kończyny i czasem wymaga postępowania w trybie pilnym (do 48h od początku objawów), ale czasem jest możliwość wykonania zabiegu w ciągu 14 dni. W przypadku niedokrwienia przewlekłego kończyn pacjenta kwalifikuje się do zabiegu albo gdy nasilenie dolegliwości kończynowych nie rokuje wyleczenia metodami zachowawczymi (niedokrwienie krytyczne) lub gdy wyczerpano już możliwości leczenia farmakologicznego, kontroli czynników ryzyka (m.in. rzucenia palenia tytoniu) i rehabilitacji (trening marszowy, dedykowane ćwiczenia) w celu w celu wydłużenia dystansu chromania (marszu bez bólu). Tak więc w przypadku niedokrwienia zagrażającego utratą kończyny celem zabiegu jest uniknięcie amputacji kończyny lub zmniejszenie jej zakresu, ustąpienie bólu, wygojenie ran, a w przypadku chromania przestankowego limitującego codzienną aktywność, wydłużenie dystansu bezbólowego marszu i poprawa jakości życia. Zabieg wewnątrznaczyniowy można wykonać w naczyniu do tej pory nie poddawany zabiegowi, albo z powodu nawrotu zwężenia w stencie.

OPIS PROCEDURY ZABIEGOWEJ:

Zabieg wewnątrznaczyniowy na tętnicach kończyn dolnych lub górnych wymaga zwykle znieczulenia miejscowego. Zabieg jest przeprowadzany w warunkach sali operacyjnej lub pracowni radiologii zabiegowej z zachowaniem zasad pełnej aseptyki. Pacjent jest ułożony na stole operacyjnym w odpowiedniej pozycji, a obszar dostępu do naczynia (zwykle pachwina, okolica pachy dołu łokciowego lub nadgarstka) jest dezynfekowany i obłożony sterylnym, jednorazowym materiałem z okienkiem w miejscu dostępu do Pana/ Pani układu naczyniowego. Następnie operator, przeważnie pod kontrolą USG, nakłuwa tętnicę, wprowadza prowadnik, a następnie introduktor naczyniowy. Na początku zabiegu wykonywana jest angiografia, która jest badaniem rentgenowskim naczyń krwionośnych z wykorzystaniem środków kontrastowych (tradycyjne, jodowe lub dwutlenek węgla) umożliwiających obrazowanie stanu Pana/ Pani naczyń krwionośnych. Podczas wstrzykiwania środka kontrastowego poczujecie Państwo rozprzestrzeniające się ciepło i, być może, wrażenie rozpierania w badanej okolicy. Czasem badanie angiograficzne jest uzupełniane ultrasonografią wewnątrznaczyniową (IVUS). Po ocenie naczyń, operator przeprowadza prowadnik (drucik) przez zmienione chorobowo naczynia, a następnie po prowadniku wprowadza specjalne narzędzia, przy pomocy których przywracany jest przepływ krwi. Zwykle są to cewniki balonowe, które poprzez wypełnianie płynem pod ciśnieniem powodują poszerzenie światła naczynia. Dodatkowo czasem wymagane jest wszczępienie stentu (metalowej sprężynki) mającej na celu zapobieganie zapadaniu się ściany naczynia, usunięcie skrzepiny (trombektomia, tromboliza) lub blaszki miażdżycowej (aterektomia mechaniczna lub laserowa) wypełniającej światło naczynia. W pewnych sytuacjach, szczególnie przy kolejnych interwencjach mogą być wykorzystywane technologie uwalniające lek, który spowalnia narastanie zmian po zabiegu. Zastosowanie takich narzędzi wiąże się jednak z koniecznością dłuższego stosowania dwóch leków przeciwplatektykowych (aspiryna, kłopidogrel).

KONIECZNOŚĆ ZMIANY/ ROZSZERZENIA ZABIEGU OPERACYJNEGO PODCZAS JEGO TRWANIA:

W trakcie zabiegu mogą wystąpić nieprzewidziane okoliczności (np. wystąpienie krwawienia, zatoru tętnicy), wymagające zmiany jego zakresu lub rozszerzenia procedury, co może obejmować konieczność wykonania innego rodzaju interwencji wewnątrznaczyniowej lub otwartej operacji naczyniowej. Ostateczna decyzja o zakresie przeprowadzanego zabiegu będzie podejmowana przez lekarza prowadzącego/ wykonującego zabieg w oparciu o Pana/ Pani stan kliniczny oraz występujące warunki anatomiczne. Lekarz poinformuje Pana/Panią o tym podczas zabiegu i wyjaśni taką konieczność, ponieważ zabieg wykonywany w znieczuleniu miejscowym daje taką możliwość. Będziecie Państwo proszeni o wyrażenie zgody na rozszerzenie zabiegu w formie ustnej.

W zależności od stanu naczyń pacjenta lub występujących powikłań, w trakcie procedury może zostać wykonana również:

Trombektomia – usunięcie skrzepin z wnętrza tętnicy w celu poprawy przepływu krwi,

Aterektomia – mechaniczne usunięcie zwapnień i blaszek miażdżycowych przy użyciu specjalnych narzędzi wewnątrznaczyniowych.

Litotrypsja – rozkruszenie zwapnień w blaszkach miażdżycowych przy pomocy balonu emitującego ultradźwięki.

Tromboliza –podanie leku rozpuszczającego skrzepę (trombolityku) przez specjalny cewnik w celu udrożnienia naczynia krwionośnego. Procedura tamozę trwać 12-24 godzin i jest związana zarówno z koniecznością dłuższego leżenia, ryzykiem zakażenia cewnika oraz wystąpienia powikłań krwotocznych, czasem zagrażających życiu i zdrowiu (krwawienie do mózgu, oka), związanych z działaniem leków rozpuszczających skrzepę (trombolityków), jak i leków przeciwzakrzepowych (heparyna). Po zabiegu trombolizy zwykle trzeba dodatkowo zabezpieczyć miejsce, które było powodem powstania skrzepliny w naczyniu krwionośnym (drugi zabieg przez ten sam dostęp, przeważnie następnego dnia).

Po zakończeniu procedury introduktor jest usuwany a miejsce wkłucia uciskane do chwili ustania krwawienia. Następnie zakładany jest opatrunek uciskowy. W czasie trwania ucisku konieczne jest unieruchomienie nakłuwanej kończyny, co oznacza najczęściej konieczność leżenia na plecach przez 12-16 godzin. W przypadku odpowiedniego stanu naczynia miejsce wkłucia może zostać zamknięte przy pomocy okładera (szwu lub specjalnego korka), który powoduje natychmiastowe zamknięcie otworu w naczyniu, dzięki czemu czas unieruchomienia może być nieco krótszy.

ZALECENIA OKOŁOZABIEGOWE:

Przed zabiegiem zostaną wykonane:

badania diagnostyczne: (badania laboratoryjne, EKG, USG, angiografia), które pozwolą na dokładną ocenę stanu zdrowia.

Zalecenia dla Pacjenta przed zabiegiem:

- pacjent powinien usunąć owłosienie łonowe oraz umyć całe ciało, szczególnie miejsce wprowadzenia cewnika (pachwiny), aby zmniejszyć ryzyko zakażenia, w zabiegach tych może pomóc pielęgniarka;
- w zależności od stanu pacjenta, lekarz może zalecić przerwanie przyjmowania leków przeciwzakrzepowych i przeciwcukrzycowych lub innych, które mogą wpłynąć na bezpieczeństwo zabiegu.
- Pacjent powinien powstrzymać się od jedzenia i picia w ciągu 2 godzin przed zabiegiem, chyba że lekarz zaleci inaczej.

Po zabiegu:

- lekarz zaleca kroplówki, ew. inne leki, zjeść posiłek można przeważnie po 2 godzinach od zakończenia zabiegu, chyba, że lekarz zaleci inaczej;
- konieczne zastosowanie się do zaleceń lekarza, w tym przyjęcia pozycji leżącej przez okres kilkunastu godzin po wykonanym zabiegu zgodnie z instrukcjami; niepalenie tytoniu, zachowanie spokoju
- należy nie przyjmować leków własnych, tylko ściśle te, które w odpowiednich dawkach zaleci lekarz oddziałyowy
- należy zgłaszać wszelkie niepokojące objawy występujące w miejscu wkłucia (np. w pachwinie),
- należy zastosować zmiany w diecie i stylu życia: zdrową dietę, regularną aktywność fizyczną (zgodnie z zaleceniami lekarza), wyrównanie cukrzycy, rzucenie palenia tytoniu, kontrolowanie stężenia cholesterolu LDL oraz ciśnienia krwi,

Okres rekonwalescencji:

- Unikanie dużego wysiłku: Przez pierwsze 1-2 tygodnie po zabiegu należy unikać intensywnego wysiłku fizycznego i długotrwałego stania i dźwigania, oszczędzając szczególnie tę kończynę, w której było nakłucie tętnicy.
- Kontrole lekarskie: Regularne wizyty kontrolne pozwalają na monitorowanie efektów zabiegu i stanu zdrowia pacjenta.

Jeżeli potrzebujecie Państwo dodatkowych informacji związanych z tym zabiegiem możecie Państwo porozmawiać z leczącym Państwa lekarzem.

4. OCZEKIWANE KORZYŚCI Z PRZEPROWADZENIA ZABIEGU

Jak wspomniano, zabieg wewnątrznaczyniowy w **ostрым niedokrwieniu** ma na celu głównie uchronienie pacjenta przed amputacją kończyny i uwolnienie go od silnego bólu niedokrwiennego, a także zapewnienie jak najdłuższej pierwotnej drożności „naprawianego naczynia”. W przypadku **przewlekłego niedokrwienia** (objawów trwających powyżej 14 dni), w zależności od wyjściowego nasilenia dolegliwości, oczekiwaną korzyścią z zabiegu jest wydłużenie dystansu marszu, który można pokonać bez bólu, a w przypadku niedokrwienia zagrażającego utratą kończyny (niedokrwienie krytyczne) celem leczenia jest poprawa jakości życia, poprzez opanowanie spoczynkowego, nocnego bólu kończyny, umożliwienie snu, poruszania się, wygojenia owrzodzeń, uchronienie kończyny przed amputacją, a czasem tylko ograniczenie jej zakresu. Należy podkreślić, że zabieg nie leczy podstawowej przyczyny niedokrwienia kończyny, czyli miażdżycy, tylko usuwa/ łagodzi jej skutki, dlatego efekt odległy zabiegu zależy od przestrzegania przez Pana/ Panią zmian stylu życia (zaprzestanie palenia tytoniu, zdrowa dieta, regularny wysiłek tlenowy i umiarkowane ćwiczenia oporowe), przyjmowania tabletek (leki obniżające stężenie cholesterolu, leki „rozzredzające krew”, jak aspiryna, kłopidogrel, a także leki przeciwzakrzepowe, kontrola wyrównania cukrzycy, nadciśnienia tętniczego, masy ciała, itd.), zgłaszania się na ambulatoryjne kontrole lekarskie. Nieprzyjmowanie leków przeciwzakrzepowych grozi „ostrą zakrzepicą w stencie”. Niestety u około 80% pacjentów, którzy mieli zabieg na tętnicach biodrowych dochodzi do ich zamknięcia (przewlekłej restenozy) po 5 latach, podobny proces w ciągu jednorocznej obserwacji dotyczy 20-30% pacjentów, którzy mieli wykonany zabieg na naczyniach poniżej pachwiny, oraz 60-70% w ciągu 6 miesięcy po wykonaniu zabiegu na tętnicach poniżej kolana.

Prawdopodobieństwo powodzenia proponowanego zabiegu wewnątrznaczyniowego jest w Pana/Pani przypadku:

☐ *duże*

☐ *średnie*

☐ *niskie*

Wyniki bezpośrednie zabiegu mogą być lepsze w przypadku zabiegu planowego, niż wykonywanego w trybie pilnym (ostрым), są one też lepsze u pacjentów z chromaniem przestankowym niż w przypadku niedokrwienia krytycznego.

5. RYZYKO ZWIĄZANE Z ZABIEGIEM WEWNĄTRZNACZYNIOWYM

Żaden lekarz nie może Państwu zagwarantować, że zabieg przebiegnie bez powikłań. Nawet drobne incydenty mogą przy splocie niefortunnnych okoliczności, doprowadzić do poważnych działań niepożądanych, niebędących błędem. Proponowany zabieg operacyjny będzie wykonywany zgodnie z aktualną wiedzą medyczną i przy zachowaniu należytej staranności, w ramach warunków lokalowych, sprzętowych, ludzkich i finansowych, którymi dysponuje szpital, oddział i jednostka organizacyjna (blok operacyjny, sala radiologii zabiegowej) w danym momencie. Zabiegi operacyjne mogą być powiązane z różnym procentowo ryzykiem zdarzeń niepożądanych zależnym od: **(a)** samego pobytu w szpitalu (ryzyko zakażenia szpitalnego- 14-20%, krwawienia- 4-6%, powikłań zakrzepowo- zatorowych- określonego punktacją skali Padewskiej/ Capriniego, niedożywienia- 30%, upadku) **(b)** osobniczego ryzyka pacjenta zależnego od jego stanu jego zdrowia, chorób przebytych i współistniejących, zaawansowania choroby, wieku, odżywienia (ocenianych w skali POSSUM lub Goldmanna) **(c)** znieczulenia (skala ASA); **(d)** trybu (nagły, pilny, planowy przyspieszony, planowy), typu (operacja/ reoperacja) i rodzaju samej operacji (średnio 1-5% ryzyko zgonu i incydentu sercowo- naczyniowego, krwawienia, zakażenia, zakrzepicy + wymienione poniżej); **(e)** przebiegu okresu pooperacyjnego (ryzyko wystąpienia majaczenia [delirium], zakażenia miejsca operowanego, krwawienia i zakrzepicy żylniej), a nawet **(f)** pory roku (infekcje okresu jesienno- zimowego, wysokie temperatury latem, wahania ciśnienia atmosferycznego, burze) i **(g)** niemożliwych do przewidzenia czynników zewnętrznych (np. epidemia, pandemia, klęski żywiołowe, konieczność wykonania pilnego zabiegu u innego pacjenta) i zależnych od pacjenta (np. nietypowa anatomia, nieoczekiwana reakcja na substancję podaną podczas zabiegu). Każdy zabieg operacyjny, także małoinwazyjny może wymagać przetoczenia krwi oraz wiązać się ogólnymi powikłaniami, jak zakażenie, krwawienie, powikłania zakrzepowo- zatorowe, zapalenie płuc, zakażenie miejsca operowanego, zawał serca, udar, zgon. Śmiertelność okołoperacyjna nie powinna przekraczać 1-5%, Ryzyko jest zawsze wyższe w przypadku nagłych lub pilnych wskazań do zabiegu (ostre niedokrwienie), niż wtedy, gdy zabieg przeprowadzany jest w trybie planowym (przewlekłe niedokrwienie).

Ryzyko powikłań zależnych od procedury wewnątrznaczyiniowej rewaskularyzacji kończyny jest umiarkowane (1-5% ryzyko zgonu i incydentu sercowo- naczyniowego), może być wysokie w przypadku dodatkowego zastosowania leku trombolitycznego (> 5%).

Ciężkie powikłania związane z zabiegiem wewnątrznaczyiniowym (występują bardzo rzadko) to zdarzenia, które są przyczyną bezpośredniego zagrożenia życia. Do najpoważniejszych należą:

- uszkodzenie naczynia krwionośnego w miejscu wkłucia (najczęstsze) z powstaniem krwiaka (zasinienia), „kwiaka tętniącego” lub tętniaka (ryzyko utrzymuje się do 2 tygodni po zabiegu, gdy nie przestrzega się zaleceń lekarza, i np. przecięcia kończyny), powikłanie to może wymagać albo dodatkowego ucisku, albo wstrzyknięcia kleju tkankowego do jamy tętniaka, albo zabiegu operacyjnego; Kwiak tętniący/ tętniak rzekomy jest najczęstszym powikłaniem zabiegów wewnątrznaczyiniowych. Powikłanie to występuje w przypadku co najmniej w 1% nakłuć tętnicy udowej lub ramiennej, a w przypadku zabiegów interwencyjnych (angioplastyka) nawet do 5,5%.
- pęknięcie tętnicy lub ostre uszkodzenie jej ściany prowadzące do zatorów, zakrzepów, rozwarstwienia ściany naczynia- powikłanie to można zabezpieczyć stentem lub tzw. „stentem krytym”, czasem wymaga ucisku z zewnątrz lub zabiegu chirurgicznego;
- zatory obwodowe, gdy skrzeplina blaszka miażdżycowa, przez którą przechodzi się podczas zabiegu oderwie się i z prądem krwi zostanie porwana do naczyń położonych niżej; powikłanie to będzie wymagało kolejnych procedur mających na celu ich usunięcie lub rozpuszczenie zakrzepu (trombektomia wewnątrznaczyiniowa lub chirurgiczna, tromboliza); te dodatkowe procedury mogą wydłużyć Pana/ Pani czas zabiegu nawet o 1-2 dni, co będzie wiązało się także z przedłużonym pobytem.
- udar mózgu lub zawał serca, zgon,
- ostra niedrożność naczynia wymagająca natychmiastowej interwencji chirurgicznej,
- ostre uszkodzenie nerek (u pacjenta z chorobą nerek lub cukrzycą), Nefropatia pokontrastowa (CIN) występuje u 1-4% pacjentów poddawanych interwencji wewnątrznaczyiniowej i polega na przejściowym wzroście stężenia kreatyniny we krwi, który zwykle normalizuje się w ciągu 7 dni. Natomiast ryzyko poważnych efektów ubocznych, np. ewentualnej dializy, jest niske i wynosi ok. 0,07%. wystąpienie tego powikłania może wpływać na odległe ryzyko sercowo- naczyniowe pacjenta.
- ciężka reakcja alergiczna na środek kontrastowy prowadząca do niewydolności wielonarządowej
- w skrajnych przypadkach – konieczności amputacji kończyny

Inne powikłania związane z zabiegiem wewnątrznaczyiniowym:

- krwawienie lub zasinięcie w miejscu nakłucia,
- przejściowy ból lub dyskomfort w kończynie,
- reakcje alergiczne na środek kontrastowy (np. świąd, wysypka, nudności),
- nawrót zwężenia/ niedrożności naczynia krwionośnego w okresie po wypisaniu ze szpitala, tzw. restenoza, która może wystąpić w różnym czasie po zabiegu (przeważnie z różną częstością zależnie od poziomu naczyniowego, na którym zabieg został wykonany, stanu naczyń poniżej i powyżej miejsca leczonego i metody zabiegu, w tym wykorzystania technologii uwalniających lek, największe ryzyko restenozy istnieje w pierwszym roku po zabiegu;
- rozwój tętniaka (poszerzenia naczynia) z dala od miejsca nakłucia tętnicy; do tego powikłania dochodzi częściej, gdy podczas zabiegu wykorzystuje się akcesoria uwalniające lek antyproliferacyjny, powodujące nacięcia ściany naczynia (balony tnące) lub usuwanie chorych tkanek z naczynia (aterektomia)

Osobnicze (indywidualne) ryzyko śmierci oraz powikłań związanych z zabiegiem na podstawie skali Goldmanna (modyfikacja Lee)

wyliczono, które wynoszą u pana/Pani

Śmiertelność: Możliwość powikłań:

Jak wspomniano, zabieg wewnątrznaczyiniowy wykonuje się w **ZNIECZULENIU MIEJSCOWYM** (najczęściej lidokainą). Lidokaina działa poprzez blokowanie przewodzenia impulsów nerwowych, co uniemożliwia odczuwanie bólu w miejscu podania i jest powszechnie

stosowana w celu złagodzenia bólu podczas zabiegów. Możliwe powikłania związane z podskórnym podawaniem lidokainy to:

- reakcje alergiczne: u niektórych pacjentów może wystąpić uczulenie na lidokainę, objawiające się wysypką, swędzeniem, obrzękiem lub dusznością. W przypadku wystąpienia takich objawów należy niezwłocznie skontaktować się z lekarzem.
- działania niepożądane: lidokaina może powodować zawroty głowy, senność, drżenie mięśni, zaburzenia widzenia lub słuchu. Objawy te zwykle ustępują po krótkim czasie.
- powikłania miejscowe: w miejscu podania lidokainy może wystąpić zaczerwienienie, obrzęk lub ból. Zwykle są to łagodne objawy, które ustępują samoistnie.

Ważne jest, aby poinformować lekarza o wszelkich dolegliwościach, które występują po podaniu lidokainy lub reakcjach, które wystąpiły podczas ewentualnych wcześniejszych podań leku. Podobna uwaga dotyczy przebiegłych niepożądanych reakcji na środki kontrastowe.

6. SKUTKI ODLEGŁE ZABIEGU WEWNĄTRZACZYNIOWEGO

Jak wspomniano w pkt. 4, zabieg wewnątrznaczyniowy na kończynach dolnych ma na celu poprawić Pana/ Pani jakość życia, zwiększyć możliwości poruszania się, wygojenie ran, ustąpienie bólu, a także uniknięcie amputacji kończyny. Odległe efekty zabiegu zależą od tego, czy był on wykonany z powodu ostrego, czy przewlekłego niedokrwienia, a w tym ostatnim przypadku, czy z powodu chromania, czy też niedokrwienia z bólami spoczynkowymi i raną. Najczęstszą przyczyną przewlekłego niedokrwienia jest miażdżycy, ale zabieg jej nie leczy, tylko poszerza światło naczynia. Dlatego jego efekty długoterminowe zależą także od dokładnego przestrzegania zaleceń lekarskich, w tym wdrożenia regularnej aktywności fizycznej i prostych ćwiczeń oraz prawidłowej kontroli stanów prowadzących do rozwoju/ postępu miażdżycy, tzw. czynników ryzyka, tj. cukrzycy, stężenia cholesterolu, nadciśnienia tętniczego, palenia papierosów i nadwagi/otyłości. Najważniejszym odległym powikłaniem zabiegu wewnątrznaczyniowego jest nawrót zwężenia, tzw. restenoza, która może wystąpić w różnym czasie po zabiegu (przeważnie z różną częstością zależnie od poziomu naczyniowego, na którym zabieg został wykonany, stanu naczyń poniżej i powyżej miejsca leczonego (napływ, odpływ), metody zabiegu itd. Restenoza przewlekła dotyczy różnego odsetka chorych w zależności od miejsca leczonego, tzn. około 80% pacjentów, którzy mieli zabieg na tętnicach biodrowych po 5 latach, 20-30% po roku od wykonania zabiegu na naczyniach poniżej pachwiny, oraz 60-70% pacjentów w ciągu 6 miesięcy po wykonaniu zabiegu na tętnicach poniżej kolana. Innym powikłaniem zabiegu wewnątrznaczyniowego może być rozwój tętniaka (poszerzenia naczynia), do którego dochodzi częściej, gdy podczas zabiegu wykorzystuje się akcesoria uwalniające lek, powodujące nacięcia (balony tnące) lub usuwanie chorych tkanek z naczynia (aterektomia). Tętniak taki może być źródłem zatorów obwodowych lub może pęknąć i być powodem krwawienia/ tętniaka rzekomego. U pacjentów z chromaniem przestankowym ryzyko amputacji kończyny wynosi około 2%, a w ciągu 5 lat do nasilenia objawów (skrócenia dystansu chromania) dochodzi u 10-20% chorych, a przejście w stan zagrożenia amputacją kończyny (niedokrwienie krytyczne) występuje u 5-20% chorych. W grupie chorych z najbardziej zaawansowanymi objawami, czyli z niedokrwieniem zagrażającym amputacją (niedokrwienie krytyczne) ryzyko amputacji wynosi 25-30%, a śmiertelność 25% w ciągu roku i 90% w ciągu 5 lat. Dlatego konieczna jest ścisła kontrola lekarska. Śmiertelność 30-dniowa związana z zabiegiem amputacji kończyny dolnej wynosi 4-20%, zależnie, czy jest wykonywana w trybie planowym, czy pilnym.

7. ALTERNATYWNE METODY LECZENIA:

Rodzaj alternatywnych metod leczenia dobiera się w zależności od stanu pacjenta, możliwości znieczulenia, zaawansowania chorób współistniejących, w tym obecności zakażenia tkanek, zaawansowania niedokrwienia kończyny, poziomu potencjalnej rewaskularyzacji, itd. Najczęstszą alternatywą dla zabiegów wewnątrznaczyniowych jest klasyczny zabieg chirurgiczny lub leczenia zachowawcze (farmakologiczne).

LECZENIE CHIRURGICZNE – to klasyczny zabieg w znieczuleniu ogólnym lub przez cewnik wprowadzony do kanału kręgosłupa. Zabieg polega na nacięciu skóry, wypreparowaniu chorobowo zmienionych naczyń krwionośnych i ich chirurgicznym udrożnieniu (miejscowym usunięciem blaszki miażdżycowej, tzw. endarterektomia) lub wszczepieniem pomostu, czyli rurki z własnej żyły lub materiału sztucznego ("baj-pas"), omijającego zwężenie, a następnie zabezpieczeniem miejsca operowanego i zaszcyciem rany. Zabieg tego typu ma swoje ograniczenia. Przede wszystkim nie wszystkie naczynia krwionośne są położone tak, aby można było bezpieczną metodą wykonać operację „na otwarto”. Ponadto rana pooperacyjna stwarza większe ryzyko zakażenia, krwawienia z miejsca operowanego i zakrzepicy żył głębokich. Zabieg chirurgiczny wiąże się też z większym stresem okołooperacyjnym (nasilającym „spalanie” tkanek własnych chorego), czasem koniecznością otwarcia jamy brzusznej, ryzykiem uszkodzenia drobnych naczyń krążenia obocznego oraz nerwów (z czym wiążą się zaburzenia czucia, niedowłady kończyn). Czasem alternatywą do leczenia wewnątrznaczyniowego ratującego kończynę, szczególnie u pacjenta z ostrym i przewlekłym, krytycznym niedokrwieniem kończyny może być jej amputacja na różnym poziomie.

LECZENIE ZACHOWAWCZE, czyli brak ingerencji chirurgicznej czy wewnątrznaczyniowej i zalecenie leczenia farmakologicznego. Niestety ta metoda nie zawsze jest w stanie zahamować postęp choroby, szczególnie w przypadku niedokrwienia ostrego i niedokrwienia krytycznego, gdy brak dopływu krwi do tkanek kończyny może prowadzić do bardzo poważnych powikłań, jak jej utrata (amputacja), zatrucie organizmu produktami rozpadu niedokrwionych tkanek, reakcja prowadząca do niewydolności wszystkich narządów w organizmie, a nawet zgonu chorego. W przypadku przewlekłego niedokrwienia pod postacią chromania przestankowego konieczna będzie intensywna rehabilitacja wspomagana farmakoterapią, która, nawet gdy poprawi dystans marszu o 200%, spowoduje, że pacjent będzie mógł przejść np. z 20m do 60m. Istnieje ryzyko progresji fazy chromania przestankowego u około 20-30% pacjentów w ciągu 5 lat. Jak wspomniano, w przypadku niedokrwienia krytycznego z bólem spoczynkowym(nocnym) lub martwicą leczenie zachowawcze ma małe szanse powodzenia, w ciągu roku około 40% chorych utraci kończynę na różnym poziomie, a około 30% chorych będzie żyła z bólem różnego nasilenia. Około 25% pacjentów z krytycznym niedokrwieniem kończyny umiera w ciągu roku.

8. SKUTKI ODMOWY I NIEPODJĘCIA PROPONOWANEGO LECZENIA/ DIAGNOSTYKI:

Oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a, że brak podjęcia leczenia zabiegowego i wybór leczenia zachowawczego

farmakologicznego może, w zależności od stopnia nasilenia choroby przed zabiegiem, doprowadzić do skutków opisanych powyżej, a więc zgonu, poważnego uszczerbku na funkcjonowaniu wielu narządów w organizmie, utraty kończyny (amputacji), silnych, przewlekłych dolegliwości bólowych zaburzających sen i codzienne funkcjonowanie, powstawania martwicy tkanek i niegojących się owrzodzeń i sepsy.

9. PYTANIA PACJENTA:○ - brak

10. OŚWIADCZENIE PACJENTA:

1. Oświadczam, że zapoznałem/-am się z treścią niniejszego formularza i w pełni zrozumiałem/ -am informacje w nim zawarte oraz te przekazane mi zostały podczas rozmowy z podpisanym poniżej lekarzem, który poinformował mnie o rozpoznaniu, związanym z nim rokowaniu, rodzaju proponowanego zabiegu lub procedury medycznej (np. wklucie centralne), o sposobie jego przeprowadzenia i możliwości rozszerzenia jego zakresu; o jego potencjalnych, możliwych do przewidzenia wynikach, następstwach, powikłaniach i potencjalnych zdarzeniach niepożądanych, które mogą wystąpić podczas i po zabiegu; przeciwwskazaniach do wykonania zabiegu/ procedury medycznej; oczekiwanych korzyściach i dających się przewidzieć skutków odległych zabiegu; alternatywnych metodach leczniczych i diagnostycznych oraz dających się przewidzieć następstw zastosowania tych metod lub ich zaniechania, skutków odmowy i niepodjęcia proponowanego leczenia.
2. Oświadczam, że podczas rozmowy z lekarzem miałem/ -am możliwość zadawania pytań dotyczących proponowanego leczenia i otrzymałem/ -am na nie przystępne, zrozumiałe i wyczerpujące odpowiedzi.
3. Oświadczam, że podczas wywiadu lekarskiego i badania przekazałem wszystkie i prawdziwe informacje o aktualnych i przebytych, leczonych i nieleczonych dolegliwościach, schorzeniach, a także nałogach (palenie tytoniu, e-papierosy, alkohol, substancje odurzające, narkotyki), przyjmowanych lekach i suplementach diety, wiadomych mi uczuleniach i alergiach oraz zabiegach i operacjach, którym zostałem poddany w przeszłości, warunkach socjalnych i możliwościach opieki oraz schorzeniach członków mojej najbliższej rodziny.

Zgoda na zabieg

Mając świadomość przedstawionych wyżej wieloczynnikowych aspektów ryzyka związanego z przeprowadzeniem u mnie zabiegu/ procedury medycznej, w pełni świadomie i dobrowolnie zgadzam się na przeprowadzenie u mnie wskazanego zabiegu/ procedury medycznej oraz jej ewentualne zmiany lub rozszerzenia, które okażą się niezbędne w trakcie wykonywania u mnie zabiegu/ procedury medycznej dla ratowania mojego życia lub zdrowia. Wyrażam zgodę na wykonanie wszelkich niezbędnych badań i czynności zmierzających do lub związanych z przeprowadzeniem zabiegu, w tym na znieczulenie miejscowe.

11. UWAGI LEKARZA:

12. PODPIS PACJENTA I LEKARZA:

Data oraz podpis pacjenta lub przedstawiciela ustawowego	
Data, podpis oraz pieczętka lekarza	

13. SPRZECIW PACJENTA:

Nie zgadzam się na proponowany mi zabieg operacyjny. Zostałem/Zostałam poinformowana o możliwych negatywnych konsekwencjach takiej decyzji dla mojego zdrowia i życia.

Data oraz podpis pacjenta lub przedstawiciela ustawowego	
Data, podpis oraz pieczętka lekarza	