



USUNIĘCIE PĘCHERZYKA ŻÓLCIOWEGO (cholecystectomy)

Kiedy wykonuje się cholecystektomię? (wskazania do zabiegu).

- Zabieg wykonywany jest najczęściej w przypadku stwierdzenia w pęcherzyku żółciowym kamieni, które wywołują dolegliwości, takie jak bóle i gnecenie w prawej górnej części brzucha, uczucie pełności w żołądku, nudności i wymioty gorzką treścią, zwykle pojawiające się po obfitym posiłku. Rozpoznanie kamicy pęcherzyka żółciowego wymaga w takim przypadku potwierdzenia w badaniu ultrasonograficznym (usg) jamy brzusznej. W tej grupie pacjentów zabieg operacyjny wykonuje się w trybie planowym, a więc po starannym przygotowaniu pacjenta, w terminie najbardziej dla niego korzystnym.
- Wskazaniem do zabiegu jest też podejrzenie łagodnego (polip) nowotworu pęcherzyka żółciowego, albo raka pęcherzyka żółciowego. Są to choroby bardzo rzadkie, zwykle nie dające wyraźnych objawów i dlatego rozpoznawane najczęściej przypadkowo.

Jakie są przeciwwskazania do zabiegu?

- ◆ Brak zgody pacjenta na zabieg operacyjny
- ◆ Ciężki stan ogólny pacjenta, zwłaszcza niewyrównane, groźne choroby ogólnoustrojowe, takie jak choroba niedokrwienna serca, niewydolność krążenia, niewydolność oddechowa, zaburzenia rytmu serca, wysokie nadciśnienie tętnicze
- ◆ Ropne choroby skóry brzucha zwykle wymagające wyleczenia przed zabiegiem operacyjnym

Co może się stać, jeśli nie wykona się operacji, mimo wskazań medycznych?

Nie leczona objawowa kamica pęcherzyka żółciowego może doprowadzić do poważnych powikłań, takich jak: ostre zapalenie pęcherzyka żółciowego, żółtaczka mechaniczna i ostre zapalenie trzustki. Długotrwała, nie leczona kamica może być przyczyną rozwoju raka pęcherzyka żółciowego.

Alternatywne sposoby leczenia.

We współczesnej medycynie nie ma innych sposobów leczenia jak leczenie operacyjne.

Jak przygotować się do operacji?

- Jeśli chorujesz na schorzenia takie, jak **cukrzyca, nadciśnienie tętnicze, choroba wieńcowa, zaburzenia rytmu serca, alergię** lub jeśli przyjmujesz leki **zmniejszające krzepliwość krwi** (aspiryna, acard, polocard, acenokumarol, sintrom, warfin, ticlopidyna, kłopidogrel) poinformuj o tym swojego chirurga i zgłoś się do swojego Lekarza Rodzinnego w celu odpowiedniego przygotowania do operacji.
- Jeśli przyjmujesz hormonalne środki antykoncepcyjne lub stosujesz hormonalną terapię zastępczą w okresie menopauzy – odstaw leki hormonalne (hormony płciowe) miesiąc przed operacją.
- Jeśli cierpisz na próchnicę zębów – zgłoś się do dentysty i wylecz zęby odpowiednio wcześniej.

DI-PP-OS 1/24

- W przypadku stosowania na stałe leków – zabierz je ze sobą do szpitala w oryginalnych opakowaniach.
- Ostatni posiłek powinien być zjedzony najdalej sześć godzin przed operacją.
- **Do szpitala prosimy zabrać skierowanie na operację (nie obowiązuje w przypadku operacji opłacanych prywatnie) oraz wyniki badań dodatkowych (USG), a także przybory toaletowe.**
- W dniu zabiegu, w domu, pacjent powinien wykonać dokładną poranną toaletę (kąpiel lub prysznic) całego ciała.
- Prosimy o zabranie ze sobą piżamy, szlafroka i kapci.
- Prosimy **NIE GOLIĆ** miejsca operowanego, uczyni to fachowy personel bezpośrednio przed operacją. Golenie w domu powoduje ryzyko **zakażenia** ran operacyjnych i może być przyczyną **odmowy przyjęcia** pacjenta do szpitala!
- Palacze tytoniu powinni zaprzestać palenia w okresie okołoperacyjnym. Palenie powoduje skurcz naczyń krwionośnych, co utrudnia gojenie rany oraz pogarsza wydolność oddechową, co powoduje wzrost częstości powikłań oddechowych po operacji.

W wyznaczonym terminie, zazwyczaj kilka dni przed zabiegiem, odbędzie się rozmowa z anestezjologiem, podczas której zostanie omówiony sposób znieczulenia. Tego samego dnia pielęgniarka pobierze krew do badań niezbędnych do operacji.

Gdzie zgłosić się w dniu operacji?

W dniu operacji prosimy zgłosić się z niezbędnymi dokumentami (skierowanie na operację, podpisana zgoda na operację, wyniki badań USG i dowód ubezpieczenia) do Izby Przyjęć. Po przyjęciu do szpitala jeszcze raz można będzie porozmawiać z chirurgiem – operatorem oraz z anestezjologiem i zadać im ewentualne pytania.

Jak przebiega zabieg?

- Cholecystektomię wykonuje się w znieczuleniu ogólnym (narkoza - pacjent śpi w czasie zabiegu)
- Usunięcie pęcherzyka żółciowego można wykonać dwiema metodami – tak zwaną klasyczną (tradycyjną, otwartą) i laparoskopową. W obu przypadkach zabieg operacyjny ma na celu dokładne oddzielenie pęcherzyka żółciowego od otaczających go narządów, a następnie, po odnalezieniu i zabezpieczeniu (podwiązaniu) zaopatrujących go naczyń krwionośnych oraz przewodu pęcherzykowego łączącego pęcherzyk z przewodem żółciowym wspólnym, usunięcie pęcherzyka wraz ze znajdującymi się w jego wnętrzu kamieniami.
- **Cholecystektomia tradycyjna** polega na nacięciu brzucha w jego górnej części (cięcie przebiega pionowo w dół lub skośnie, pośrodku jamy brzusznej lub po jej prawej stronie), a następnie po odnalezieniu pęcherzyka, podwiązaniu jego naczyń i przewodu pęcherzykowego, na usunięciu go w całości.
- **Cholecystektomia laparoskopowa** różni się od tradycyjnej tym, że chirurg nie wykonuje dużego cięcia na brzuchu, lecz jedynie kilka (zwykle trzy lub cztery) niewielkie otwory, przez które wprowadza do wnętrza jamy otrzewnej specjalną niewielką kamerę oraz długie i cienkie narzędzia chirurgiczne. Tak więc, cały przebieg zabiegu, który jest bardzo podobny jak w metodzie tradycyjnej, lekarze obserwują na ekranie monitora. Aby wnętrze jamy otrzewnej stało się lepiej widoczne, do jej wnętrza pompuje się specjalny gaz, który unosi powłoki brzucha. Obecnie cholecystektomia laparoskopowa stała się podstawową metodą

usuwania pęcherzyka żółciowego i w wielu oddziałach liczba pacjentów operowanych w ten sposób przewyższa liczbę chorych operowanych tradycyjnie. Wybór danej metody operacyjnej jest jednak kwestią woli pacjenta, który podejmuje decyzję w porozumieniu z operującym chirurgiem.

- Należy podkreślić, że w razie jakichkolwiek trudności w trakcie przeprowadzania zabiegu metodą laparoskopową chirurg zdecydować może o zmianie metody operacyjnej, naciąć jamę brzuszną i przeprowadzić zabieg w tradycyjny sposób. Decyzja taka jest zawsze podyktowana dobrem pacjenta i nie można jej traktować jako błędu lekarza.
- Niezależnie od metody operacyjnej, po zabiegu w jamie brzusznej pacjenta pozostawia się zwykle dren, czyli cieką rurkę, przez którą na zewnątrz wypływać może krew lub inny gromadzący się często po operacji płyn

Przebieg pooperacyjny.

- Po zabiegu operacyjnym pacjent najczęściej powraca na swoją salę, jedynie w wyjątkowej sytuacji wymagać może dłuższego pobytu na sali pooperacyjnej lub w oddziale intensywnej opieki medycznej. Po zabiegu pacjentami opiekuje się pielęgniarka dyżurna, do niej należy zwracać się w przypadku dolegliwości, bólów, chęci wstania z łóżka itp. Ponadto w oddziale szpitalnym jest lekarz dyżurny, który interweniuje w nagłych przypadkach.
- W przypadkach niepowikłanych pacjent może pić i jeść już w ciągu pierwszych 24 godzin po zabiegu operacyjnym
- Także w pierwszej dobie pooperacyjnej pacjent powinien zacząć siadać na łóżku, a następnie wstawać i chodzić. **Uwaga!!! Pierwszy spacer po zabiegu powinien odbyć się pod opieką pielęgniarki lub członka rodziny.**
- Następnego dnia po operacji odbywa się wizyta chirurga – operatora, zmienia się opatrunki i podejmuje decyzję o wypisie do domu. W przypadku wypisu pacjent otrzymuje kartę informacyjną, recepty na potrzebne leki, dodatkowe ustne zalecenia od operatora oraz w razie potrzeby zwolnienie z pracy. Ma też wyznaczony termin kontrolnej wizyty u lekarza, który go operował.
- Przed operacją pacjent powinien zapewnić sobie transport do domu – nie powinien prowadzić samochodu ani jechać środkami transportu publicznego. Powinien mieć zapewnioną opiekę bliskich w ciągu pierwszej doby po wypisaniu. Ze względu na przebyte znieczulenie ogólne nie powinien podpisywać żadnych ważnych dokumentów ani zobowiązań przez 48 godzin po operacji.
- Należy zrealizować przepisane recepty i przyjmować leki zgodnie z zaleceniami lekarza.
- Opatrunki należy zmieniać codziennie przemywając rany środkami odkażającymi (octenisept, spirytus) i utrzymywać je w czystości. W przypadku zaczerwienienia, bólu i obrzęku rany pooperacyjnej oraz gorączki, należy skontaktować się z lekarzem.
- Po wypisaniu ze szpitala pacjent wraca do domu, a po upływie dwu-, trzytygodniowego okresu rehabilitacji powraca do pełnej aktywności zawodowej. Ze względu na możliwość powstania przepukliny w bliźnie pooperacyjnej zwykle należy unikać przez około dwa, trzy miesiące intensywnego wysiłku fizycznego (dotyczy głównie chorych operowanych w sposób tradycyjny).
- Po zabiegu operacyjnym wskazane jest przestrzeganie diety wątrobowej przez okres 2-3 miesięcy. Żywnienie obejmuje ograniczenie tłuszczów (zwierzęcych i roślinnych) w posiłkach oraz spożywanie niewielkich ilości jedzenia kilka (6-7) razy dziennie. Nieprzestrzeganie

DI-PP-OS 1/24

diety prowadzi do dolegliwości brzusznych – wzdęć, bólów brzucha, biegunek. Większość operowanych wraca do normalnego sposobu żywienia w ciągu kilku miesięcy.

Możliwe powikłania.

Wskutek leczenia operacyjnego dojść może do powikłań:

- Krwawienie do wnętrza jamy otrzewnej wymagające zwykle powtórnego zabiegu operacyjnego celem jego zatrzymania.
- Wyciek żółci do jamy otrzewnej z przewodu pęcherzykowego lub obecnych dodatkowych, niewidocznych w czasie zabiegu przewodów żółciowych.
- Uszkodzenie w trakcie operacji przewodu żółciowego wspólnego prowadzące do wystąpienia żółtaczki, a nawet do ciężkiego uszkodzenia wątroby (powikłanie rzadkie).
- Zakażenie lub opóźnione gojenie rany pooperacyjnej.
- Przepuklina w bliźnie pooperacyjnej.
- Bóle barków, które ustępują po zwykłych środkach przeciwbólowych i na ogół są krótkotrwałe.
- Zakrzepica w żyłach głębokich kończyn dolnych i miednicy (dotyczy zabiegów w znieczuleniu ogólnym) – może wystąpić pomimo profilaktyki przeciwzakrzepowej stosowanej rutynowo w każdej tego typu operacji. Zakrzepica żył głębokich wymaga leczenia, niesie ze sobą ryzyko zatorowości płucnej, ostrej lub przewlekłej niewydolności oddechowej i krążeniowej, a także nagłego zgonu.
- Inne, rzadkie i trudne do przewidzenia powikłania.

ZGODA NA WYCIĘCIE PĘCHERZYKA ŻÓLCIOWEGO

Z pacjentką(em) przeprowadzono rozmowę, podczas której w sposób zrozumiały przedstawiłem celowość przeprowadzenia zabiegu, jego przewidywany przebieg i możliwe do wystąpienia powikłania. Pacjentkę(ta) zakwalifikowano do zabiegu.

.....
Pieczętka i podpis lekarza

Po rozmowie z lekarzem, podczas której mogłam zadawać pytania i otrzymałam wyczerpujące odpowiedzi, po zapoznaniu się z rodzajem zabiegu, licząc się z możliwością wystąpienia powikłań oraz śródoperacyjną zmianą postępowania dyktowaną wskazaniem medycznym, wyrażam zgodę na wycięcie pęcherzyka żółciowego

Imię..... Nazwisko.....

.....
data

.....
podpis pacjentki(a)

REGULAMIN ODDZIAŁU SZPITALNEGO SALUS

§ 1

Zadaniem Oddziału Szpitalnego SALUS jest wykonywanie usług zdrowotnych, obejmujących diagnozowanie i leczenie oraz opiekę pielęgniarską w ramach lecznictwa zamkniętego.

§ 2

Czynności diagnostyczne i lecznicze w zakresie swoich kompetencji wykonują samodzielnie lekarze specjaliści przy wsparciu personelu pielęgniarskiego. Nadzór nad pracą personelu medycznego sprawuje Z-ca Dyrektora ds. Medycznych oraz Naczelną Pielęgniarką.

§ 3

Oddziałem kieruje Ordynator, którego zadaniem jest zapewnienie odpowiednich warunków organizacyjnych i technicznych dla działania oddziału, nadzór nad przestrzeganiem zasad współczesnej wiedzy medycznej, przyjętych standardów i procedur w postępowaniu leczniczym oraz nadzór nad prawidłowym prowadzeniem obowiązującej dokumentacji. Ordynator prowadzi również nadzór nad monitorowaniem i zapobieganiem zakażeniom szpitalnym.

§ 4

Ordynator wykonuje swoje funkcje przy pomocy pielęgniarki oddziałowej, której podstawowym zadaniem jest zapewnienie najlepszej opieki oraz warunków pobytu chorym. Pielęgniarka oddziałowa realizuje swoje zadania przy wsparciu zespołu pielęgniarek, którym zarządza, nadzoruje i jest odpowiedzialna za ich stan wiedzy fachowej oraz poziom etyczny. Pielęgniarka oddziałowa współdziała z lekarzami i właściwym personelem fachowym w zapobieganiu i zwalczaniu zakażeń szpitalnych.

§ 5

Lekarze specjaliści w ramach wykonywania świadczeń ambulatoryjnych kwalifikują chorych do leczenia szpitalnego, decydują o sposobie leczenia i samodzielnie wykonują zabiegi operacyjne, jak również, przy udziale lekarza anestezjologa ustalają postępowanie pooperacyjne, a następnie prowadzą leczenie ambulatoryjne, aż do całkowitego wyleczenia. Przy wykonywaniu powyższych czynności, lekarze specjaliści obowiązani są do przestrzegania przyjętych standardów i procedur w postępowaniu profilaktyczno-leczniczym oraz przestrzegania zaleceń krajowego nadzoru specjalistycznego.

§ 6

Pielęgniarka dyżurna wykonuje zlecenia lekarskie, prowadzi obserwację i pielęgnację chorych. Przy wykonywaniu zleceń i czynności pielęgnacyjnych, przestrzega ustalonych standardów i procedur postępowania.

ZASADY POBYTU I ODWIEDZIN W ODDZIALE

§ 7

Oddział Szpitalny SALUS zapewnia warunki i możliwość przebywania na jego terenie rodzinie, bliskim i opiekunom pacjenta. Z uwagi na dobro chorych i procesu leczniczego **obecność osób towarzyszących dopuszczalna jest codziennie w godzinach 6.00 – 22.00** lub za zgodą lekarza prowadzącego i/lub Ordynatora całodobowo. Pacjenci oddziału mają możliwość spotkania z osobami odwiedzającymi w osobnym, przeznaczonym do tego celu pomieszczeniu Świątlicy.

W sytuacjach wyjątkowych (np. epidemiologicznych) odwiedzanie chorych przez bliskich może być decyzją Ordynatora lub Dyrektora Medycznego ograniczone lub wstrzymane.

Nie jest dozwolone przebywanie rodziny, bliskich i opiekunów pacjenta na sali intensywnego nadzoru pooperacyjnego.

§ 8

Udział krewnych pacjenta w procesie opieki dopuszczalny jest wyłącznie w zakresie określonym przez Ordynatora lub inny upoważniony personel medyczny i za jego zgodą i wiedzą.

§ 9

Pacjenci winni zgłaszać personelowi medycznemu wszelkie swoje dolegliwości, a także, gdy okoliczności tego wymagają, a możliwości pozwalają, dolegliwości innych pacjentów, mogące wskazywać na potrzebę pilnej pomocy.

§ 10

Pacjenci przed zabiegami powinni zgłaszać personelowi medycznemu fakt ewentualnego spożycia posiłku lub napoju.

