

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 biodrowego	
		Wymiana stawu biodrowego	
Data urodzenia		☐ prawy staw biodrowy ☐ lewy staw biodrowy ☐ endoproteza całkowita ☐ cementowa ☐ endoproteza bipolarna hybrydowa ☐ endoproteza powierzchniowa	
ZUS/KRUS	Numer ubezpieczenia	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 biodrowego. Z tego względu staw należy wymienić na sztuczny. Przed operacją lekarz/lekarka (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.

■ Co to za choroba?

Nastąpiło znaczne ograniczenie ruchomości stawu biodrowego, poruszanie się sprawia Państwu duży ból. Przyczyny należy szukać w zużyciu stawu (artroza, patrz rys. A) ze względu na wiek lub wynika z predyspozycji, obrażeń lub zapaleń.

■ Alternatywne metody leczenia?

Leki oraz inne metody leczenia, jak np. terapia ruchowa lub fizjoterapia, nie pozwolą na wyleczenie choroby ani na wystarczającą poprawę Państwa stanu. Niemożliwe jest również przeprowadzenie osteotomii (bez wymiany stawu). Dlatego lekarz zaleca Państwu wymianę chorego stawu na staw sztuczny.

■ Jak przebiega operacja?

Planowany zabieg wykonywany jest w znieczuleniu ogólnym lub w znieczuleniu podpajęczym. Otrzymają Państwo oddzielne informacje na temat szczegółów związanych ze znieczuleniem oraz ryzyka powiązanego ze znieczuleniem. Najpierw staw biodrowy jest operacyjnie otwierany poprzez nacięcie skóry oraz przygotowywany do wymiany stawu. Po dokładnym przeanalizowaniu zalet i wad poszczególnych metod, przy uwzględnieniu Państwa wieku i indywidualnego stanu stawu biodrowego lekarz doradzi najlepszą dla Państwa metodę. Podczas rozmowy informacyjnej lekarz przedstawi Państwu szczegółowe informacje dotyczące tego zalecenia.

- ☐ **Endoproteza całkowita:** Wymieniana jest zarówno głowa kości udowej, jak i panewka kości biodrowej.
- ☐ **Endoproteza bipolarna:** Jeśli zniszczona jest tylko głowa kości udowej, wymieniana jest tylko ta część, bez wymiany panewki kości biodrowej.
- ☐ **Proteza powierzchniowa:** Usuwana jest tylko wierzchnia warstwa głowy kości udowej i panewki kości biodrowej, wymienia się ją na kapę i sztuczną panewkę.

Istnieją także różne metody mocowania protezy:

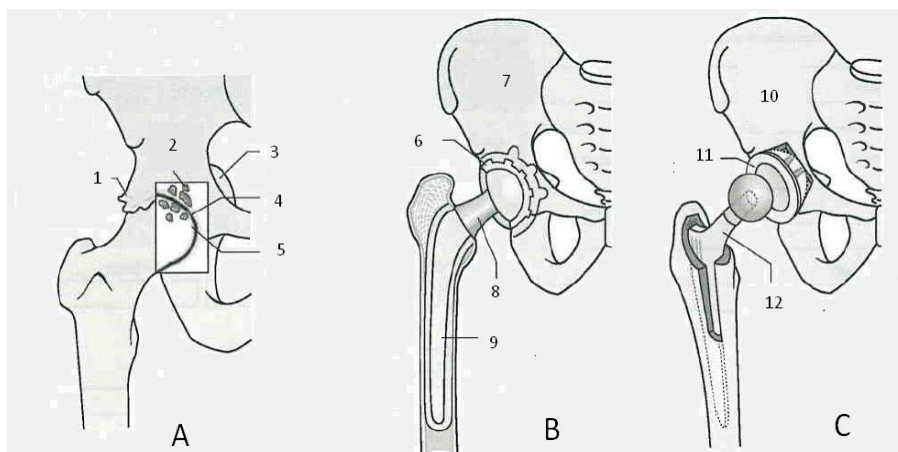
□ **Cementowanie:** Sztuczny staw zostaje zamocowany do kości miednicy i kości udowej przy użyciu „cementu kostnego” – tworzywa sztucznego, które szybko twardnieje (rys. B). Staw można obciążać już po upływie krótkiego czasu.

□ **Mocowanie z częściowym cementowaniem: (Endoprotezoplastyka hybrydowa)** W przypadku endoprotezy całkowitej możliwe jest cementowanie tylko trzpienia protezy (cementowanie częściowe).

□ **Mocowanie bezcementowe:** Jeśli endoproteza stawu biodrowego zakładana jest bez „cementu kostnego”, po upływie kilku miesięcy kość zrasta się z endoprotezą (rys. C).

W większości przypadków przed zamknięciem do rany wkładamy niewielkie cewniki z tworzywa sztucznego (drenaże), które odprowadzają wydzielinę krwisto-surowiczą. Po upływie 24-48 godzin drenaże zostają usunięte. Lekarz omówi z Państwem ewentualną konieczność stosowania po operacji bandażu lub pończoch uciskowych oraz ich rodzaj (np. opatrunek uciskowy na nodze i miednicy).

Jeśli planowane jest wykorzystanie „roboty operacyjnego”, lekarz prowadzący omówi z Państwem dodatkowo zalety i wady tej metody.



rodzaju mocowania endoprotezy niż początkowo przewidywano. Już teraz prosimy Państwa o wyrażenie zgody na takie nieprzewidziane, konieczne z medycznego punktu widzenia zmiany/poszerzenie zakresu zabiegu, co umożliwi kontynuację zabiegu w ramach tego samego znieczulenia i pozwala uniknąć ponawiania zabiegu.

■ 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 biodrowego. Z reguły umożliwia bezbolesne chodzenie i dostosowaną do wieku aktywność fizyczną. Niestety sztuczny staw biodrowy nie zawsze charakteryzuje nieograniczona wytrzymałość, z upływem lat może dojść do poluzowania stawu. Średnia wytrzymałość stosowanych dziś protez oceniana jest na 15-20 lat. W większości przypadków poluzowany, sztuczny staw można 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 ścięgna, mięśnie, a w szczególności naczynia krwionośne; mogą doprowadzić **do większych krwotoków** wymagających 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,

■ Rozszerzenie zakresu zabiegu/działania dodatkowe?

W pojedynczych przypadkach podczas operacji może się okazać, że konieczne jest zastosowanie innej endoprotezy i/lub innego

1	Wyrośla kostne na brzegach
2	Cysty kostne
3	Protruzja panewki
4	Zwężenie szpary stawowej
5	Zużycie chrząstki
6	Panewka z tworzywa sztucznego
7	Kość miednicy
8	Trzpień
9	Cement
10	Kość miednicy
11	Panewka
12	Trzpień
A	Oznaki artrozy
B	Cementowa endoproteza
C	Bezcementowa endoproteza

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)!

- bardzo rzadko występujące **uszkodzenia nerwów**, które mimo leczenia operacyjnego (zszycie nerwu) mogą spowodować trwałe uszkodzenia, np. częściowy paraliż kończyny dolnej (np. niewydolność prostowników stopy). Uszkodzenie nerwów głównych (np. nerwu kulszowego) może prowadzić do znacznego ograniczenia funkcji, a nawet utraty funkcji kończyny;
- **złamanie, pęknięcie lub perforacja kości**: podczas zakładania endoprotezy, szczególnie przy niestabilności kości (np. przy osteoporozie) może dojść do złamania, pęknięcia lub przebicia kości. Złamanie kości wymaga operacji oraz ewentualnej stabilizacji przy użyciu metalowych płytek i śrub. Może okazać się konieczne założenie specjalnego implantu. W razie **złamania dołu panewki** w rzadkich przypadkach może dojść do **uszkodzeń dużych tętnic i żył** miednicy. Uszkodzone naczynia krwionośne wymagają otwarcia jamy brzusznej oraz zszycia;
- 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;
- **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** (blizny, zaburzenia czuciowe, odrętwienie, a nawet paraliż); dotyczy to również **uszkodzeń skóry** wywołanych działaniem środków dezynfekcyjnych i/lub prądu elektrycznego;
- w nielicznych przypadkach wymagające leczenia **wtórne krwotoki i krwiaki**;
- w rzadkich przypadkach **infekcje** w operowanym obszarze; wówczas zwykle konieczne jest długotrwałe leczenie i kolejny zabieg. Może zająć konieczność usunięcia endoprotezy stawu biodrowego. W niektórych przypadkach resekcja kolejnego sztucznego stawu może nastąpić natychmiast lub po wyleczeniu. Nawet jeśli nie jest to możliwe, zachowana zostanie ograniczona zdolność chodzenia, chociaż dochodzi wówczas do znacznego skrócenia kończyny dolnej (procedura wg Girdlestone'a);
- w rzadkich przypadkach po infekcji w operowanym obszarze dochodzi do **przewlekłego zapalenia kości** (osteitis); równie rzadko ze względu na zapalenie dochodzi do sztywności stawu lub, w ekstremalnie wyjątkowych przypadkach, do **utraty zagrożonej kończyny dolnej**;
- **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 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, przedwczesnym poluzowaniem zastosowanych elementów metalowych lub endoprotezy lub symptomami neurologicznymi;
- jeśli podczas operacji dojdzie do **złamania instrumentu lub materiału**, odłamane ciało obce (np. końcówka wiertła lub drutu) mogą pozostać w kości. Nie powoduje to z reguły dolegliwości i nie wiąże się z większym ryzykiem konieczności usunięcia elementu drogą operacyjną;
- 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 biodrowego może dojść do pęknięcia szwów, co wymaga dalszego leczenia;

- **różnica w długości** kończyn dolnych oraz **odchylenie od osi kończyny**; nie ma możliwości całkowitego wykluczenia tego zagrożenia;
- **zwichnięcie stawu biodrowego**, przede wszystkim w pierwszych miesiącach po operacji. Może być konieczna kolejna operacja;
- **zwapnienia w sąsiadujących mięśniach, skostnienie tkanki chrzęstnej**, które mogą prowadzić do znacznych ograniczeń ruchomości oraz wymagać długotrwałej fizjoterapii lub nawet leczenia operacyjnego;
- **złamania kości** w obszarze protezy; w razie zmian w substancji kostnej w obszarze protezy może zająć konieczność przeprowadzenia kolejnych zabiegów w celu rekonstrukcji kości;
- krwotoki i opuchlizny części miękkich, skutkować mogą **niedokrwieniem** i **ograniczeniem funkcji**, w ekstremalnych przypadkach nawet **utratą kończyn** (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 **sztymności** (RSD);
- z czasem w nielicznych przypadkach dochodzi do **poluzowania** lub, w ekstremalnie rzadkich przypadkach, do **złamania endoprotezy**; należy wówczas wymienić sztuczny staw.

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

■ O czym należy pamiętać po operacji?

Należy dokładnie stosować się do wskazań przekazanych przez lekarza. Leki można przyjmować tylko w porozumieniu z lekarzem. Jeśli przyjmują Państwo leki **hamujące krzepnięcie krwi**, np. Aspirynę®, Plavix®, to przed zabiegiem należy omówić z lekarzem konieczność obniżenia dawki lub odstawienia leków.

Należy niezwłocznie poinformować lekarza o wystąpieniu **bólu, zaburzeń ruchowych lub odcuciowych 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. Leki stosuje się standardowo 30 – 35 dni. 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.

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

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 badań kontrolnych i prowadzenie terapii rehabilitacyjnej.

■ Pytania zadawane podczas rozmowy z lekarzem

Podczas rozmowy informacyjnej powinni Państwo zapytać o wszystko, co wydaje się Państwu ważne lub niejasne (np. indywidualne ryzyko, jak pilne jest przeprowadzenie zabiegu, alternatywne metody leczenia). Tutaj mogą Państwo zanotować pytania, aby o nich pamiętać podczas rozmowy:

■ Ważne pytania

Na ryzyko związane z zabiegami lekarskimi wpływają uwarunkowania fizyczne i wcześniejsze uszkodzenia. Aby móc odpowiednio wcześniej zidentyfikować źródła zagrożenia, prosimy odpowiedzieć na poniższe pytania:

n = nie t = tak

1. Czy stwierdzono u Państwa **zakłócenia przemiany materii** (np. cukrzycę) lub **zaburzenia pracy ważnych organów** (krwioobiegu, serca, nerek, wątroby, płuc, trzustki, układu nerwowego)? ☐ n ☐ t
Jeśli tak, jakie?
2. Czy chorują Państwo na **chorobę zakaźną** (np. zapalenie wątroby, Tbc, HIV)? ☐ n ☐ t
Jeśli tak, na jaką?
3. Czy stwierdzone zostały u Państwa **alergie lub nadwrażliwość** np. na plastry, lateks, leki, żywność lub 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? ☐ n ☐ t
Czy byli Państwo kiedyś odbiorcą **krwi konserwowanej** lub **składników krwi**? ☐ n ☐ t
Jeśli tak, 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 nasecowe, przeciwbólowe, hamujące krzepnięcie krwi, jak Marcumar®, Aspiryna®, Plavix®, hormony)? ☐ n ☐ t
Jeśli tak, jakie?
8. Czy palą Państwo **papierosy**? ☐ n ☐ t
9. Czy piją Państwo **alkohol**? ☐ n ☐ t

■ Uwagi lekarza w związku z rozmową informacyjną

(np. indywidualne ryzyko i związane z nim ewentualne komplikacje, pytania pacjenta, powiązane zabiegi, działania pozabiegowe, niekorzystne skutki niewyrażenia zgody na zabieg/przesunięcia zabiegu w czasie, ograniczona zgoda, pacjent posiadający opiekuna prawnego)

miejsowość/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. nasileniu się dolegliwości bólowych).

miejsowość/data/godzina

podpis lekarki/lekarz

podpis pacjenta/rodziców*/w razie potrzeby świadka

Podpisanie formularza przez pacjenta jest niemożliwe z powodu:

data, godzina

czytelny podpis przedstawiciela ustawowego/świadków

podpis i pieczęć lekarza prowadzącego**■ ZGODA**

Zostałem szczegółowo poinformowany/ zostałam szczegółowo poinformowana/ zostaliśmy szczegółowo poinformowani o planowanej operacji oraz ewentualnie wymaganym rozszerzeniu zakresu zabiegu 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 i możliwych 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.

W sposób świadomy i pełny wyrażam zgodę na przeprowadzenie u mnie wyżej wymienionego zabiegu operacyjnego, w tym na towarzyszące zabiegowi procedury medyczne oraz na jego ewentualne zmiany lub rozszerzenia, które okażą się niezbędne w trakcie przeprowadzania operacji z powodu wystąpienia niebezpieczeństwa utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia.

Oświadczam, że posiadam pełną zdolność do czynności prawnych.

data, godzina

czytelny podpis pacjenta

* 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 wyłączne prawo opieki nad dzieckiem.

UWAGA: W przypadku osób do **16-go roku życia** zgodę wyraża i podpisuje przedstawiciel ustawowy. W przypadku osób w wieku **od 16-go do 18-go roku życia** zgodę wyraża i podpisuje przedstawiciel ustawowy lub opiekun faktyczny oraz pacjent.