

Imię i nazwisko: .....  
PESEL: .....  
Nr historii choroby: .....

PR4\_F430\_w3  
str. 1



## KLINIKA NEUROCHIRURGII I NEUROLOGII ODDZIAŁ NEUROCHIRURGII

Kierownik Kliniki: dr hab. n. med. Paweł Sokal, prof. UMK

Sekretariat - tel. 52 3655 505, tel./fax: 52 3655 774, e-mail: neurochirurgia@biziel.pl

Szpital Uniwersytecki nr 2 im. dr. Jana Bizuela w Bydgoszczy, 85-168 Bydgoszcz ul. Ujejskiego 75

### INFORMACJA DLA PACJENTA ORAZ FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY NA PRZEPROWADZENIE STABILIZACJI TRANSPEDIKULARNEJ

#### INFORMACJA O STANIE ZDROWIA / ROZPOZNANIU:

Na podstawie przeprowadzonych dotychczas badań rozpoznano u Pani/Pana

KRĘGOZMYK LUB NIESTABILNOŚĆ KRĘGOSŁUPA L-S

Wskazaniem do operacji stabilizacji kręgosłupa L/S jest niestabilność. Niestabilność to patologiczna, nieprawidłowa, często nadmierna ruchomość poszczególnych segmentów kręgosłupa. Niestabilność występuje po urazach i złamaniach kręgosłupa, w wadach wrodzonych np. kręgozmyk, w chorobach nowotworowych kręgosłupa, często jest ona wynikiem choroby zwyrodnieniowej kręgosłupa. W chorobie tej na skutek niestabilności i ucisku na struktury nerwowe dochodzi do nieprawidłowości w funkcjonowaniu samego kręgosłupa, ale także do upośledzenia działania, a w późniejszym okresie do uszkodzenia rdzenia kręgowego i/lub korzeni nerwowych. Do najczęściej występujących objawów choroby należą m.in.:

- ostry lub przewlekły zespół bólowy
- zaburzenia wszystkich form czucia w zakresie unerwienia objętych chorobą struktur nerwowych
- osłabienie siły mięśniowej w zakresie unerwienia objętych chorobą struktur nerwowych, którym może towarzyszyć zanik mięśni
- zaburzenia zwieraczy (trudności w kontrolowaniu oddawania moczu i/lub stolca)
- zaburzenia funkcji seksualnych

Odstąpienie od leczenia operacyjnego rozpoznanej u Pani/Pana choroby kręgosłupa może powodować wystąpienie bądź też nasilenie się różnych objawów doprowadzających w efekcie do poważnego i trwałego uszczerbku na zdrowiu.

Odstąpienie od leczenia operacyjnego rozpoznanej u Pani/Pana choroby kręgosłupa może powodować wystąpienie bądź też nasilenie się różnych objawów doprowadzających w efekcie do poważnego i trwałego uszczerbku na zdrowiu.

Imię i nazwisko: .....  
PESEL: .....  
Nr historii choroby: .....

PR4\_F430\_w3  
str. 2

## **PROPONOWANE ORAZ MOŻLIWE METODY DIAGNOSTYCZNE/LECZNICZE:**

Proponowane leczenie: **Stabilizacja transpedikularna z lub bez odbarczenia, ewentualnie stabilizacja międzytrzonowa**

Operacja polega na nacięciu powłok nad miejscem objętym chorobą. W następnej kolejności lekarz odpreparuje przylegające w tym miejscu do kręgosłupa mięśnie. Pełne dotarcie do właściwego segmentu kręgosłupa wymaga wykonania, w zależności od warunków anatomicznych, charakteru schorzenia oraz stopnia zaawansowania choroby, odmiennych postaci tzw. dostępu kostnego (fenestracja, hemilaminektomia, laminektomia i inne). Chociaż przebieg zabiegu jest szczegółowo planowany przed operacją, to o ostatecznym przebiegu procedury decyduje śródoperacyjnie neurochirurg. Po etapie odbarczenia kolejnym jest etap stabilizacji. Pod kontrolą rtg wprowadza się różnego rodzaju śruby, a następnie łączy się je prętami. Najczęściej wprowadzane są śruby przez skórnie przez niewielkie nacięcia skóry gdy nie ma potrzeby wykonywania odbarczenia struktur kanału kręgowego. Czasem istnieje konieczność usunięcia dysku i wprowadzenia klatek międzytrzonowych. W niektórych przypadkach w trakcie zabiegu stosowany jest rtg 3D celem oceny położenia implantów. W trakcie zabiegu zdarza się zmiana ustawienia systemu stabilizacji. O konieczności zastosowania oraz o doborze odpowiedniego rodzaju implantu decyduje śródoperacyjnie przeprowadzający zabieg lekarz. Zastosowanie implantów może mieć wpływ na ryzyko związane z przeprowadzanym zabiegiem. Operację przeprowadza się w znieczuleniu ogólnym. Chociaż przebieg zabiegu jest szczegółowo planowany przed operacją, to o ostatecznym przebiegu procedury decyduje śródoperacyjnie neurochirurg. W niektórych przypadkach operacji kręgosłupa konieczne jest zastosowanie implantów kręgosłupowych, mających na celu poprawę stabilności kręgosłupa.

Operację przeprowadza się w znieczuleniu ogólnym. O szczegółach i zagrożeniach związanych ze znieczuleniem poinformuje Panią/Pana lekarz anestezjolog. Po zabiegu operacyjnym wróci Pani/Pan na salę chorych. W przypadku dolegliwości bólowych zlecone będzie miał/a Pan/Pani leki przeciwbólowe. Jeżeli mimo podawanych leków odczuwać będzie Pan/Pani dolegliwości bólowe należy zgłosić to lekarzowi, a zmieni on dawki leków lub dołączy leki o silniejszym działaniu.

O wszystkich wiadomych państwu uczuleniach na leki lub środki medyczne należy koniecznie informować personel medyczny. Lekarz poinformuje panią/pana o możliwości opuszczenia łóżka. Procedura leczenia chirurgicznego schorzeń kręgosłupa związana jest zawsze z pewnym ryzykiem powikłań. Nie można zagwarantować pełnego powodzenia dla każdego bez wyjątku. Dlatego jest bardzo ważne, aby Państwo przeczytali i zaznajomili się ze związanym z planowaną operacją ryzykiem i możliwymi pooperacyjnymi powikłaniami. Lekarz poinformuje Panią/Pana o możliwości opuszczenia łóżka.

## **OPIS MOŻLIWYCH POWIKŁAŃ STANDARDOWYCH ZWIĄZANYCH Z PROPONOWANĄ PROCEDURĄ MEDYCZNĄ**

1. Konieczność repozycji śruby w trakcie lub w kolejnych dobach po zabiegu.

2. Możliwość złamania się implantu w trakcie życia.

3. Konieczność rozszerzenia lub usunięcia zestawu w trakcie życia.

4. Infekcje:

- powierzchowne infekcje, powodujące przedłużone gojenie się rany, mogące wymagać stosowania miejscowego lub ogólnego antybiotyków. W niektórych przypadkach także rewizji rany. Zwiększone ryzyko infekcji występuje u osób starszych, otyłych, chorujących na cukrzycę, przyjmujących przewlekle leki sterydowe)

- infekcje głębokie- występują rzadziej, a obejmują m.in. przestrzeń międzykręgową (tzw. discitis), ropień nadtwardówkowy, zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych.

- infekcje uogólnione- np. zapalenie płuc, infekcje dróg moczowych lub uogólnione zakażenie krwi. Zwiększone ryzyko infekcji występuje m.in. u osób starszych, otyłych, chorujących na cukrzycę, uogólnioną chorobę nowotworową, przyjmujących przewlekle leki sterydowe, długotrwanie przebywających w pozycji leżącej, z założonym cewnikiem w drogach moczowych czy też z wkłuciem centralnym.

5. Niezamierzone otwarcie worka oponowego mogące spowodować wyciek płynu mózgowordzeniowego.

Płynotok ma wpływ na przebieg gojenia się rany i może wymagać zastosowania zewnętrznego drenażu łądźwiowego lub reoperacji. Ryzyko wystąpienia niezamierzonego otwarcia worka oponowego jest większe w grupie chorych operowanych po raz kolejny.

6. Ryzyko przejściowego lub trwałego wystąpienia zaburzeń ruchowych i/lub czuciowych o charakterze zaburzeń czucia powierzchniowego, głębokiego, drętwienia oraz mrowienia wynikających z manipulacji w okolicy korzeni nerwowych.

7. Operacja może nie pomóc

**Do rzadziej występujących powikłań, które mogą wystąpić w trakcie operacji lub w okresie pooperacyjnym należą:**

1. Bezpośrednie uszkodzenie struktur nerwowych.

2. Uszkodzenie struktur anatomicznych leżących w sąsiedztwie operowanego obszaru kręgosłupa obejmujące m.in.

- duże naczynia krwionośne (tętnice, żyły), których uszkodzenie może spowodować masywny krwotok. Leczenie tego powikłania wymagać może interwencji chirurgicznej i/lub transfuzji krwi.

- moczowody, pęcherz moczowy lub inne struktury jamy brzusznej

3. Zakrzepica żył głębokich mogąca spowodować zatorowość płucną.

Imię i nazwisko: .....  
PESEL: .....  
Nr historii choroby: .....

4. Zbyt duże i przeszkadzające blizny, które mogą powstawać w przypadku skłonności osobniczych lub komplikacji w procesie gojenia

Ponadto wystąpić mogą powikłania wynikające z zastosowania środków czy też sprzętu medycznego (np.: uszkodzenia skóry przez środki dezynfekcyjne lub prąd elektryczny, zakażenie wirusem zapalenia wątroby). Pojawić się mogą także powikłania wynikające z długotrwałego leżenia w jednej pozycji w trakcie operacji.

W przypadku niedowładu lub porażenia kończyn, szczególnie trwającego dłuższy czas szansa na pełny powrót do zdrowia / poprawa siły mięśniowej, czucia, ustąpienie zaburzeń funkcji zwieraczy / jest mało prawdopodobna. W tych przypadkach zabieg ma na celu dekompresję struktur nerwowych i stabilizację kręgosłupa w uszkodzonym odcinku co umożliwi lepszą rehabilitację.

Wyżej wymienione powikłania są znanymi efektami niepożądanymi, które spotykano w praktyce. Jednak należy mieć świadomość, że na skutek zabiegu mogą zdarzyć się inne powikłania, trudne do przewidzenia, czy nawet zupełnie niespodziewane

**Wymienione powikłania mogą wymagać dalszych operacji lub leczenia i mogą być przyczyną trwałego uszczerbku na zdrowiu lub śmierci.**

#### **INNE METODY LECZENIA:**

Zaliczamy tu leczenie zachowawcze – ćwiczenia mięśni posturalnych, rehabilitacja z fizykoterapią, nauka właściwych zachowań i sposobów nie wywoływania bólu w sytuacji przeciążeniowej kręgosłupa

W Klinice Neurochirurgii ryzyko zakażenia wynosi poniżej 3% hospitalizowanych pacjentów.

Opis zwiększonego ryzyka określonych powikłań w związku ze stanem zdrowia pacjenta (*wypełnia lekarz oddziału*):

.....

#### **ROKOWANIE:**

Prawdopodobieństwo powodzenia proponowanej operacji jest w Pani/Pana przypadku:

**duże**

**średnie**

**ograniczone**

Imię i nazwisko: .....  
PESEL: .....  
Nr historii choroby: .....

PR4\_F430\_w3  
str. 5

#### **KONSEKWENCJE ZANIECHANIA LECZENIA:**

Wskazania do proponowanej operacji poparte są stopniem zaawansowania choroby i/lub brakiem skuteczności zastosowanych alternatywnych metod leczenia. Odroczenie leczenia operacyjnego może doprowadzić do pogorszenia sprawności i nasilenia dolegliwości bólowych oraz deficytów neurologicznych

#### **KONIECZNOŚĆ ZMIANY/ROZSZERZENIA ZABIEGU OPERACYJNEGO WYSTĘPUJĄCA PODCZAS JEGO TRWANIA:**

W czasie zabiegu operacyjnego możemy stwierdzić istnienie szczególnych i trudnych do przewidzenia okoliczności, które mogą wymagać zmiany lub rozszerzenia wstępnie proponowanej operacji. W rzadkich przypadkach może się to wiązać ze znacznym rozszerzeniem operacji, którego następstwa wykraczają poza zakres informacji zamieszczonych w niniejszym formularzu.

Przy braku Pani/Pana zgody zabieg operacyjny musiałby zostać przerwany, następnie powtórzony w terminie późniejszym, co stanowiłoby dodatkowe obciążenie dla Pani/Pana zdrowia. W przypadku szczególnego rodzaju zagrożeń, należy się liczyć z możliwością podjęcia radykalnych metod leczenia mających na celu ratowanie zdrowia i życia. Prosimy o wyrażenie zgody także i na tę okoliczność.

#### **REKONWALESCENCJA:**

Uruchomienie, oraz powrót do codziennej aktywności możliwy jest w ciągu kilku dni .

Standardowo pierwsza kontrola po operacji następuje w Poradni Neurochirurgicznej do 30 dni po wypisie ze szpitala. Kolejna po 3 miesiącach i ostatnia po roku od operacji. Dla właściwej kontroli procesu leczenia należy przestrzegać terminów wizyt i bezwzględnie stosować do zaleceń lekarskich.

#### **PYTANIA PACJENTA:**

.....

#### **OŚWIADCZENIE PACJENTA:**

Oświadczam, że podczas wywiadu lekarskiego i badania nie zataiłam/nie zataiłem istotnych informacji dotyczących stanu zdrowia, badań oraz przebytych chorób.

W pełni zrozumiałam/zrozumiałem informacje zawarte w tym formularzu oraz przekazane mi podczas rozmowy z lekarzem. Zapewniono mi nieograniczone możliwości zadania pytań, na wszystkie udzielono mi odpowiedzi i wyjaśnień w sposób satysfakcjonujący.

Po zapoznaniu się z treścią tego formularza i rozmowie wyjaśniającej z Panią/Panem

Imię i nazwisko: .....  
PESEL: .....  
Nr historii choroby: .....

dr....., spełnione zostały wszelkie moje wymagania co do informacji na temat:

- rozpoznania
- proponowanych oraz alternatywnych metod diagnostycznych i leczniczych
- dających się przewidzieć następstw zastosowania tych metod lub ich zaniechania
- wyników leczenia operacyjnego
- rokowania
- ewentualnego leczenia pooperacyjnego

Znane mi są możliwe powikłania związane z tym zabiegiem operacyjnym.

Bez zastrzeżeń zgadzam się na przeprowadzenie u mnie opisanej procedury medycznej.

#### UWAGI LEKARZA

.....  
.....

#### PODPIS PACJENTA I LEKARZA

Data (godzinowa) oraz podpis pacjenta lub przedstawiciela ustawowego	
Data (godzinowa), podpis oraz pieczętka lekarza	

#### SPRZECIW PACJENTA

**Nie zgadzam się na proponowany mi zabieg operacyjny. Zostałam/Zostałem poinformowana/y o możliwych negatywnych konsekwencjach takiej decyzji dla mojego zdrowia i życia.**

Data (godzinowa) oraz podpis pacjenta lub przedstawiciela ustawowego	
Data (godzinowa), podpis oraz pieczętka lekarza	