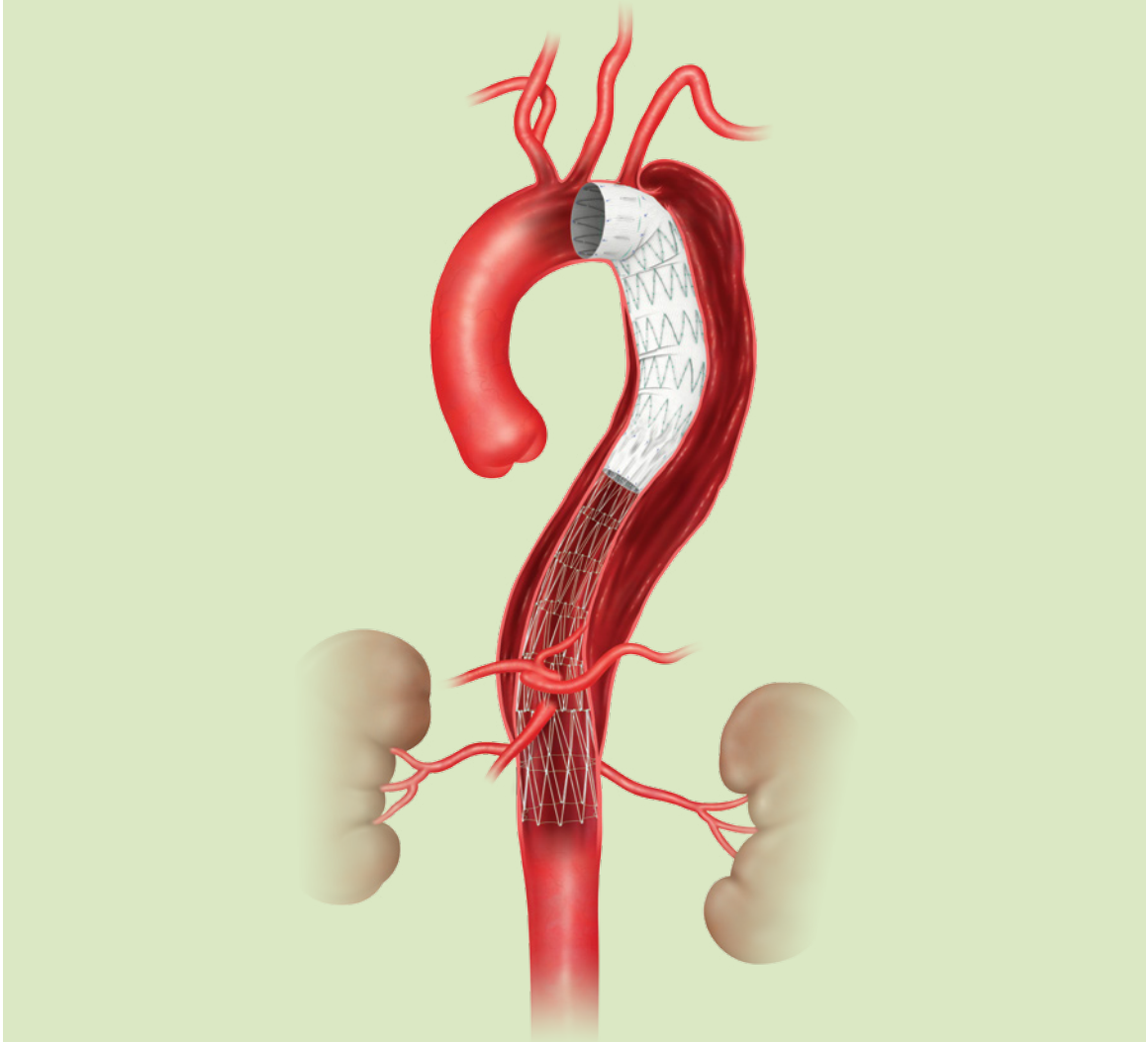


Leczenie rozwarstwienia aorty piersiowej



Omówienie przewodnika pacjenta

Niniejszy przewodnik pacjenta udostępniła Państwu firma Cook Medical. Zawiera on rozszerzone informacje na temat **rozwarstwień aorty piersiowej**. Mamy nadzieję, że te informacje okażą się pomocne dla Państwa oraz dla członków Waszych rodzin.

Dla wygody użytkownika na stronach 14-16 zamieszczono słowniczek terminów medycznych. Słowa wydrukowane w tekście **wytluszczoną czcionką** zostały zdefiniowane w słowniczku.

Niniejszy przewodnik pacjenta należy traktować wyłącznie jako zbiór wytycznych. Dostarcza on podstawowych informacji na temat rozwarstwień aorty i ich leczenia za pomocą **stent-graftu wewnątrznacyniowego Zenith TX2 TAA (elementu proksymalnego) w połączeniu ze stentem wewnątrznacyniowym Zenith Dissection**. Nie ma on na celu zdiagnozowania schorzenia. Leczenie rozwarstwień aorty piersiowej może być różne, w zależności od indywidualnych potrzeb pacjenta i oceny lekarza. Tak jak w przypadku każdej innej operacji lub zabiegu medycznego, najlepszym źródłem informacji i porad jest lekarz prowadzący.

SPIS TREŚCI

4-5

WSTĘP

Czym jest rozwarstwienie aorty piersiowej?

Czy jest to poważne schorzenie?

Jakie są niektóre objawy rozwarstwienia aorty piersiowej?

Co powoduje rozwarstwienie aorty piersiowej?

6-7

LECZENIE ROZWARSTWIENIA AORTY

Na czym polega leczenie rozwarstwienia aorty piersiowej?

Czym jest otwarta operacja naprawcza?

Czym jest wewnątrznacyniowy zabieg naprawczy?

8-9

OMÓWIENIE STENT-GRAFTU WEWNĄTRZNACZYNIOWEGO ZENITH TX2 TAA (ELEMENTU PROKSYMALNEGO) I STENTU WEWNĄTRZNACZYNIOWEGO ZENITH DISSECTION

Czym są stent-graft wewnątrznacyniowy TX2 TAA (element proksymalny) i stent wewnątrznacyniowy Zenith Dissection?

Na czym polega zabieg wszczepienia stent-graftu i stentu?

10-13

PO ZABIEGU WEWNĄTRZNACZYNIOWYM

Dlaczego ważne są kontrole?

Jakich kontroli pozabiegowych należy się spodziewać?

A jeśli trzeba będzie wykonać obrazowanie rezonansem magnetycznym (MRI)?

Jak postępować z kartą identyfikacyjną pacjenta?

14-16

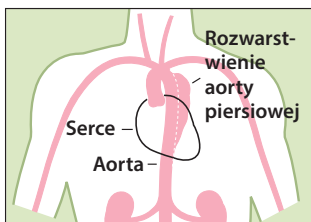
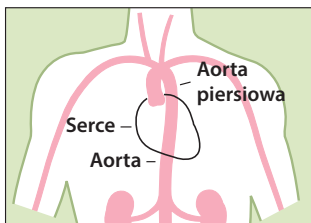
SŁOWNICZEK

17-18

GDZIE MOGĘ ZNALEŹĆ WIĘCEJ INFORMACJI?

19

UWAGI



Wstęp

Czym jest rozwarstwienie aorty piersiowej?

Aorta jest głównym naczyniem krwionośnym, doprowadzającym krew z serca do pozostałych części ciała. Sięga ona od klatki piersiowej do dolnej części jamy brzusznej, gdzie rozgałęzia się na dwie **tętnice biodrowe**. Tętnice biodrowe doprowadzają krew do dolnych partii ciała i do nóg.

Czasami, wskutek starzenia się organizmu i innych zmian, fragment aorty może ulec osłabieniu i rozdarciu, co powoduje rozdzielanie się warstw aorty. Rozdarcie może się z czasem powiększać, w miarę rozdzielania się ścian aorty. To rozdarcie i rozdzielanie się ściany aorty nazywa się **rozwarstwieniem**. Miejsce początkowego rozdarcia nazywa się **rozdarciem pierwotnym**. Czasami rozwarstwienie występuje w części aorty, która przebiega przez klatkę piersiową. Nosi to nazwę rozwarstwienia aorty piersiowej.

Rozwarstwienie aorty piersiowej należy odróżnić od **tętniaka aorty piersiowej**, który polega na zlokalizowanym wybrzuszeniu aorty, oraz przecięcia, które jest najczęściej spowodowane mocnym uderzeniem w klatkę piersiową (np. w wypadku samochodowym).

Czy jest to poważne schorzenie?

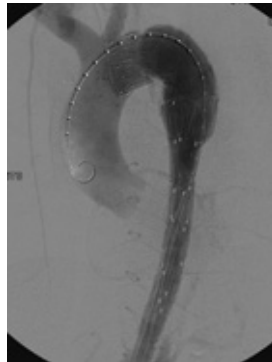
Ostre (świeże) rozwarstwienie aorty jest schorzeniem mogącym zagrażać życiu. Wymaga ono szybkiej i trafnej diagnozy natychmiast po wystąpieniu pierwszych objawów, celem zapewnienia właściwego leczenia operacyjnego, wewnątrznaczyniowego lub farmakologicznego.

Najczęściej występuje ono u mężczyzn powyżej 60 roku życia, chorujących na nadciśnienie. Pozostawione bez leczenia, często kończy się śmiercią pacjenta.

Jakie są niektóre objawy rozwarstwienia aorty piersiowej?

Najczęstszym objawem rozwarstwienia aorty piersiowej jest ból w klatce piersiowej. Chorzy skarżą się na bardzo ostry lub szarpący ból, odczuwany w przedniej lub tylnej części klatki piersiowej, najczęściej między łopatkami. Ból występuje nagle i jest na ogół opisywany przez pacjentów jako „największy ból w życiu”.

Rozwarstwienie aorty piersiowej można najszybciej potwierdzić za pomocą **tomografii komputerowej** klatki piersiowej. Inne sposoby potwierdzenia obecności rozwarstwienia aorty piersiowej obejmują **echokardiografię przezprzełykową**, polegającą na wprowadzeniu drenu przez gardło, oraz **badanie metodą rezonansu magnetycznego (MRI)**.



Osoba z rozpoznanym rozwarstwieniem aorty piersiowej, u której pojawi się ból w klatce piersiowej lub plecach, powinna natychmiast skontaktować się z lekarzem prowadzącym.

Co powoduje rozwarstwienie aorty piersiowej?

Rozwarstwienie aorty piersiowej jest zdarzeniem nagłym. Rozpoczyna się ono rozdarcie błony wewnętrznej naczynia, czyli wyściółki aorty, po czym krew napływa do środkowej warstwy aorty. Gdy krew wnuknie pomiędzy warstwy aorty, może dojść do wybrzuszenia aorty, przy czym zachodzi ryzyko **rozerwania**, powodującego poważne krwawienie wewnętrzne. Uważa się, że przyczyną rozdarcia jest ciśnienie wywierane przez krew na aortę objętą zmianami miażdżycowymi, w połączeniu z nieustannym pulsowaniem serca, które wykonuje 37-40 milionów uderzeń rocznie.

Rozdarcie ściany może się rozszerzyć wzdłuż aorty i odciąć dopływ krwi do odgałęzień, które zaopatrują w krew narządy wewnętrzne. Czasami aorta rozszczepia się na dwa kanały, przy czym żaden z tych dwóch kanałów nie doprowadza krwi do narządów.

Czynniki ryzyka zachorowania na rozwarstwienie obejmują występowanie schorzenia w rodzinie, palenie tytoniu, choroby serca, uraz, nadciśnienie i schorzenia tkanki łącznej. Osobom zagrożonym rozwarstwieniem lekarz może zalecić badania okresowe. Badania te mogą obejmować badanie lekarskie oraz, ewentualnie, tomografię komputerową, echokardiografię przezprzełykową lub rezonans magnetyczny (MRI).

Leczenie rozwarstwienia aorty

Na czym polega leczenie rozwarstwienia aorty piersiowej?

Rozwarstwienie aorty piersiowej wymaga niezwłocznego leczenia po zdiagnozowaniu. Dwa główne rodzaje powikłań to pęknięcie aorty i zablokowanie tętniczych rozgałęzień aorty o krytycznym znaczeniu, przy czym w obu przypadkach niezbędna jest szybka interwencja. Brak odpowiednich działań grozi rozerwaniem, czyli pęknięciem aorty. Jeśli lekarz uważa, że istnieje ryzyko rozerwania rozwarstwienia lub jeśli dopływ krwi do narządów wewnętrznych jest zablokowany, lekarz może zalecić leczenie. Rozwarstwienie aorty można leczyć na trzy sposoby:

Leczenie farmakologiczne

Otwarta operacja naprawcza

Wewnątrznaczyniowy zabieg naprawczy

Przy rozwarstwieniu aorty celem wszystkich procedur naprawczych jest zapobieżenie pęknięciu aorty lub zablokowaniu dopływu krwi do innych obszarów ciała.

Ważna uwaga: Nie każdy pacjent jest odpowiednim kandydatem do leczenia farmakologicznego, zabiegu wewnątrznaczyniowego lub operacji naprawczej. Leczenie farmakologiczne, otwarta operacja naprawcza i wewnątrznaczyniowy zabieg naprawczy mają swoje plusy i minusy, w zależności od stanu i potrzeb danego pacjenta. Należy omówić te plusy i minusy ze swoim lekarzem prowadzącym.

Czym jest otwarta operacja naprawcza?

Ta metoda obejmuje operację chirurgiczną w celu naprawy odcinka aorty zawierającego rozwarstwienie. Aby dotrzeć do rozwarstwienia, lekarz przetnie mostek lub bok klatki piersiowej. Lekarz naprawia aortę poprzez zastąpienie rozwarstwowionego odcinka rurką z tkaniny, zwaną protezą naczyniową.

Proteza naczyniowa zostaje wszyta na miejsce i pełni rolę zastępczego naczynia krwionośnego. Przepływ krwi przez aortę zostaje wstrzymany na czas zakładania protezy naczyniowej. Operacja trwa od dwóch do czterech godzin.

Otwarta operacja naprawcza jest sprawdzonym zabiegiem chirurgicznym. Jednak wymaga ona także długiego okresu rekonwalescencji. Pacjenci zwykle przebywają na oddziale intensywnej terapii przez jedną noc lub kilka dni, po czym spędzają jeszcze od siedmiu do 10 dni w szpitalu. Wielu pacjentów nie jest w stanie normalnie przyjmować pokarmu przez pięć do siedmiu dni po operacji. Cały okres rekonwalescencji może trwać do trzech miesięcy.

Podobnie jak w przypadku każdego zabiegu medycznego, otwarta operacja naprawcza stwarza ryzyko powikłań. Pacjent powinien omówić je z lekarzem prowadzącym.

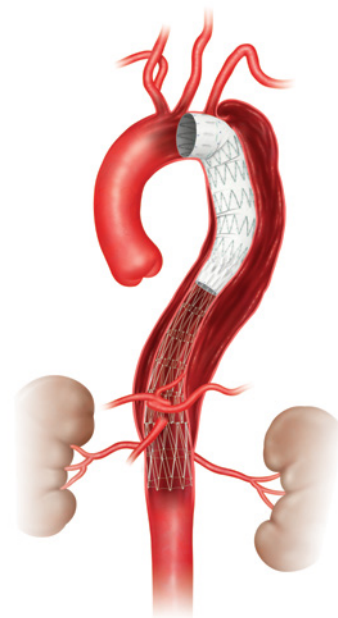
Czym jest wewnątrznacyniowy zabieg naprawczy?

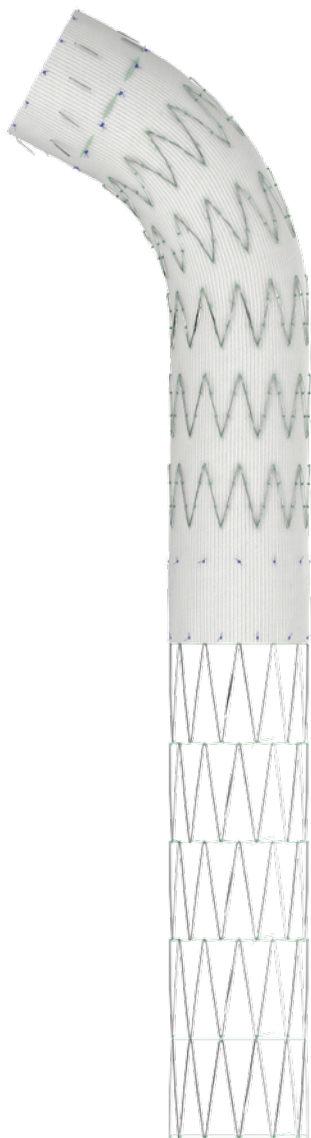
Wewnątrznacyniowy zabieg naprawczy jest stosunkowo nowym sposobem leczenia. **Wewnątrznacyniowy** oznacza „wewnątrz naczynia krwionośnego”. Zamiast wykonania dużego nacięcia klatki piersiowej, lekarz wykonuje małe nacięcie w pobliżu biodra (obok zachyłka między brzuchem a udem), aby dotrzeć do **tętnic udowych** (naczyń krwionośnych).

Przez te małe nacięcia wprowadza się do tętnicy udowej **stent-graft wewnątrznacyniowy** (rurkę z tkaniny) i umieszcza go wewnątrz aorty. Stent-graft zamyka obszar, w którym nastąpiło początkowe rozdarcie aorty i tworzy nową drogę dla przepływu krwi. Poniżej stent-graftu wewnątrznacyniowego można umieścić nieosłonięty **stent** metalowy (samorozprężającą rurkę ze stali). Stent służy do delikatnego wzmocnienia i utrzymania spójności warstw aorty. Stent-graft i stent pozostają na stałe wewnątrz aorty. Jeśli po założeniu stent-graftu wewnątrznacyniowego nadal utrzymują się blokady naczyń krwionośnych o krytycznym znaczeniu, mogą być niezbędne dodatkowe stenty. Wykonanie wewnątrznacyniowego zabiegu naprawczego wymaga zwykle od jednej do trzech godzin.

Ze względu na to, że nacięcia stosowane przy wewnątrznacyniowym zabiegu naprawczym są o wiele mniejsze niż nacięcie stosowane przy otwartej operacji naprawczej, pacjenci mogą odczuwać mniejszy dyskomfort i szybciej dochodzić do zdrowia. Możliwe jest opuszczenie szpitala już po kilku dniach. Zwykle pacjenci mogą powrócić do normalnego trybu życia w cztery do sześciu tygodni po zabiegu.

Podobnie jak w przypadku każdego zabiegu medycznego, wewnątrznacyniowy zabieg naprawczy stwarza ryzyko powikłań. Należy je omówić ze swoim lekarzem prowadzącym. Wewnątrznacyniowy zabieg naprawczy wymaga także późniejszych systematycznych wizyt kontrolnych u lekarza prowadzącego. Będą wykonywane badania, aby ocenić efekt zabiegu i sprawdzać, czy pozytywne skutki leczenia trwają nadal. Istnieje także możliwość, że po początkowym wewnątrznacyniowym zabiegu naprawczym będzie konieczne dodatkowe leczenie lub operacja. Więcej informacji można znaleźć w rozdziale „Jakich kontroli pozabiegowych należy się spodziewać?” na stronie 11.





Omówienie stent-graftu wewnątrznacyniowego Zenith TX2 TAA (elementu proksymalnego) i stentu wewnątrznacyniowego Zenith Dissection

Czym są stent-graft wewnątrznacyniowy Zenith TX2 TAA (element proksymalny) i stent wewnątrznacyniowy Zenith Dissection?

Stent-graft wewnątrznacyniowy Zenith TX2 TAA (element proksymalny) jest wzmocnioną rurką z tkaniny. Jego rozmiar odpowiada długości odcinka aorty który należy pokryć w celu zamknięcia rozdarcia pierwotnego. Stent-graft zostaje umieszczony w aorcie w obrębie rozdarcia, aby odciąć dopływ krwi do warstw aorty.

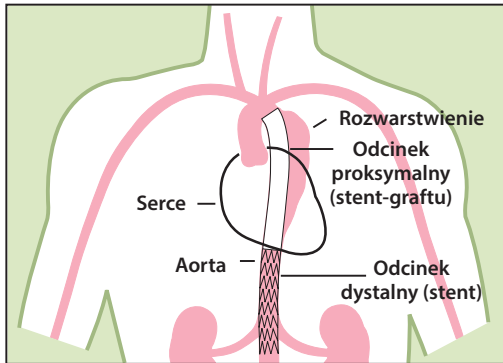
Stent-graft jest wykonany z materiału poliestrowego, takiego samego jak stosowany w otwartej operacji naprawczej. Materiał stent-graftu zostaje przszyty standardowym szwem chirurgicznym do korpusu w postaci samorozprężających stentów ze stali nierdzewnej, które wspierają konstrukcję. Stent wewnątrznacyniowy Zenith Dissection jest niesłoniętą rurką metalową, która jest ściśnięta w chwili wprowadzania do ciała pacjenta. Jego celem jest delikatne utrzymywanie spójności warstw aorty. Po wprowadzeniu na miejsce zostaje on rozprężony i przylega do ściany naczynia, wzmacniając ją.

Wszystkie te materiały są już od dawna stosowane w implantach medycznych.

Na czym polega zabieg wszczępienia stent-graftu i stentu?

Przed zabiegiem lekarz ogląda zdjęcia aorty wykonane z użyciem tomografii komputerowej oraz **angiogramy**. Na podstawie tych obrazów lekarz może dobrać odpowiedni rozmiar stent-graftu wewnątrznacyniowego Zenith TX2 TAA (elementu proksymalnego) i stentu wewnątrznacyniowego Zenith Dissection, aby odpowiadały rozmiarowi aorty w miejscu, gdzie znajduje się rozwarstwienie. Podczas tego badania lekarz wykorzystuje aparaturę rentgenowską, aby móc zobaczyć stent-graft i stent w celu ich umieszczenia.

Przed wszczępieniem stent-graftu i stentu każdy z tych dwóch elementów jest zamknięty, czyli ściśnięty, w osobnej plastikowej rurce (**koszulce**). Systemy wprowadzania umożliwiają wprowadzenie stent-graftu i stentu oraz ich precyzyjne umieszczenie we właściwym położeniu w aorcie. Po założeniu na miejsce stent-graftu i stentu plastikowe rurki zostają usunięte.



W celu umieszczenia stent-graftu i stentu lekarz wykonuje nacięcie w pobliżu biodra (obok zachyłka pomiędzy brzuchem a udem), aby dotrzeć od tętnic udowych (naczyń krwionośnych). Jeśli tętnice udowe są zbyt małe, lekarz może wykorzystać do wprowadzenia implantu tętnice znajdujące się w miednicy (tętnice biodrowe).

Najpierw umieszcza się stent-graft, a następnie, w razie potrzeby, stent. Lekarz wprowadza stent-graft poprzez nacięcie do krwioobiegu pacjenta. Stent-graft zostaje umieszczony w aorcie, w obrębie rozdarcia związanego z rozwarstwieniem, z nadładkiem wzdłuż aorty zapewniającym szczelne przyleganie. Po rozprężeniu stent-graft odcina dopływ krwi do rozwarstwienia. W miejsce systemu wprowadzania stent-graftu zostaje następnie wprowadzony system zawierający nieosłonięty stent. Introduktor służący do wprowadzania stentu zostaje umieszczony w aorcie poniżej stent-graftu. Stent zostaje umieszczony w obszarze, gdzie doszło do rozdzielenia się warstw aorty. Zadaniem stentu jest wzmocnienie tego odcinka aorty i zapewnienie spójności warstw.

Czasem może być potrzebna dodatkowa operacja w celu obejścia niektórych naczyń, jeśli doszło do zakrycia ich stent-graftem.

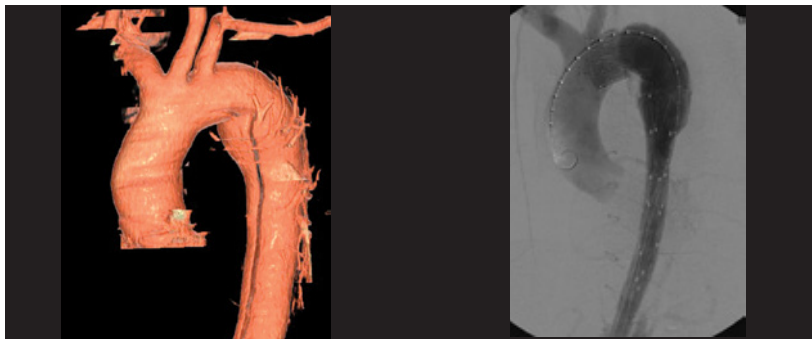
Przed zakończeniem zabiegu lekarz potwierdza na obrazie rentgenowskim, że krew w aorcie przepływa przez stent-graft i stent, a nie wpływa do rozwarstwienia. Następnie lekarz założy szwy i zamknie nacięcie wykonane na nodze.



Po zabiegu wewnątrznacyniowym

Dlaczego ważne są kontrole?

Jest bardzo ważne, aby po otrzymaniu stent-graftu wewnątrznacyniowego Zenith TX2 TAA (elementu proksymalnego) i stentu wewnątrznacyniowego Zenith Dissection pacjent przestrzegał harmonogramu pozabiegowych badań kontrolnych, gdyż długoterminowe skutki wewnątrznacyniowego zabiegu naprawczego nie są znane. Mogą wystąpić problemy nie powodujące dostrzegalnych objawów. Dlatego lekarz musi mieć regularny wgląd do wyników badań obrazowych (rentgen, tomografia komputerowa) rozwarstwienia, stent-graftu i stentu. W przypadku wystąpienia problemu lekarz może zalecić dodatkowe zabiegi.



Niektóre możliwe problemy wymieniono poniżej:

Napływ

Napływ występuje, gdy krew z aorty nadal przecieka do rozwarstwienia aorty piersiowej. Większość przypadków napływu nie wymaga leczenia. Jednak niewielka liczba przypadków wymaga dalszego leczenia.

Przemieszczenie stent-graftu lub stentu

Ze względu na to, że przy zmianach rozwarstwieniowych zmienia się z czasem kształt naczyń krwionośnych, może dojść do zmiany położenia stent-graftu lub stentu. Przemieszczenie stent-graftu nie jest odczuwalne, lecz można je zobaczyć na obrazie tomografii komputerowej. Dlatego ważne jest przestrzeganie terminów okresowych badań kontrolnych u lekarza prowadzącego.

Powiększenie się lub pęknięcie rozwarstwienia

Powiększenie się rozwarstwienia może przebiegać bezobjawowo. Gdy objawy występują, są to najczęściej:

- ból w plecach, jamie brzusznej, nogach lub klatce piersiowej
- zapaść

Objawy pęknięcia aorty obejmują:

- zawrót głowy
- nasilenie bólu w klatce piersiowej lub jamie brzusznej
- omdlenie
- gwałtowne bicie serca
- nagłe osłabienie

W przypadku wystąpienia któregokolwiek z powyższych objawów, należy natychmiast zgłosić się do lekarza.

Jakich kontroli pozabiegowych należy się spodziewać?

Zalecany harmonogram pozabiegowych badań kontrolnych obejmuje badania po:

- 1 miesiącu
- 6 miesiącach
- 12 miesiącach
- następnie co rok

Badania kontrolne obejmują zwykle rutynowe analizy krwi, prześwietlenia, tomografię komputerową i badanie lekarskie. Istnieje pewne minimalne zagrożenie związane z tymi badaniami. Istnieje niewielkie ryzyko reakcji uczuleniowej na **kontrast (barwnik)** stosowany przy tomografii komputerowej. Jednak wynikające z tych badań korzyści zwykle przewyższają wszelkie możliwe zagrożenia. Wszelkie wątpliwości dotyczące badań kontrolnych należy omówić z lekarzem prowadzącym, który może zalecić specjalne środki ostrożności.

Badania te należy uwzględnić w swoim życiowym planie zachowania zdrowia i dobrego samopoczucia. Są one niezbędne do oceny efektów leczenia i obserwacji ewentualnych późniejszych zmian. Na podstawie wyników badań kontrolnych lekarz może zlecić dodatkowe konsultacje.

A jeśli trzeba będzie wykonać obrazowanie rezonansem magnetycznym (MRI)?

Osoby z założonym stent-graftem wewnątrznacyniowym Zenith TX2 TAA (elementem proksymalnym) i stentem wewnątrznacyniowym Zenith Dissection powinny koniecznie poinformować wszystkich swoich opiekunów medycznych, że mają wszczepiony stent-graft i stent. Należy pokazać im swoją kartę identyfikacyjną pacjenta. Ta karta zawiera informacje dotyczące procedur wykonywania rezonansu magnetycznego (MRI) u pacjentów z omawianym urządzeniem. W przypadku jakichkolwiek wątpliwości dotyczących badania MRI, należy omówić ze swoimi opiekunami medycznymi potencjalne ryzyko i korzyści związane z badaniem.

Stent-graft wewnątrznacyniowy Zenith TX2 TAA (element proksymalny) i stent wewnątrznacyniowy Zenith Dissection nie spełniły standardowych kryteriów próby laboratoryjnej „bezpieczne w środowisku MRI”. Brak jest wystarczających danych dowodzących bezpieczeństwa w trakcie badania MRI i może istnieć potencjalne ryzyko (np. przemieszczenie urządzenia, uszkodzenie naczyń), które może być związane z siłami działającymi na metalowe elementy stentu wewnątrznacyniowego Zenith Dissection. Dlatego też, przed zastosowaniem obrazowania MRI należy przeprowadzić staranną ocenę takiego potencjalnego ryzyka oraz potencjalnych korzyści dla pacjenta. Ponadto należy odpowiednio wybrać placówkę, w której ma być wykonane badanie MRI, na wypadek konieczności szybkiej interwencji. To oznakowanie MRI jest oparte przede wszystkim na doświadczeniu klinicznym w zakresie stent-graftu wewnątrznacyniowego Zenith AAA, który wykonany jest ze stentów z tego samego metalu.



Jak postępować z kartą identyfikacyjną pacjenta?

Otrzyma Pan/i kartę identyfikacyjną pacjenta dla stentu wewnątrznaczyniowego Zenith Dissection. Karta ta zawiera cenne informacje na temat:

- rodzaju wszczepionego implantu
- daty implantacji
- Pana/i lekarzy
- informacje dotyczące MRI

Należy koniecznie poinformować wszystkich swoich opiekunów medycznych, że ma Pan/i wszczepiony stent-graft i stent, oraz pokazać im swoją kartę identyfikacyjną pacjenta. Kartę należy mieć zawsze przy sobie.

Ten pacjent otrzymał



Zenith[®] Dissection

ENDOVASCULAR STENT

Cook Incorporated P.O. Box 489 Bloomington, IN 47402 U.S.A. 800.457.4500	William Cook Europe ApS Sandet 6, DK-4632 Bjaeverskov, Denmark +45 56 86 86 86	William Cook Australia Pty. Ltd. 95 Brandl Street Brisbane Technology Park, Eight Mile Plains Brisbane, QLD 4113 Australia +61 7 38 41 11 88
---	--	---

Informacje dotyczące rezonansu magnetycznego (MRI) na odwrocie.

Nazwisko i imię pacjenta Data implantacji

Nazwa placówki wykonującej implantację

Lekarz wykonujący implantację

Telefon lekarza, który wykonał implantację

Lekarz prowadzący kontrolę pozabiegową

Telefon lekarza prowadzącego kontrolę pozabiegową

Numer katalogowy produktu

Numer katalogowy produktu

Przed wykonaniem badania MRI należy koniecznie pokazać tę kartę swojemu lekarzowi, który powinien ocenić potencjalne ryzyko i rozważyć informacje dotyczące MRI w opisie wyrobu na stronie www.cookmedical.com. Ze względu na potencjalne zagrożenie, placówka wykonująca MRI powinna zapewniać możliwość szybkiej interwencji w razie potrzeby.

AL-0910-390-PL

Słowniczek

Angiogram/angiografia – metoda badań rentgenowskich z zastosowaniem kontrastu (barwnika) wstrzykiwanego do krwiobiegu, aby uwidocznić przepływ krwi w naczyniach krwionośnych. Tego rodzaju obraz nosi nazwę angiogramu.

Aorta – główna tętnica, doprowadzająca krew z serca do pozostałych części ciała.

Badanie metodą rezonansu magnetycznego (MRI) – sposób uzyskania szczegółowych obrazów wnętrza ciała. Aparat MRI tworzy obrazy wykorzystując pola magnetyczne i fale radiowe.

Echokardiografia przezprzełykowa – badanie ultrasonograficzne (USG), przy którym wprowadza się dren przez gardło, aby uzyskać wgląd do serca i aorty.

Kontrast (barwnik) – płynny barwnik wstrzykiwany do krwiobiegu, aby uwidocznić naczynia krwionośne w badaniu rentgenowskim lub tomografii komputerowej.

Koszulka – długa plastikowa rurka zawierająca stent-graft wewnątrznaczyniowy. Koszulkę wprowadza się poprzez naczynie krwionośne do miejsca, gdzie znajduje się tętniak, po czym stent-graft zostaje umieszczony na swoim miejscu.

Leczenie farmakologiczne – leczenie polegające na stosowaniu leków, bez wykonywania wewnątrznaczyniowego zabiegu naprawczego ani otwartej operacji naprawczej.

Napływ – napływ krwi do światła rzekomego rozwarstwienia aorty po założeniu stent-graftu wewnątrznaczyniowego.

Otwarta operacja naprawcza rozwarstwienia aorty piersiowej – rodzaj operacji, wykonywanej w celu korekty rozwarstwienia aorty piersiowej. Celem dotarcia do rozwarstwienia lekarz przecina mostek pacjenta lub wykonuje nacięcie z boku klatki piersiowej. Lekarz naprawia aortę poprzez zastąpienie rozwarstwowionego odcinka rurką z tkaniny, zwaną protezą naczyniową. Proteza naczyniowa zostaje wszyta na miejsce i pełni rolę zastępczego naczynia krwionośnego.

Rozdarcie pierwotne – rodzaj szczeliny w wyściółce aorty, która umożliwia wniknięcie krwi pomiędzy warstwy aorty.

Rozerwanie/pęknięcie – rozdarcie ściany naczynia krwionośnego, powodujące poważne krwawienie wewnętrzne.

Rozwarstwienie – rozszczepienie warstw aorty lub innej tętnicy. Rozwarstwienia często prowadzą do powstania tętniaka.

Rozwarstwienie aorty piersiowej – rozwarstwienie w odcinku aorty przebiegającym przez klatkę piersiową.

Stent wewnątrznaczyniowy – stent umieszczany wewnątrz naczynia objętego zmianami, bez potrzeby przeprowadzania otwartej operacji. W przypadku rozwarstwienia stent zapewnia otwarcie światła naczynia i wzmacnia ścianę aorty, przeciwdziałając rozchodzeniu się jej warstw.

Stent-graft wewnątrznaczyniowy – stent-graft umieszczany wewnątrz naczynia objętego zmianami chorobowymi bez przeprowadzania otwartej operacji chirurgicznej. Stent-graft tworzy nowy kanał przepływu krwi, omijając naczynie objęte zmianami chorobowymi.

Stent-graft wewnątrznaczyniowy Zenith TX2 TAA (element proksymalny) i stent wewnątrznaczyniowy Zenith Dissection – dwa urządzenia na bazie stentu, umieszczane w obrębie rozwarstwienia celem jego odizolowania i wzmocnienia. Stent-graft jest wykonany z materiału poliestrowego, takiego samego jak stosowany w otwartej operacji naprawczej. Materiał stent-graftu zostaje przszyty za pomocą standardowej nici chirurgicznej do szkieletu w postaci stentów ze stali nierdzewnej. Element w postaci nieosłoniętego stentu to szkielet wykonany z drutu ze stali nierdzewnej. Stent-graft i stent są wprowadzane osobno, poprzez długie rurki zwane koszulkami.

Stenty – samorozprężające rurki metalowe, umieszczane wewnątrz ciała w celu otwarcia światła naczynia i wzmocnienia go.

Światło rzekome – kanał wewnątrz ściany aorty, zwany także rozdwojeniem aorty.

Tętniak – wybrzuszenie lub rozdęcie (powiększenie i utrata grubości) osłabionego obszaru naczynia krwionośnego.

Tętniak aorty piersiowej – miejscowe wybrzuszenie aorty.

Tętnice biodrowe – dwa duże naczynia krwionośne łączące dolny koniec aorty z tętnicami udowymi w każdej z nóg. Jeśli tętnice udowe są zbyt małe, lekarze zwykle wprowadzają stent-graft wewnątrznaczyńniowy do aorty wykorzystując w tym celu tętnice biodrowe.

Tętnice udowe – dwa naczynia krwionośne (po jednym w każdej nodze) doprowadzające krew do okolicy udowej każdej z nóg. Lekarze mogą wykorzystać tętnice udowe w celu dotarcia do tętnic położonych w klatce piersiowej i jamie brzusznej.

Tomografia komputerowa – seria skomputeryzowanych zdjęć rentgenowskich, tworzących obraz narządów, naczyń krwionośnych i rozwarstwienia.

Wewnątrznaczyńniowy – znajdujący się wewnątrz naczynia krwionośnego.

Wewnątrznaczyńniowy zabieg naprawczy przy rozwarstwieniu aorty piersiowej – umieszczenie stent-graftu wewnątrznaczyńniowego w celu zamknięcia (ominięcia) odcinka aorty zawierającego rozdarcie (rozwarstwienie). Lekarz wykonuje małe nacięcia w pobliżu obu bioder (obok zachyłka pomiędzy brzuchem a udem) aby uzyskać dostęp do tętnic udowych (naczyni krwionośnych). Przez te małe nacięcia i przez tętnice udowe zostaje wprowadzony stent-graft (rurka z tkaniny). Stent-graft tworzy nową drogę przepływu krwi i zakrywa odcinek aorty zawierający rozdarcie. Ponieważ aorta zwykle wybrzusza się na zewnątrz poniżej rozdarcia, w obrębie wybrzuszenia zostaje następnie umieszczony stent, celem wzmocnienia ściany i spójności jej warstw.

Gdzie mogę znaleźć więcej informacji?

Rozwarstwienia

Informacje dla pacjentów w portalu VascularWeb www.vascularweb.org

VascularWeb to portal internetowy zawierający globalne źródła informacji i świadczeń dla osób na całym świecie zainteresowanych poprawą stanu zdrowia układu naczyniowego. Sponsorem i właścicielem portalu VascularWeb jest Society for Vascular Surgery (SVS, Towarzystwo ds. Chirurgii Naczyniowej), kierownictwo sprawuje Rada Nadzorcza, a bezpośredni zarząd Rada Redakcyjna.

Leczenie interwencyjne

Society of Interventional Radiology www.sirweb.org

The Society of Interventional Radiology (SIR, Towarzystwo Radiologii Interwencyjnej) to zawodowa grupa dla lekarzy, którzy specjalizują się w zabiegach interwencyjnych lub minimalnie inwazyjnych. SIR jest narodową organizacją naukową, nie dla zysku, głęboko zaangażowaną w swoją misję poprawy stanu zdrowia i jakości życia poprzez praktykowanie radiologii interwencyjnej i sercowo-naczyniowej.

U.S. National Library of Medicine www.medlineplus.gov

National Library of Medicine (NLM, Narodowa Biblioteka Medycyny) zlokalizowana na terenie National Institutes of Health w Bethesda, w stanie Maryland, USA, to największa na świecie biblioteka medyczna. Biblioteka gromadzi materiały ze wszystkich dziedzin biomedycyny i ochrony zdrowia, a także dzieła dotyczące biomedycznych aspektów technologii oraz nauk humanistycznych, fizycznych, biologicznych i społecznych.

Dane o produkcji

Cook Medical Incorporated

www.cookmedical.com

Firma Cook, przedsiębiorstwo prywatne z międzynarodową siedzibą w Bloomington, Indiana, USA, jest wiodącym konstruktorem, producentem i globalnym dystrybutorem technologii w zakresie minimalnie inwazyjnych przyrządów medycznych do zabiegów diagnostycznych i terapeutycznych. Od chwili założenia w 1963 r., firma Cook stworzyła innowacyjne technologie w zakresie stentów i stent-graftów, cewników, przewodników, igieł i koszulek wprowadzających, spiral embolizacyjnych, biomateriałów medycznych, filtrów go żyły głównej, sprzętu do usuwania implantów zawierających ołów oraz innych minimalnie inwazyjnych przyrządów medycznych.

U.S. Department of Health and Human Services

(Ministerstwo Zdrowia i Świadczeń dla Ludności USA)

Food and Drug Administration

(Agencja ds. Żywności i Leków)

www.fda.gov

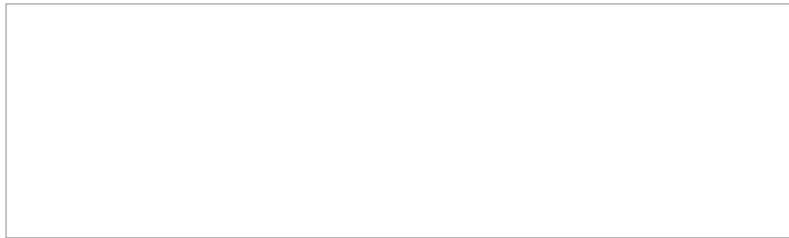
Jest to agencja rządu USA, której rolą jest wspieranie i ochrona zdrowia publicznego poprzez pomoc w niezwłocznym wprowadzaniu na rynek bezpiecznych i skutecznych produktów oraz monitorowanie produktów pod względem zachowania bezpieczeństwa po wprowadzeniu ich do użytku. FDA zatwierdza badania, takie jak badania kliniczne przeprowadzane nad stent-graftem stosowanym do tętniaków i rozwarstwień.

Uwagi

W przypadku jakichkolwiek pytań dotyczących rozwarstwienia aorty piersiowej lub leczenia zachęcamy do omówienia ich z lekarzem prowadzącym. Lekarz prowadzący powinien być zawsze głównym źródłem informacji dla pacjenta. Proszę omówić z lekarzem szczegóły tego zabiegu i jego wpływ na Pana/Pani zdrowie.

Poniżej, proszę odnotować nazwisko i numer telefonu swojego lekarza. Dobrze jest także zapisywać wszelkie pytania, robić notatki lub rejestrować swoje rozmowy z lekarzem.

Nazwisko i imię pacjenta:	
Data implantacji:	
Nazwa placówki wykonującej implantację (szpital):	
Lekarz wykonujący implantację:	
Telefon lekarza, który wykonał implantację:	



AORTIC INTERVENTION

CRITICAL CARE

ENDOSCOPY

INTERVENTIONAL RADIOLOGY

LEAD MANAGEMENT

PERIPHERAL INTERVENTION

SURGERY

UROLOGY

WOMEN'S HEALTH

Customer Service Centers

EMEA: EDI - www.cookmedical.com/edi.do

Distributors: +353 61239240, ssc.distributors@cookmedical.com

Austria: +43 179567121, oe.orders@cookmedical.com

Belgium: +32 27001633, be.orders@cookmedical.com

Denmark: +45 38487607, da.orders@cookmedical.com

France: +33 171230269, fr.orders@cookmedical.com

Germany: +49 6950072804, de.orders@cookmedical.com

Hungary: +36 17779199, hu.orders@cookmedical.com

Ireland: +353 61239252, ie.orders@cookmedical.com

Italy: +39 0269682853, it.orders@cookmedical.com

Netherlands: +31 202013367, nl.orders@cookmedical.com

Norway: +47 23162968, no.orders@cookmedical.com

Poland: +48 223060159, pl.orders@cookmedical.com

Spain: +34 912702691, es.orders@cookmedical.com

Sweden: +46 858769468, se.orders@cookmedical.com

Switzerland - French: +41 448009609, fr.orders@cookmedical.com

Switzerland - Italian: +41 448009609, it.orders@cookmedical.com

Switzerland - German: +41 448009609, de.orders@cookmedical.com

Americas: EDI - www.cookmedical.com/edi.do

Phone: +1 812.339.2235, 800.457.4500, Fax: 800.554.8335,

E-mail: orders@cookmedical.com

Australia: ABN: 51 141259118

Phone: +61 738411188, 1800777222, Fax: +61 738411288, 1800077283,

E-mail: wacustserv@cookaust.com.au

www.cookmedical.com

