

Imię i nazwisko:
PESEL:
Nr historii choroby:

PR4_F270_w1
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 przerowadzenie operacji stabilizacji czaszkowo-kręgosłupowej

INFORMACJA O STANIE ZDROWIA / ROZPOZNANIU:

Na podstawie przeprowadzonych dotychczas badań rozpoznano u Pani/Pana (istnieje u Pani/Pana podejrzenie):
niestabilność w odcinku szyjnym kręgosłupa

Niestabilność to patologiczna, nieprawidłowa, często nadmierna ruchomość poszczególnych segmentów kręgosłupa. Niestabilność występuje najczęściej po urazach kręgosłupa, w wadach wrodzonych, rzs, nowotworach. W chorobie tej dochodzi do nieprawidłowości w funkcjonowaniu samego kręgosłupa, ale także może dojść do **uszkodzenia rdzenia** kręgowego i/lub korzeni nerwowych. Konsekwencją tego może być nagła śmierć, postępujący niedowład kończyn górnych i dolnych, zaburzenia oddechu.

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.

PROPONOWANE ORAZ MOŻLIWE METODY DIAGNOSTYCZNE/LECNICZE:

Proponowane leczenie/badanie polega na **leczeniu operacyjnym, czyli stabilizacji czaszkowo-kręgosłupowej i ewentualnie dekompresji struktur nerwowych kanału kręgowego drogą laminketomii jedno lub wielopoziomowej**

Operacja polega na nacięciu powłok nad miejscem objętym chorobą. W następnej kolejności lekarz odpreparuje przylegające w tym miejscu do kręgosłupa i czaszki mięśnie. Często istnieje konieczność usunięcia części kości czaszki i kręgosłupa celem odbarczenia rdzenia kręgowego. 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, haki a następnie łączy się je prętami. W niektórych przypadkach w trakcie zabiegu stosowany jest tomograf komputerowy 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. O szczegółach i zagrożeniach związanych ze znieczuleniem poinformuje Panią/Pana lekarz anesteziolog. Po zabiegu operacyjnym wróci Pani/Pan na salę chorych.

Imię i nazwisko:
PESEL:
Nr historii choroby:

W loży pooperacyjnej umieszczony będzie dren połączony z butelką Redona, który ma na celu odprowadzenie gromadzącej się w miejscu operacji krwi. Drenaż będzie usunięty w pierwszej dobie po operacji. W niektórych przypadkach lekarz może podjąć decyzję o niepozostawieniu drenu, lub też

o utrzymaniu drenażu dłużej niż przez dobę. 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.

INNE METODY LECZENIA: niewielką niestabilność kręgosłupa szyjnego, nieurazową, bez złamania czy uszkodzenia więzadeł kręgosłupa można leczyć zachowawczo poprzez odpowiednią rehabilitację pod okiem fizjoterapeuty – terapia manualna i ćwiczenia;

W niektórych przypadkach złamań kręgosłupa z niestabilnością można ją leczyć poprzez noszenie gorsetu szyjnego przez kilka m-cy do czasu zagojenia złamania; to lekarz zdecyduje czy proces gojenia się zakończył i czy kręgosłup jest stabilny;

MOŻLIWOŚĆ WYSTĄPIENIA POWIKŁAŃ:

Powikłania związane z planowaną operacją mogą między innymi polegać na:

Powikłania, które mogą pojawić się w trakcie operacji lub w okresie pooperacyjnym należą:

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, długotrwale przebywających w pozycji leżącej, z założonym cewnikiem w drogach moczowych czy też z wkłuciem centralnym.

Imię i nazwisko:
PESEL:
Nr historii choroby:

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

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 struktur 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 w tym do uszkodzenia rdzenia kręgowego włącznie czego skutkiem może być niedowład kończyn górnych i dolnych i zaburzenia oddechowe.

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.

3. Zakrzepica żył głębokich mogąca spowodować zatorowość płucną.

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.

Powikłania ogólne: zapalenie płuc; zatory i zakrzepy żyłne w tym zatorowość płuc; udar mózgu; zawał mięśnia sercowego; zakażenie ogólnoustrojowe; niewydolność oddechowa; uogólniona reakcja uczuleniowa; zgon.

Liczba powikłań zależy od wielu czynników takich jak zaawansowanie chorób towarzyszących, uprzednich zabiegów operacyjnych, stopnia zaawansowania choroby, nieprawidłowości lub nietypowej budowie anatomicznej oraz innych niemożliwych do przewidzenia przyczyn.

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

.....
.....

Imię i nazwisko:
PESEL:
Nr historii choroby:

przygięcia szyi i kręgosłupa. Należy unikać sytuacji obciążających kręgosłup szyjny, szczególnie sytuacji prowokujących przeciążenie i możliwy uraz odcinka szyjnego.

W dalszym ciągu należy unikać sytuacji szczególnego obciążenia kręgosłupa Pełna przebudowa kostna operowanego odcinka kręgosłupa dokonuje się do jednego roku od operacji. Po tym czasie zespolenie uznaje się za stabilne i wytrzymałe. Wówczas możliwy jest całkowity powrót do pełnej aktywności.

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.

Trzeba pamiętać, że sama operacja jest dopiero początkiem leczenia spondylozy szyjnej. Moment operacji jest równie ważnym etapem leczenia jak rekonwalescencja. Wspomniany wyżej, pełny proces leczenia trwa około roku i wymaga częściowej zmiany stylu życia. Skuteczność proponowanego leczenia zależy w równym stopniu od pomyślnego przebiegu leczenia operacyjnego jak i dalszego postępowania pooperacyjnego.

Obecnie stosowane implanty neurochirurgiczne nie zawierają elementów wykluczających możliwość wykonania kolejnych badań obrazowych rezonansu magnetycznego. Materiały, z których są wykonane, jak i same implanty, zostały przebadane pod względem bezpieczeństwa w polu magnetycznym przez producentów.

PYTANIA PACJENTA:

.....
.....

Imię i nazwisko:
PESEL:
Nr historii choroby:

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

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 pieczęć 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 pieczęć lekarza	