

## FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY NA ZABIEG OPERACYJNY ARTROSKOPII REKONSTRUKCYJNEJ STAWU KOLANOWEGO

### INFORMACJA DLA PACJENTA

#### NA CZYM POLEGA ZABIEG ARTROSKOPII REKONSTRUKCYJNEJ STAWU KOLANOWEGO?

**Artroskopia stawu** to zabieg chirurgiczny polegający na wziernikowaniu stawu za pomocą kamery. Pozwala ortopedzie na całkowite zbadanie stawu i wykonanie małoinwazyjnych procedur operacyjnych bez konieczności całkowitego otwarcia stawu. Zabieg jest stosowany w leczeniu zmian zwyrodnieniowych, urazowych lub innych dotyczących stawu z cechami niestabilności.

Procedura artroskopowa może czasem być rozszerzona o zabieg artrotomii – czyli szerszego, pełnego otwarcia stawu, co jest związane z większym cięciem i dłuższym gojeniem pooperacyjnym. Po zabiegu niezbędna jest rehabilitacja, w celu uzyskania możliwie pełnej sprawności osoby operowanej. W przypadku rekonstrukcji więzadeł stawu kolanowego często konieczna jest rehabilitacja trwająca minimum od 4 do 12 tygodni. Operacja odbędzie się w znieczuleniu podpajęczynówkowym lub ogólnym. Dokładną informację na temat znieczulenia przekaże odpowiednio wcześniej przed operacją anestezjolog.

Pacjent ułożony jest na plecach z zastosowaniem podkładek pod wszystkie wyrośla kostne. Cięcia skórne będą wykonane w rzucie stawu i są wielkości od ok. 1-2cm do 5-6 cm (może być ich kilka). Operacja trwa średnio około 1 h. Po operacji ze stawu przez ranę operacyjną będą przechodziły miękkie rurki (dreny), przez które może wyciekać niewielka ilość krwistej wydzieliny. Dreny te są zazwyczaj usuwane w 1 dobie po zabiegu, podczas zmiany opatrunku. Usunięcie drenu nie jest bolesne. W stawie ortopeda wykona procedury związane z uzyskaniem wszczepu – pobranie więzadeł (z reguły ścięgien mięśni ST-m.półścięgniastego) i nawiercenia otworów w kości udowej i piszczelowej w celu przeprowadzenia wszczepu i umocowania go w kości za pomocą śrub i innych elementów mocujących.

Po zabiegu chory porusza się o kulach lub balkoniku i utrzymuje ortezę stawu nawet przez kilka tygodni. Zdjęcie szwów lub staplerów z rany będzie możliwe po zagojeniu rany. W dniu wypisu ze szpitala otrzyma Pani/Pan kartę informacyjną, na której będzie zalecona wizyt kontrolna w Oddziale lub Poradni Ortopedycznej oraz dalsze zalecenia.

#### PROCEDURY ALTERNATYWNE:

Zabieg artroskopii rekonstrukcyjnej dotyczącej więzadeł stawu kolanowego jest stosowany jako metoda leczenia niestabilności stawu kolanowego. Istnieją inne metody leczenia: zaprzestanie ciężkiej pracy fizycznej i sportu, ćwiczenia i zabiegi rehabilitacyjne, stosowanie leków p/bólowych doustnych i dostawowych, używanie kul, lasek, ortez lub stabilizatorów.

#### POWIKLANIA W TRAKCIE ZABIEGU I PO LECZENIU OPERACYJNYM, KTÓRE MOGĄ WYSTĄPIĆ NIEZALEŻNIE OD RODZAJU ZABIEGU:

##### A. POJAWIAJĄCE SIĘ CZĘSTO (OK. 1-5%)

- silny ból pooperacyjny – najsilniejszy w pierwszych dobach po zabiegu, z czasem będzie się znacznie zmniejszał. Po zabiegu pacjent ma podawane leki przeciwbólowe, mimo to ból może wystąpić i towarzyszyć jako długotrwały problem.
- pooperacyjny obrzęk stawu – staw po zabiegu może wypełnić się płynem krwistym lub krwią co może powodować konieczność usunięcia płynu poprzez punkcję stawu (igłą) lub wymagać drugiego zabiegu operacyjnego.
- krwawienie lub krwotok pooperacyjny lub śródoperacyjny- może być konieczne przetoczenie krwi własnej lub obcej oraz podanie preparatów żelaza.
- zakrzepica żył głębokich (DVT) – to skrzep w żyłach (jest częstym powikłaniem w chirurgii ortopedycznej). Skrzep może być źródłem trudności w oddychaniu i bólu pooperacyjnego, może prowadzić do niedokrwienia kończyny. Ortopeda zleca leki przeciwzakrzepowe, próbując ograniczyć możliwość wystąpienia zatoru poprzez aparaty uciskowe na kończynach. Najlepszą metodą zapobiegania zatorom jest wczesne usprawnienie chorego i podjęcie prób chodzenia.
- przykurcz stawu – może pojawić się po zabiegu, zwłaszcza gdy towarzyszył choremu wcześniej. Dotyczy ograniczenia wyprostowania lub zgięcia stawu.
- przerost blizny pooperacyjnej lub bliznowiec.

## B. POJAWIAJĄCE SIĘ RZADKO (< 1%)

- infekcja lub rozejście się rany pooperacyjnej – stosujemy profilaktyczną terapię antybiotykową jako prewencję a zabieg przeprowadza się w warunkach sterylnych z użyciem sterylnego sprzętu. Mimo to infekcje dotyczą dużych zabiegów operacyjnych. Rana może być bolesna, czerwona i gorąca, może wydobywać się z niej ropa lub inne wydzieliny. Może wymagać interwencji antybiotykowej lub operacyjnego czyszczenia rany i stawu.
- zator tętnicy płucnej – to stan w którym skrzep krwi może dotrzeć do płuc i zatrzymać oddychanie
- przedłużone gojenie rany pooperacyjnej- rana goi się około 2 tygodni, czasem gojenie może opóźnić się o kilka tygodni
- uszkodzenie tkanki kostnej – podczas wykonywania otworów pod wszczep używa się wysokoobrotowych wiertel kostnych, mogących uszkodzić kość. Może to wymagać dodatkowych implantów mocujących.
- uszkodzenie elementów instrumentarium wewnątrz stawu – ortopeda wprowadza do stawu wiele elementów ruchomych, które mogą się złamać, co wymaga usunięcia ich poprzez czasem otwarcie stawu.
- uszkodzenie nerwów – podczas zabiegu chirurg dokłada wszelkich starań aby nie doszło do uszkodzenia nerwów, jednak uszkodzenie niektórych gałęzek nerwów jest nieuniknione i może prowadzić do czasowych lub trwałych problemów z czuciem skórny w okolicy stawu.
- uszkodzenie naczyń krwionośnych w okolicy stawu może wymagać dodatkowego zabiegu operacyjnego.
- zgon chorego – zabieg operacyjny może prowadzić do tego powikłania i jest niestety możliwy głównie przy współistnieniu innych poważnych schorzeń.

## OŚWIADCZENIE ŚWIADOMEJ ZGODY ZABIEG ARTROSKOPII REKONSTRUKCYJNEJ STAWU KOLANOWEGO

.....  
Imię i nazwisko pacjenta

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

PESEL

.....  
Oddział

.....  
data

Wyrażam zgodę na wykonanie zabiegu artroskopii rekonstrukcyjnej stawu kolanowego..... (wpisać stronę prawą lub lewą).

Oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a w sposób wyczerpujący i niebudzący moich wątpliwości o celu, rodzaju i sposobie przeprowadzenia zabiegu oraz wszelkich możliwych do przewidzenia wiążących się z nim ryzykach, w tym ryzykach rzadko występujących, innych możliwych metodach leczenia, jak również o efekcie, jakiego mogę się spodziewać, jeżeli zabieg przebiegać będzie bez zakłóceń.

Oświadczam, że udzieliłem pełnych i prawdziwych odpowiedzi na pytania, które lekarz zadawał mi w trakcie wywiadu lekarskiego, nie zataiłem/am żadnych istotnych informacji o moim stanie zdrowia, w tym informacji o chorobach przewlekłych, przebiegu dotychczasowego leczenia i przyjmowanych lekach.

Stwierdzam, że uzyskałem/am wyczerpujące i zrozumiałe dla mnie odpowiedzi na wszystkie zadane pytania. Zapoznałem/am się i zrozumiałem/am informacje zawarte w niniejszej zgodzie. Oświadczam, że jestem wystarczająco poinformowany/ny. Rozumiem ryzyko związane z tym zabiegiem i zgadzam się na jego wykonanie.

Jednocześnie wyrażam zgodę na ewentualną zmianę pierwotnie ustalonego zakresu zabiegu operacyjnego polegającą na jego zmniejszeniu lub rozszerzeniu, jeśli będzie to uzasadnione wystąpieniem nieprzewidzianych okoliczności lub koniecznością dostosowania jego zakresu do stwierdzonych śródoperacyjnie zmian chorobowych.

.....  
data podpis lekarza przyjmującego zgodę

.....  
data i czytelny podpis pacjenta