

Imię i nazwisko:

PESEL:

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

**INFORMACJA DLA PACJENTA
ORAZ FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY
NA ZABIEG ARTROSKOPII STAWU KOLANOWEGO**

PRAWEGO LEWEGO

Zostało u Państwa stwierdzone uszkodzenie stawu kolanowego. Aby wyjaśnić charakter stwierdzonego uszkodzenia, lekarz zalecił zabieg wżernikowania stawu (artroskopię). Ewentualnie stwierdzone uszkodzenia mogą być w trakcie zabiegu potwierdzone i naprawione (artroskopia operacyjna). Niniejszy formularz został opracowany, aby pomóc w przygotowaniu do rozmowy z lekarzem przeprowadzającym zabieg. Prosimy o uważne zapoznanie się z poniższymi informacjami.

Jak zbudowany jest staw kolanowy?

Staw kolanowy jest jednym z największych i najbardziej skomplikowanych stawów w organizmie ludzkim. Zachodzą w nim ruchy zginania, prostowania oraz w niewielkim stopniu ruchy rotacyjne. Struktury wchodzące w jego skład – rzepekka, torebka stawowa, więzadła (poboczne, krzyżowe), a także łąkotki – zapewniają stabilność stawu. Staw kolanowy jest narażony na duże przeciążenia podczas poruszania się, co prowadzi często do jego uszkodzeń.

Na czym polega zabieg artroskopii?

Zabieg artroskopii przeprowadzany jest zwykle w znieczuleniu ogólnym. O szczegółach związanych ze znieczuleniem poinformuje Państwa lekarz anestezjolog. Stosowane jest również czasami dodatkowo znieczulenie miejscowe (podanie środka znieczulającego dostawowo).

Przed rozpoczęciem operacji może zostać zastosowana opaska uciskowa na udo, aby zmniejszyć ryzyko krwawienia w trakcie zabiegu. Poprzez małe nacięcie (ok. 1/2 cm) wprowadzony zostaje przez lekarza operującego optyczny przyrząd (artroskop) – grubości ołówka. Przeważnie zastosowanie ma się tzw. dojście przednie, ok. 1 cm bocznie od rzepekki na wysokości szpary stawowej. Staw jest następnie wypełniany płynem (solą fizjologiczną), dzięki czemu możliwe jest obejrzenie miniaturową kamerą całej przestrzeni jamy stawu.

Zwykle stosuje się dodatkowo miniaturowy haczyk, wprowadzony do jamy stawu przez kolejne małe nacięcie, aby dotknąć wewnętrzne struktury anatomiczne, np. łąkotki, więzadła, chrząstkę stawową. Przez to dodatkowe nacięcie można również pobrać próbki tkanek stawu do badania histopatologicznego.

Po zakończeniu zabiegu staw jest ponownie wypłukany przy pomocy płynu (soli fizjologicznej), a niewielkie rany lekarz zaopatruje szwami skórными.

Jakie operacje można przeprowadzić artroskopowo?

Jeśli zostaną stwierdzone lub potwierdzone schorzenia stawu kolanowego, lekarz może je również artroskopowo zaopatrzyć (tzw. „operacje przez dziurkę od klucza”). Stosowane są specjalne miniaturowe narzędzia oraz implanty, umożliwiające np. naprawę lub częściowe wycięcie uszkodzonego fragmentu łąkotki.

Następujące operacje mogą zostać przeprowadzone artroskopowo:

- wycięcie łąkotki (częściowe lub całkowite), szycie łąkotki przy pomocy nici lub specjalnego implantu
- wygładzenie chrząstki stawowej (chondroplastyka), pobudzenie gojenia uszkodzeń chrząstki (np. poprzez mikroślamania – nawiercanie miejsc uszkodzonych), przeszczepy chrząstki stawowej
- usunięcie ciał wolnych ze stawu
- uwolnienie zrostów wewnątrzstawowych, przecięcie fałdów błony maziowej
- plastyka / rekonstrukcja więzadeł krzyżowych
- usunięcie przerośniętej i/lub chorobowo zmienionej błony maziowej (synowektomia)
- wyczyszczenie i płukanie stawu, drenaż
- przecięcie troczków rzepekki w przypadku jej bocznego ustawienia i tendencji do zwichania
- inne:

W zależności od stopnia złożoności stwierdzonych uszkodzeń stawu kolanowego, zabieg artroskopii może trwać od 10 do 90 minut; zwykle jednak nie przekracza około 25 minut.

W przypadku, gdy konieczne będzie użycie drenażu stawu lub specjalnego unieruchomienia (orteza – zaopatrzenie ortopedyczne), lekarz operujący oddzielnie poinformuje o tym fakcie.

Czy istnieją alternatywne sposoby leczenia?

Zamiast leczenia artroskopowego schorzeń stawu kolanowego w niektórych przypadkach możliwe jest zastosowanie innych metod, np. leczenia zachowawczego przy pomocy leków (ogólnych, miejscowych, wstrzyknięć dostawowych), rehabilitacji/fizjoterapii, otwartej operacji stawu (tzw. artrotomii), oszczędzania stawu poprzez jego unieruchomienie. Lekarz poinformuje Państwa, dlaczego zaleca jako właściwe leczenie artroskopowe.

Możliwe zmiany/rozszerzenia zakresu operacji

Pomimo dużego doświadczenia i zaangażowania lekarza w proces planowania leczenia, w nieprzewidzianych okolicznościach (problemy techniczne ze sprzętem, nieoczekiwane złożone uszkodzenie wewnętrzne struktur stawu), może zająć konieczność rozszerzenia operacji i zmianę rodzaju dostępu operacyjnego z małoinwazyjnego na otwartą operację na stawie kolanowym, tzw. artrotomię.

W takich przypadkach staw kolanowy zostaje szeroko nacięty, umożliwiając bezpośredni wgląd w uszkodzone struktury i operację za pomocą standardowego instrumentarium. Po takim rozszerzonym zabiegu staw zszywany jest warstwowo, zwykle też pozostawione są specjalne drenaże umożliwiające odpływ krwi lub/i wysięku z rany operacyjnej.

Jeśli lekarz przewiduje możliwe rozszerzenie dostępu operacyjnego, zostaną Państwo o tym poinformowani. W przypadku zajścia nieoczekiwanych okoliczności, gdy konieczne jest rozszerzenie zabiegu, wymagana jest Państwa zgoda na takie postępowanie. W przypadku braku zgody zabieg będzie musiał zostać przerwany, a cały proces leczenia opóźniony, co zwiększa ryzyko powikłań.

Możliwe powikłania/komplikacje zabiegu artroskopii

Artroskopia stawu kolanowego jest mało ryzykowną rutynową procedurą operacyjną; rzadko występują przy niej powikłania. Pomimo doświadczenia należytej staranności, może dojść do komplikacji, stanowiących zagrożenie dla życia i zdrowia oraz wymagających dalszego leczenia, a nawet ponownych operacji. Wpływ na to mogą mieć wcześniejsze schorzenia u pacjenta lub indywidualne zmienności w budowie anatomicznej stawu kolanowego.

Do najczęstszych komplikacji należą:

- **zakażenie stawu kolanowego (infekcja).** Do objawów należą: obrzęk stawu, bolesność, nadmierne ucieplenie okolicy stawu, gorączka. Oprócz stosowania antybiotyków, leczenie zakażenia stawu może obejmować dalsze zabiegi chirurgiczne. W bardzo rzadkich przypadkach infekcja stawu może prowadzić do zniszczenia struktur anatomicznych stawu z trwałym uszczerbieniem stawu, w przypadkach skrajnych – nawet do utraty kończyny. Zakażenie miejsca operowanego może wymagać leczenia lekami (antybiotykoterapia) lub leczenia operacyjnego (chirurgiczne otwarcie i oczyszczenie rany). Bardzo rzadko dochodzi do sepsy (zakażenie krwi) – stan zagrożenia życia, wymagający leczenia w oddziale intensywnej terapii;

- u pacjentów >50 r.ż. po zabiegu artroskopii może dojść do tzw. **obrzęku szpiku kostnego** (widzialne jedynie w badaniu rezonansu magnetycznego), objawiającego się przewlekłym, silnym bólem kolana. Okazjonalnie może powstać tzw. **martwica kości**, która wymagać będzie leczenia w postaci częściowej wymiany stawu. U chorych na osteoporozę lub na inne zaburzenia metaboliczne tkanki kostnej może powstać złamanie/nadłamanie kości; u pacjentów bez zaburzeń mineralizacji kości mogą ulec uszkodzeniu/zerwaniu więzadła stawu kolanowego (poboczne, krzyżowe);
- **reakcje alergiczne** (np. na lateks, na stosowane leki) mogą prowadzić w rzadkich przypadkach do wstrząsu, który wymaga intensywnej terapii. Do poważnych powikłań wstrząsu należą: porażenia, uszkodzenie mózgu, niewydolność wielonarządowa;
- **choroba zakrzepowo-zatorowa** – zabieg chirurgiczny jest czynnikiem ryzyka powstania zakrzepów w naczyniach krwionośnych (zakrzepica żył kończyn dolnych), które mogą prowadzić do poważnych następstw (zator – zamknięcie naczynia krwionośnego, zatorowość płucna, udar mózgu, zawał serca). Ewentualne leki stosowane w profilaktyce choroby zakrzepowo-zatorowej mogą z kolei zwiększać ryzyko krwawień.
- podczas wprowadzania do stawu artroskopu oraz innych narzędzi operacyjnych może dojść do **uszkodzenia powierzchni stawowej – chrząstki lub/i innych struktur**. Zazwyczaj uszkodzenia te są niewielkie i nie powodują istotnych następstw. Przy większych i głębszych ubytkach chrząstki nie można jednak wykluczyć, że może zostać wywołana bądź przyspieszona choroba zwyrodnieniowa stawu (artroza);
- czasem po operacji dochodzi do powstania **wysięku w stawie**, np. z powodu krwawienia w trakcie zabiegu lub z powodu podrażnienia (naciągnięcia) błony maziowej torebki stawowej. Taki stan wymaga punkcji stawu i odbarczenia wysięku. Wysięki mogą pojawiać się wielokrotnie w ciągu kilku tygodni od operacji;
- w rzadkich przypadkach może dojść do **uszkodzenia ważnych naczyń krwionośnych**, co prowadzi do silnego krwawienia, i może wymagać: przetoczenia krwi, operacyjnego podwiązania naczyń krwionośnych lub operacyjnego odtworzenia ciągłości dużych naczyń. W przypadku braku powodzenia takiego postępowania, w ostateczności konieczna może być amputacja podudzia z powodu niedokrwienia. Przetoczenie krwi wiąże się z kolei z ryzykiem przeniesienia chorób zakaźnych (takich jak żółtaczką WZW typu B/C, AIDS);
- w bardzo rzadkich przypadkach **uszkodzenie otaczających tkanek / struktur** (np. ścięgien, więzadeł, mięśni) lub/i **uszkodzenie nerwów** wymagać będzie leczenia operacyjnego bądź rozszerzenia zakresu operacji. Przy uszkodzeniu nerwu mogą wystąpić przejściowe (bardzo rzadko trwałe) **zaburzenia czucia, nerwobóle**, a czasem **porażenia mięśni szkieletowych podudzia/stopy** (np. opadanie stopy);

- przejściowe, rzadko trwałe **uszkodzenia małych nerwów skórnych**, które mogą prowadzić do **zaburzeń czucia dotyku, uczucia drętwienia** lub bolesnej przeculicy na niewielkich obszarach skóry;
- **płyn** (np. sól fizjologiczna) używany podczas artroskopii może przeniknąć do sąsiednich tkanek miękkich. Dochodzi do tego najczęściej w przypadku, gdy uszkodzone są w kolanie struktury anatomiczne, np. torebka stawowa. Taki stan nagromadzenia płynu w tkankach miękkich jest prawie zawsze nieszkodliwy i przechodzi samoistnie po kilku dniach. W bardzo rzadkich przypadkach może spowodować zaburzenia ukrwienia (wskutek wzrostu ciśnienia tkankowego i ucisku na naczynia krwionośne) i zaburzenia funkcji operowanej kończyny; w przypadkach szczególnie rzadkich dochodzi do rozwinięcia zespołu ciasnoty przedziału powięziowych, który nieleczony może być powodem do amputacji podudzia;
- **uszkodzenia skóry, tkanek miękkich, nerwów** – związane z ułożeniem na stole operacyjnym, lub zabiegami towarzyszącymi właściwej operacji (np. zastrzyki, dezynfekcja, pole elektromagnetyczne wytwarzane przez aparat do elektrochirurgii) – są z reguły rzadkie. Możliwe następstwa tych uszkodzeń to: bóle, martwica tkanek, bliznowacenie, zaburzenia czucia, porażenia mięśni;
- przejściowe, ale czasem też i trwałe **uszkodzenia ukrwienia kończyny, uszkodzenia mięśni i nerwów** – aż do częściowego porażenia operowanej kończyny – mogą być następstwem użycia opaski uciskowej na udo. Zaburzenia te są jednak wyjątkowo rzadkie, i w większości przypadków łatwo poddają się leczeniu;
- w czasie operacji może dojść do **uszkodzenia i złamania narzędzi operacyjnych** (np. haków, wiertel, drutów). Jeśli oderwany materiał pozostanie jako ciało obce w kości, zwykle nie powoduje to dolegliwości i nie wymaga operacyjnego usunięcia. Oderwane części instrumentarium, będące w jamie stawowej zwykle usuwane są drogą artroskopową bez większych komplikacji, bardzo rzadko konieczne jest usunięcie drogą artrotomii (operacyjnego otwarcia stawu);
- patologiczny **przerost blizny pooperacyjnej** (tzw. bliznowiec – keloid) związany z wrodzoną skłonnością i zaburzeniami gojenia tkanek miękkich – jest rzadko spotykany. Zmiany zabarwienia skóry, bolesność, ograniczenie ruchomości – są możliwym następstwem takiego bliznowacenia. Może to wymagać późniejszych zabiegów naprawczych;
- w wyjątkowych przypadkach może dojść do bolesnego obrzęku tkanek miękkich lub zaburzonego gojenia tkanek z następczym bliznowaceniem. W przebiegu schorzenia dochodzi wtedy do degeneracji mięśni i tkanki kostnej, co może skutkować ograniczeniem ruchomości aż do sztywności stawu (schorzenia takie jak: artrofibroza, Zespół Sudecka, „Zespół Cyklopa”).

Ryzyko przy szczególnych rodzajach operacji

- w sytuacji opóźnionego gojenia tkanki kostnej, zaburzeń mineralizacji lub utraty substancji budulcowych kości (np. osteoporoza) lub w przypadku zbyt wczesnego uruchomienia operowanej kończyny (i jej pełnego obciążania) może dojść do **złamania, obluźowania lub zmiany położenia (migracji)** zastosowanych w czasie operacji implantów (np. śrub, kotwic, płytek). Taki stan może prowadzić do uszkodzenia tkanek otaczających operowany staw (np. naczyń krwionośnych, nerwów, innych tkanek miękkich). W takich sytuacjach konieczny jest zwykle ponowny zabieg;
- w rzadkich przypadkach dochodzi do nieprzewidzianej **nietolerancji** zastosowanego w implantach mocujących materiału („reakcja przeciwko obcemu ciału”). Jako następstwa takiej reakcji wyróżnia się: reakcje skórne, bolesność, obluźowanie zastosowanego materiału;
- niezamierzone **uszkodzenia tkanek miękkich** wskutek użycia aparatu do elektrochirurgii, emitującego promieniowanie elektromagnetyczne (tzw. waporyzator) – teoretycznie są możliwe, mogą prowadzić do degeneracji tkanek miękkich (np. chrząstki stawowej);
- zastosowanie w ramach operacji mobilnego aparatu RTG wiąże się z obciążeniem **promieniowaniem jonizującym**. W przypadku nowoczesnych aparatów rentgenowskich zastosowane dawki promieniowania są bardzo niskie i prawie nieszkodliwe.

O innych możliwych powikłaniach/kompli-kacjach w przypadku konkretnych rodzajów zabiegów zostaną Państwo poinformowani szczegółowo przez lekarza operującego. W razie jakichkolwiek wątpliwości, prosimy o zadawanie pytań.

Leczenie w trybie „chirurgii jednego dnia”

Po wykluczeniu przez lekarza anestezjologa oraz chirurga odpowiednich przeciwwskazań, zabieg artroskopii może być przeprowadzony w trybie ambulatoryjnym, tzw. „chirurgii jednego dnia”. Pacjenci otrzymują wtedy specjalne zalecenia na temat postępowania w okresie pooperacyjnym.

Prosimy pamiętać, że zdolność do reakcji (w tym czas reakcji na bodźce) po zastosowaniu znieczulenia ogólnego (narkozy) lub po zastosowaniu środków znieczulających, uspokajających, przeciwbólowych – jest przejściowo obniżona. Wymagana jest obecność upoważnionej osoby towarzyszącej, która po zabiegu będzie mogła odebrać pacjenta do domu. Przez pierwsze 24 godziny po znieczuleniu i operacji pacjent wymaga nadzoru osób trzecich. Przez ten czas nie można uczestniczyć aktywnie (jako kierowca) w ruchu drogowym, zajmować się potencjalnie niebezpiecznymi czynnościami, podejmować ważnych decyzji, pić alkoholu oraz palić papierosów. Dokładne zalecenia odnośnie zachowania się w okresie po operacyjnym – w zależności od rodzaju i ilości użytych środków farmakologicznych – otrzymacie Państwo w formie ustnej lub pisemnej przy wypisie do domu od lekarza prowadzącego.

Szanse powodzenia operacji

W większości przypadków wystarcza jeden zabieg artroskopii, aby wyjaśnić przyczynę dolegliwości ze strony stawu kolanowego i ewentualnie podjąć operacyjne leczenie. Powodzenie jednak, jak w przypadku każdej interwencji chirurgicznej, nie może być zagwarantowane. Czasem pomimo leczenia pierwotnych dolegliwości, utrzymują się one, bądź po pewnym czasie pojawiają się od nowa. W takich przypadkach może być konieczny ponowny zabieg artroskopowy (reartroskopia).

Wskazówki -postępowanie w okresie okołoperacyjnym

Prosimy o przestrzeganie zaleceń lekarskich!

Co najmniej 5 dni przed operacją należy poinformować lekarza o przyjmowanych na stałe lekach, w szczególności o lekach przeciwzakrzepowych („rozrzedzających krew”), takich jak aspiryna, polopiryna, heparyna, acenokumarol (Sintrom®), warfaryna (Warfin®) i inne.

W razie stwierdzenia niepokojących objawów po operacji, np. utrzymujący się mimo stosowanych leków ból, obrzęk stawu, podwyższenie temperatury – nadmierne ucieplenie stawu / ran pooperacyjnych lub gorączka >38°C – należy natychmiast skontaktować się z lekarzem lub najbliższym całodobowym ambulatorium chirurgicznym.

Z powodu pozostałego po zabiegu w tkankach miękkich płynu (soli fizjologicznej), mogą być przy poruszaniu kolanem słyszane odgłosy trzeszczenia; objawy te znikają najpóźniej 2 dni od operacji.

Okres, po jakim będziecie Państwo mogli znów poruszać stawem kolanowym w pełnym zakresie ruchomości i obciążać operowaną kończynę, zostanie ustalony przez lekarza prowadzącego.

Po operacji konieczne jest przyjmowanie leków przeciwzakrzepowych (profilaktyka zakrzepicy żył kończyn dolnych) – może się to wiązać ze zwiększoną skłonnością do krwawień. Należy poinformować o tym innych lekarzy (np. dentystę), z których pomocy Państwo korzystacie.

Przy wypisie do domu otrzymacie Państwo kartę informacyjną, w której zawarte będą niezbędne zalecenia, dotyczące postępowania pooperacyjnego, planowanych wizyt kontrolnych, przepisanych leków, unieruchomień stawu itp. W razie jakichkolwiek niejasności – prosimy o zadawanie pytań lekarzowi prowadzącemu.

Zgoda na wykonanie i wykorzystanie dokumentacji foto/video

Wyrażam zgodę na wykonanie podczas zabiegu dokumentacji filmowej (DVD), fotograficznej i dokumentacji radiologicznej oraz publikowania jej w celach dydaktycznych i naukowych – po usunięciu danych umożliwiających identyfikację, z zachowaniem przepisów Ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 1997 r. Nr 133, poz. 883 z późn. zmianami).

.....
data, podpis pacjenta / przedstawiciela ustawowego

Uwagi lekarza

(np. indywidualne czynniki ryzyka u pacjenta i wynikające z nich możliwe powikłania, informacje o możliwości ewentualnego rozszerzenia zakresu zabiegu)

Oświadczenie pacjenta – świadoma zgoda na zabieg

Podczas rozmowy z lekarzem _____ zostałem/am wyczerpująco poinformowany/a o planowanym zabiegu artroskopii stawu kolanowego lewego/prawego, w tym o: rodzaju operacji, związanym z nią ryzykiem i możliwymi powikłaniami, szansami powodzenia tego rodzaju leczenia, możliwym leczeniu alternatywnym, a także o procedurach towarzyszących, będących konsekwencją operacji (np. wstrzyknięcia), jak również o możliwym rozszerzeniu zakresu zabiegu (zmiana dostępu operacyjnego z małoinwazyjnego na otwartą operację na stawie kolanowym – artrotomia).

Nie mam więcej związanych z operacją i jej następstwami pytań, czuję się wystarczająco poinformowany/a i niniejszym wyrażam świadomą zgodę na zabieg. Zapoznałem/am się z możliwymi nieprzewidzianymi, a koniecznymi medycznie zmianami w planowanym leczeniu operacyjnym.

.....
data, podpis pacjenta / przedstawiciela ustawowego

Stwierdzam, że przedstawiłem pacjentowi oraz ewentualnie jego/jej przedstawicielowi ustawowemu planowany sposób leczenia zgodnie z prawdą i posiadaną wiedzą medyczną oraz poinformowałem o możliwych zagrożeniach i powikłaniach, które mogą wystąpić w przebiegu lub wyniku zabiegu.

.....
data, podpis i pieczęć lekarza