

Podstawowe dane dotyczące leczenia operacyjnego

Miejsce leczenia		Udokumentowane spotkanie informacyjne z pacjentem	
Med-Polonia Sp. z o.o. ul. Obornicka 262 60-693 Poznań		Podstawowe dane dotyczące spotkania informacyjnego z pacjentem	
PESEL	Pacjent	Endoprotezoplastyka stawu kolanowego	
Data urodzenia		Wymiana stawu kolanowego	
ZUS/KRUS	Numer ubezpieczenia	<input type="checkbox"/> prawe kolano <input type="checkbox"/> lewe kolano <input type="checkbox"/> jednoprzediałowa (unikondylarna) endoproteza powierzchniowa <input type="checkbox"/> całkowita (bikondylarna) endoproteza powierzchniowa <input type="checkbox"/> endoproteza ze wzmocnieniem osi <input type="checkbox"/> bez protezy rzepki <input type="checkbox"/> z protezą rzepki <input type="checkbox"/> cementowa <input type="checkbox"/> bezcementowa <input type="checkbox"/> częściowo cementowana	
		Lekarz prowadzący	Data zabiegu
Dodatkowe informacje		Inne osoby uprawnione do podejmowania decyzji (osoby sprawujące opiekę, opiekunowie ustanowieni sądowno, osoby z pełnomocnictwem	

■ Szanowni Pacjenci, szanowni Rodzice,

przeprowadzone badanie wykazało poważną chorobę stawu kolanowego. Z tego względu staw należy wymienić na sztuczny. Przed operacją lekarz/lekarzka (nazywani dalej w skrócie „lekarzem”) omówi z Państwem konieczność przeprowadzenia leczenia oraz związane z nim możliwości. Muszą Państwo zapoznać się ze standardowo występującym ryzykiem i skutkami planowanego zabiegu, aby pojąć decyzję i wyrazić zgodę na zabieg. Niniejszy materiał informacyjny ma pomóc w przygotowaniu się do rozmowy i udokumentowaniu najważniejszych informacji.

■ Dlaczego konieczne jest zastosowanie sztucznego stawu?

Staw kolanowy jest stawem dużym i skomplikowanym. Toleruje ruchy polegające na prostowaniu, zginaniu oraz, w niewielkim stopniu, także obracaniu kończyny. Stabilność stawu zapewnia rzepka, torebka stawowa, więzadła (więzadła boczne, krzyżowe) oraz łąkotka przyśrodkowa i boczna (patrz rys.). Nastąpiło ograniczenie ruchomości stawu kolanowego, poruszanie sprawia Państwu duży ból. Przyczyny należy szukać w obrażeniach stawu, zapaleniach lub w wynikającym z wieku lub predyspozycji zużyciu chrząstki stawu, np. na skutek nieprawidłowego obciążania kolana (jak w przypadku nóg w kształcie „X” lub „O”).

Alternatywne metody leczenia?

Leki oraz inne metody leczenia, jak np. fizjoterapia, zastrzyki czy elektrostimulacja nie pozwolą na wyleczenie choroby ani na poprawę Państwa stanu. W razie uszkodzenia tylko części stawu kolanowego ewentualnie można będzie wykonać osteotomię. Na Państwa życzenie lekarz przekaze Państwu szczegółowe informacje na temat alternatywnych metod leczenia i wyjaśni, dlatego w Państwa przypadku zaleca wymianę chorego stawu kolanowego na staw sztuczny.

■ Jak przebiega operacja?

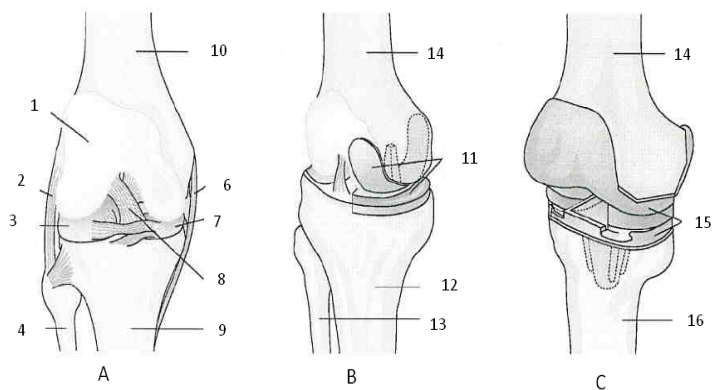
Planowany zabieg wykonywany jest w znieczuleniu ogólnym lub przy znieczuleniu podpajęczynówkowym. Otrzymają Państwo oddzielne informacje na temat szczegółów związanych ze znieczuleniem. Przed rozpoczęciem operacji zakłada się mankiety blokujące dopływ krwi do miejsca zabiegu. Najpierw należy operacyjnie otworzyć staw kolanowy oraz przygotować go do założenia protezy. Istnieją różne rodzaje protez:

- **Jednoprzediałowa endoproteza powierzchniowa:** Jeśli uszkodzona jest tylko wewnętrzna lub zewnętrzna część stawu kolanowego, lekarz usuwa zniszczone fragmenty chrząstki i zakłada na kość udową metalową płytę, a na kość piszczelową – wkładkę wykonaną z metalu lub tworzywa sztucznego (patrz rys.).

- **Całkowita proteza powierzchniowa:** Jeśli staw kolanowy jest bardzo zużyty, usuwana jest i wymieniana cała powierzchnia chrząstki, łąkotka boczna i przyśrodkowa oraz sąsiadujące, zniszczone fragmenty kości (patrz rys.). Staw nadal jest utrzymywany przez własne więzadła.
- **Proteza ze wzmocnieniem osi:** Jeśli zniszczone są również więzadła lub odchylenie od osi pomiędzy udem a podudziem jest zbyt duże, stabilność stawu kolanowego można przywrócić wyłącznie za pomocą protezy zabezpieczonej zawiasem.
- **Inne:**

Sztuczny staw zostaje zamocowany do kości przy użyciu „cementu kostnego” – tworzywa sztucznego, które szybko twardnieje. Staw można obciążać już po upływie krótkiego czasu. Z cementu kostnego można również korzystać tylko przy niektórych elementach protezy. Jeśli w ogóle nie korzystamy z „cementu kostnego”, po upływie kilku miesięcy kość zrasta się z protezą. Po dokładnym przeanalizowaniu zalet i wad poszczególnych metod oraz przy uwzględnieniu wieku i stanu Państwa stawu kolanowego lekarz wybierze najkorzystniejszy sposób leczenia. Podczas rozmowy informacyjnej otrzymają Państwo bardziej szczegółowe informacje dotyczące rozwiązania zalecanego przez lekarza.

1	Powierzchnia stawu
2	Więzadło poboczne boczne
3	Łąkotka boczna
4	Kość strzałkowa
5	Kość udowa
6	Więzadło poboczne przyśrodkowe
7	Łąkotka przyśrodkowa
8	Przednie więzadło krzyżowe
9	Kość piszczelowa
10	Kość udowa
11	Proteza jednoprzędziowa
12	Kość piszczelowa
13	Kość strzałkowa
14	Kość udowa
15	Proteza całkowita
16	Kość piszczelowa
A	Zdrowy staw kolanowy
B	Jednoprzędziowa proteza powierzchniowa
C	Całkowita proteza powierzchniowa



■ Rozszerzenie zakresu zaplanowanego zabiegu?

W pojedynczych przypadkach podczas operacji może się okazać, że konieczne jest zastosowanie innej endoprotezy i/lub innego rodzaju mocowania endoprotezy niż początkowo przewidywano. Może zająć konieczność zmiany lub poszerzenia zakresu zaplanowanego zabiegu. Przy nieprzewidzianych, uzasadnionych medycznie przypadkach poszerzenia zakresu zabiegu zakładamy, że wyrażają Państwo na nie zgodę, tak byśmy mogli zakończyć zabieg w ramach tego samego znieczulenia i uniknąć ponawiania zabiegu. Jeśli lekarz zakłada możliwość zmiany lub poszerzenia zakresu zabiegu, oddzielnie o tym Państwa poinformuje

■ Jaka jest szansa powodzenia zabiegu?

Ogólnie rzecz ujmując, pacjenci są zadowoleni z wyniku operacji. Zabieg pozwala zlikwidować lub przynajmniej zmniejszyć ból oraz poprawia ruchomość stawu kolanowego. Z reguły umożliwia bezbolesne chodzenie i dostosowaną do wieku aktywność fizyczną. Niestety sztuczny staw kolanowy nie zawsze charakteryzuje nieograniczona wytrzymałość, z upływem lat może dojść do poluzowania stawu. Średnia wytrzymałość stosowanych dziś endoprotez oceniana jest na ok. 10-15 lat. W większości przypadków poluzowany, sztuczny staw można jednak wymienić na nowy implant.

■ Czy może dojść do powikłań?

Mimo zachowania największej staranności podczas zabiegu oraz po jego zakończeniu może dojść do powikłań, który mogą wymagać natychmiastowego leczenia oraz w efekcie stanowić nawet **zagrożenie dla życia** i wymagać dalszego leczenia. Należy przy tym wymienić następujące powikłania:

- **reakcje alergiczne:** po wstrzyknięciu środków znieczulających lub innych leków mogą pojawić się zaczerwienienia skóry, opuchlizna, swędzenie, nudności oraz – w rzadkich przypadkach – poważne zaburzenia, jak np. duszności, skurcze, częstoskurcz, zaburzenia rytmu serca i wahania ciśnienia, a nawet **zapaść lub** szok, które to zaburzenia mogą wymagać intensywnego leczenia. W bardzo rzadkich przypadkach mogą pozostawiać **trwałe** uszkodzenia (np. ostra niewydolność nerek związana z krążeniem krwi, uszkodzenie mózgu);
- **uszkodzenia sąsiadujących tkanek** (jak np. mięśnie, ścięgna, więzadła, naczynia krwionośne); uszkodzenia więzadeł bocznych mogą wymagać zastosowania sztucznego stawu ze wzmocnieniem osi; uszkodzenia naczyń krwionośnych mogą doprowadzić **do większych krwotoków** wymagających operacyjnego zahamowania i/lub transfuzji. Przetoczenie krwi wiąże się z ryzykiem **niezgodności krwi obcego dawcy**. Na skutek transfuzji krwi lub składników krwi w wyjątkowo rzadkich przypadkach może dojść do przeniesienia **infekcji**, np. na skutek wirusów hepatitis (zapalenie wątroby) lub, w wyjątkowo rzadkich przypadkach, wirusa HIV (AIDS) i/lub innych patogenów (np. BSE, odmiana choroby Creutzfeldta-Jakoba) oraz obecnie jeszcze nieznanymi patogenów. To samo odnosi się do przeszczepu kości od obcego dawcy. Po transfuzji jest możliwość przeprowadzenia badania kontrolnego. Należy zapytać lekarza o termin oraz konieczność wykonania takiego badania;
Należy zapytać lekarza prowadzącego, czy możliwe i uzasadnione jest wykorzystanie własnej krwi lub rozcieńczenie krwi (hemodylucja)!
- **uszkodzenia nerwów**, które mimo leczenia operacyjnego (zszycie nerwu) mogą spowodować trwałe uszkodzenia, np. paraliż/częściowy paraliż kończyny dolnej (np. niewydolność prostowników stopy), bóle neuropatyczne lub zaburzenia wrażliwości. W otoczeniu blizny może dojść do odrętwienia i zaburzeń czuciowych;
- **złamanie kości**, w szczególności przy niedoborach wapnia (osteoporoza). Złamanie kości wymaga operacji oraz ewentualnej stabilizacji przy użyciu metalowych płytek i śrub. Może zająć konieczność zmiany planowanego rodzaju endoprotezy i metody mocowania endoprotezy;
- **złamania kości** w obszarze endoprotezy, złamanie rzepki; w razie zmian w substancji kostnej w obszarze endoprotezy może zająć konieczność przeprowadzenia kolejnych zabiegów w celu rekonstrukcji kości i/lub wymiany endoprotezy;
- **ropienie poiniekcyjne**, uszkodzenia skóry i części miękkich, podrażnienia nerwów i żył na skutek zastrzyków oraz odleżyny powstałe mimo prawidłowej pozycji podczas operacji mogą skutkować powstaniem **trwałych dolegliwości** (odrętwienie, a nawet paraliż, blizny, zaburzenia czuciowe); dotyczy to również **uszkodzeń skóry** wywołanych działaniem środków dezynfekcyjnych i/lub prądu elektrycznego;
- wymagające leczenia **wtórne krwotoki i krwiaki**;
- **infekcje** w operowanym obszarze; wówczas zwykle konieczne jest długotrwałe leczenie i kolejny zabieg. Może zająć konieczność usunięcia endoprotezy. W niektórych przypadkach resekcja kolejnego sztucznego stawu może nastąpić natychmiast lub po wyleczeniu. W bardzo rzadkich przypadkach ze względu na **przewlekłe zapalenie kości** (osteitis) konieczne jest przeprowadzenie **operacji usztywniającej** obejmującej skrócenie kończyny lub – w ekstremalnych przypadkach – **amputacja kończyny**;
- **tromboembolizm:** Jak przy każdej operacji w żyłach nóg i miednicy mogą tworzyć się skrzepy (zakrzepica żył głębokich), skrzepy mogą przedostawać się do płuc (zatory) lub do mózgu oraz powodować **niebezpieczne zaburzenia krążenia** (zatorowość płucną) lub **udar** skutkujący **trwałym paraliżem**. Przyjmowanie niektórych leków (np. preparatów hormonalnych) oraz palenie zwiększają ryzyko tego powikłania. Działania, których podjęcie jest konieczne w celu wpłynięcia na krzepnięcie krwi (profilaktyka przeciwzakrzepowa), mogą z kolei sprzyjać wystąpieniu krwotoków wtórnych.
- **zator tłuszczowy/spowodowany fragmentami szpiku kostnego:** tłuszcz i/lub fragmenty szpiku kostnego lub składniki cementu kostnego mogą przedostać się do krwioobiegu oraz zostać przetransportowane do płuc lub mózgu, powodując **niebezpieczne zaburzenia krążenia** (zatorowość płucną) lub **trwałe uszkodzenia organów**, a nawet zawał serca. Konieczne jest wówczas natychmiastowe, intensywne leczenie;
- w wyjątkowo rzadkich przypadkach na skutek założenia blokady przepływu krwi mogą wystąpić tymczasowe, a w wyjątkowych przypadkach także trwałe **niedokrwienia, uszkodzenia mięśni lub nerwów**, a nawet **częściowy paraliż** nogi;
- jeśli podczas operacji zastosowano dodatkowo metalowe płytki lub śruby, może dojść do złamania **wprowadzonych do stawu elementów metalowych**. Szczególnie w przypadku przedłużonego gojenia się kości, słabej substancji kostnej, ubytków tkanki kostnej (np. przy osteoporozie) lub zbyt wczesnym obciążeniu kończyny może ewentualnie dojść do **pęknięcia, poluzowania lub zmiany pozycji** (np. perforacja śrub) elementów obcych zastosowanych w celu stabilizacji (np. śrub, płytek, gwoździ) i **uszkodzenia pobliskich struktur** (np. części miękkich, stawów, naczyń, nerwów). W takiej sytuacji konieczne może się okazać przeprowadzenie kolejnego zabiegu;
- w pojedynczych przypadkach może dojść do nieprzewidzianej **nietolerancji** na ew. wprowadzony do stawu materiał obcy (np. cement kostny, metale) lub do nadwrażliwości na składniki endoprotezy; skutkuje to np. objawami skórnymi, bólem, zaburzeniami gojenia się rany, egzemą, przedwczesnym poluzowaniem zastosowanych elementów metalowych lub endoprotezy lub symptomami neurologicznymi. W ekstremalnych przypadkach może zająć konieczność wymiany implantu;

- jeśli podczas operacji dojdzie do **złamania instrumentu lub materiału**, odłamane ciało obce (np. końcówka wiertła lub śruba) mogą pozostać w kości. Nie powoduje to z reguły dolegliwości i nie wiąże się z większym ryzykiem konieczności usunięcia elementu drogą operacyjną;
- **różnica w długości** kończyn dolnych oraz **odchylenie od osi kończyny**; nie ma możliwości całkowitego wykluczenia tego zagrożenia;
- w przypadku skłonności lub po infekcji rany mogą powstać **widoczne, przeszkadzające blizny** (keloidy), które wymagają późniejszej korekty. Kurczenie się blizny prowadzi do ograniczenia ruchomości;
- przy zbyt wczesnym obciążeniu stawu kolanowego może dojść do **pęknięcia szwów**, co wymaga dalszego leczenia;
- **zwichnięcie stawu kolanowego**, przede wszystkim w pierwszych miesiącach po operacji, lub „wyskoczenie” rzepki. Może być konieczny kolejny zabieg korygujący;
- **zwapnienia w sąsiadujących mięśniach, skostnienie tkanki chrzęstnej lub wewnętrzne zrosty i zabliznienia** (artrofibroza), które mogą prowadzić do znacznych ograniczeń ruchomości oraz wymagać długotrwałej fizjoterapii lub nawet leczenia operacyjnego;
- krwotoki i opuchlizny części miękkich, skutkować mogą **niedokrwieniem i ograniczeniem funkcji**, w ekstremalnych przypadkach nawet **utrata kończyny** (zespół ciasnoty międzypowięziowej);
- w wyjątkowych przypadkach dochodzi do **bolesnej opuchlizny części miękkich**, która może w dłuższej perspektywie prowadzić do ubytków tkanki mięśniowej i kostnej oraz **ograniczeń ruchowych**, a nawet **sztynności** (zespół Sudecka, RSD);
- z czasem w nielicznych przypadkach dochodzi do **poluzowania** lub, w ekstremalnie rzadkich przypadkach, do **złamania endoprotezy**; zachodzi wówczas konieczność wymiany endoprotezy. W wyjątkowych przypadkach konieczne jest **usztynwienie stawu kolanowego**.

Podczas rozmowy Państwa lekarz poinformuje Państwa o ryzyku i komplikacjach, jakie mogą wystąpić w Państwa indywidualnym przypadku.

■ O czym należy pamiętać?

Należy dokładnie stosować się do wskazówek przekazanych przez lekarza. Leki można przyjmować tylko w porozumieniu z lekarzem. Jeśli przyjmują Państwo leki **hamujące krzepnięcie krwi**, np. Marcumar®, Aspirynę®, Plavix®, to przed zabiegiem należy omówić z lekarzem konieczność obniżenia dawki lub odstawienia leków. Należy niezwłocznie poinformować nas o wystąpieniu **bólu, zaburzeń ruchowych lub odczuciowych lub przebarwień skórnych, nudności, duszności lub gorączki**, nawet jeśli objawy wydają się Państwu nieistotne. Mogą one świadczyć o niedokrwieniu lub zaburzeniach nerwów, którym należy natychmiast przeciwdziałać. Aby zapobiec zakrzepicy żył głębokich, otrzymają Państwo przepisany przez lekarza lek rozrzedzający krew. Może on prowadzić do częstych krwotoków i zwiększenia skłonności do krwotoków, np. podczas późniejszych zabiegów medycznych (także stomatologicznych). Należy poinformować lekarzy prowadzących o fakcie stosowania leku.

Zwykle po operacji, co najmniej do zakończenia procesu gojenia rany, który trwa około 14 dni, konieczne jest chodzenie o **kulach**. W pierwszych dniach nie należy wstawać bez pozwolenia, nogę można obciążać tylko w stopniu dozwolonym przez lekarza.

Jeśli po operacji kończyny są nierównej długości, różnicę można wyrównać, stosując **różnej wysokości obcasy**. Osiągnięcie sukcesu wymaga pomocy z Państwa strony. Należy stosować się do wytycznych w zakresie **dalszego leczenia**, które zostaną z Państwem omówione przed opuszczeniem szpitala. W reguły konieczne jest wykonanie **badania kontrolnych** i prowadzenie **terapii rehabilitacyjnej**.

Mogą Państwo wpłynąć na żywotność sztucznego stawu, wykonując odpowiednio dobrane ćwiczenia fizyczne i unikając przeciążeń.

■ Ważne pytania

Podczas rozmowy informacyjnej powinni Państwo zapytać o wszystko, co wydaje się Państwu ważne lub niejasne (np. indywidualne ryzyko, możliwość oddania własnej krwi, czy zabieg jest pilny). Ponieważ na ryzyko związane z zabiegami lekarskimi wpływają uwarunkowania fizyczne i wcześniejsze uszkodzenia, prosimy odpowiedzieć na poniższe pytania, tak by Państwa lekarz mógł odpowiednio wcześniej zidentyfikować źródła zagrożenia oraz lepiej oszacować indywidualne zagrożenia:

n = nie t = tak

1. Czy stwierdzono u Państwa **zakłócenia przemiany materii** (np. cukrzycę) lub **zaburzenia pracy ważnych organów** (krwiobieg, serca, nerek, wątroby, płuc, trzustki, układu nerwowego)? n t
2. Czy chorują Państwo na **chorobę zakaźną** (np. zapalenie wątroby, AIDS)? n t
Jeśli tak, na jaką?

3. Czy stwierdzone zostały u Państwa **alergie/nietolerancja** (np. na plastry, lateks, leki, żywność, metale)? n t
4. Czy występuje u Państwa **zwiększona skłonność do krwotoków** (np. krwawienia z nosa lub dziąseł, częste pojawianie się siniaków, krwotoki pooperacyjne, podczas leczenia stomatologicznego, mniejsze rany) lub czy u Państwa krewnych występują skłonności ku temu?
Czy byli Państwo kiedyś odbiorcą **krwi konserwowanej** lub **składników krwi**?
Jeśli tak, to czy wystąpiły powikłania? n t
5. Czy w związku z odniesioną raną doszło kiedyś do **ropienia rany, dłuższego gojenia się, powstania ropni, przetok, powstawania dużych blizn**? n t
6. Czy miało miejsce tworzenie się/przemieszczanie się **skrzepów** (zakrzepica, zatory)? n t
7. Czy przyjmują Państwo **regularnie leki** (np. leki nasercowe, przeciwbólowe, hormony, leki hamujące krzepnięcie krwi, jak Marcumar®, Aspiryna®, Plavix®)? n t
8. Czy palą Państwo **papierosy**? n t
9. Czy piją Państwo **alkohol**? n t

■ Uwagi lekarza w związku z rozmową informacyjną

(np. rodzaj endoprotezy, indywidualne ryzyko i ewentualne komplikacje, pytania pacjenta, powiązane zabiegi, działania pozabiegowe, niekorzystne skutki niewyrażenia zgody na zabieg/przesunięcia operacji w czasie, przyczyny odrzucenia zabiegu przez pacjenta, ograniczona zgoda, np. w zakresie transfuzji, pacjent posiadający opiekuna prawnego)

miejscowość/data/godzina

podpis lekarki/lekarza

■ ODMOWA PODDANIA SIĘ ZABIEGOWI

Po rozmowie informacyjnej pacjent odmówił poddania się zaproponowanej operacji. Pacjent został poinformowany o potencjalnych, niekorzystnych konsekwencjach niewyrażenia zgody na zabieg (np. o postępującym ograniczeniu ruchomości).

miejscowość/data/godzina

podpis lekarki/lekarza

podpis pacjentki/pacjenta/w razie potrzeby świadka

■ ZGODA

Zostałem szczegółowo poinformowany/ zostałam szczegółowo poinformowana/ zostaliśmy szczegółowo poinformowani o planowanej operacji podczas rozmowy informacyjnej z panem/panią dr

Mogłem/mogłam/mogliśmy przy tym zadać wszystkie ważne dla mnie/nas pytania na temat rodzaju i znaczenia zabiegu, szczególnego ryzyka związanego z moim przypadkiem i potencjalnych komplikacji oraz działań powiązanych i będących konsekwencją zabiegu, a także alternatywnych metod leczenia.

Nie mam/mamy żadnych innych pytań, czuję się/czujemy się **w wystarczającym stopniu poinformowani** i niniejszym, po upływie **odpowiedniego czasu do namysłu, zgadzam/zgadzamy się** na planowaną operację.

Zgadzam się/zgadzamy się również na nieprzewidziane, wymagane z medycznego punktu widzenia rozszerzenie zakresu zabiegu. Moja/nasza zgoda dotyczy również ewentualnie wymaganej z medycznego punktu widzenia transfuzji krwi.

Otrzymałem/otrzymałam **wskazówki dotyczące zasad postępowania oraz zalecenia dotyczące pielęgnacji** **pochorobowej**.

miejsowość/data/godzina

podpis pacjentki/pacjenta/rodziców*

Potwierdzam aktualność zgody na zabieg operacyjnej podpisanej dnia

miejsowość/data/godzina

podpis pacjentki/pacjenta/rodziców*

* Zasadniczo podpis powinni złożyć **oboje** rodzice. Jeśli podpisuje się tylko jeden z rodziców, to podpisany jednocześnie zapewnia, że działa w porozumieniu z drugim rodzicem lub posiada wyłączone prawo opieki nad dzieckiem.