

LECZENIE OPERACYJNE SKRZYDLIKA

Skrzydlikiem określa się degenerację tkanek okołorąbkowych powodującą rozrost tkanki włóknisto-naczyniowej o trójkątnym kształcie najczęściej zlokalizowaną w kącie przyśrodkowym, rzadziej skroniowym gałki ocznej.

Celem zabiegu jest usunięcie tkanki narastającej na rogówkę, zmniejszenie światłowstrętu i łzawienia w przypadku wypukłych skrzydlików, jak również ze względów kosmetycznych. Nawroty skrzydlika są dość częste-zabieg usuwa efekt a nie przyczynę schorzenia, którym jest defekt komórek macierzystych rąbka rogówki.

Przebieg zabiegu

Zabieg przeprowadza się na sali operacyjnej, pod mikroskopem, w znieczuleniu miejscowym (kroplowe i podspojówkowe). Znieczulenie ogólne stosowane jest wyjątkowo - u osób niewspółpracujących. W trakcie zabiegu nie należy wykonywać ruchów głową i ustawiać oczy w kierunku zalecanym przez operatora w celu umożliwienia wykonania precyzyjnego zabiegu. Czas trwania zabiegu usunięcia skrzydlika wynosi około 20 minut. Po odcięciu zmiany zakładany jest szew wchłaniający na ranę spojówki, podawane są antybiotyki miejscowo. Opatrunek należy utrzymywać na oku do następnego dnia.

Pooperacyjny dyskomfort

- zaczerwienienie oka, kłucie, światłowstręt, obrzęk spojówki, wylew podspojówkowy – są typowe po zabiegu, o różnym stopniu nasilenia, zależnie od wrażliwości pacjenta i na ogół nie wymagają stosowania leków przeciwbólowych ogólnie
- gojenie trwa 4-6 tygodni i w tym czasie należy stosować krople, maści i żele oczne zgodnie z zaleceniem lekarza operującego
- w okresie gojenia nie pływać w basenie, jeziorze, morzu
- szwy wchłaniające rzadko wymagają usuwania
- przymglenie warstw rogówki w miejscu zajęтым wcześniej przez skrzydlik (szczególnie długotrwały) jest typowe dla tego schorzenia
- możliwa jest zmiana korekcji okularowej oka operowanego po zabiegu (na ogół skrzydlik zachodzący daleko na rogówkę powoduje wtórny astygmatyzm, który ulega zmianie po usunięciu narastającej na rogówkę tkanki włóknisto-naczyniowej)

W medycynie niemożliwe jest udzielenie gwarancji skuteczności zastosowanej terapii.

Powikłania są rzadkie

- uczulenie na leki
- zakażenie (niewłaściwa higiena operowanego oka)

Centrum Zdrowia SALUS – Szpital SALUS

Szpital – Interdyscyplinarny Oddział Zabiegowy, Przychodnia Specjalistyczna, Przychodnie POZ
76-200 Słupsk, ul. Zielona 8, tel./059) 848 90 00, fax. (059) 848 90 57; Salus Sp. z o.o., NIP: 839-27-53-401; REGON: 771478724;
www.klinikasalus.pl; www.salus.com.pl; e-mail: klinika@salus.com.pl
Sąd Rejonowy Gdańsk-Północ w Gdańsku, VIII Wydział Gospodarczy KRS; Nr KRS: 0000152747, Kap. Zakł. 28 050 000 PLN

Jak przygotować się do operacji

Do szpitala prosimy zabrać **skierowanie na operację, dowód ubezpieczenia** (nie obowiązuje w przypadku operacji opłacanych prywatnie), **formularz zgody**.

Jeśli chorujesz na schorzenia takie jak: cukrzyca, nadciśnienie tętnicze, choroba wieńcowa, zaburzenia rytmu serca, astma, alergie lub, jeśli przyjmujesz leki zmniejszające krzepliwość krwi (aspiryna, acard, polocard, acenokumarol, sintrom, warfin) poinformuj o tym swojego chirurga i zgłoś się do swojego Lekarza Rodzinnego w celu odpowiedniego przygotowania do operacji.

W przypadku stosowania leków na stałe – należy zabrać je ze sobą do szpitala w oryginalnych opakowaniach.

W dniu zabiegu pacjent powinien wykonać dokładną poranną toaletę (kąpiel lub prysznic) całego ciała.

Po przyjęciu do szpitala jeszcze raz można będzie porozmawiać z lekarzem operującym i zadać ewentualne pytania.

Pobyt w szpitalu

Po zabiegu pacjentami opiekuje się pielęgniarka dyżurna, do niej należy się zwracać w przypadku dolegliwości, bólów itp. Ponadto w oddziale szpitalnym jest lekarz dyżurny, który interweniuje w nagłych przypadkach.

Po operacji skrzydlika pacjent jest wypisany ze szpitala w ciągu 1-2 godzin. Otrzymuje kartę informacyjną, recepty na potrzebne leki, dodatkowe zalecenia ustne od operatora oraz w razie potrzeby zwolnienie z pracy. Ma też wyznaczony termin kontrolnej wizyty u lekarza, który go operował.

Ogólne zalecenia pooperacyjne

- Przed operacją pacjent powinien zapewnić sobie transport do domu – nie powinien prowadzić samochodu (opatrunek na oku).
- **Należy zrealizować przepisane recepty i przyjmować leki zgodnie z zaleceniami lekarza.**
- Higiena operowanego oka
- Wskazane jest ograniczenie wysiłku fizycznego przez kilka-kilkanaście dni po operacji.
- W przypadku nasilonych dolegliwości lub innych niż wyżej opisane należy skontaktować się z lekarzem.

ZGODA NA LECZENIE OPERACYJNE SKRZYDLIKA

Świadoma zgoda na operację w znieczuleniu.....

Imię i nazwisko chorego.....

Data urodzenia.....

Rozpoznanie.....

Planowany zabieg operacyjny.....

Stwierdzam, że przedstawiono pacjentowi/pacjentce planowany sposób leczenia operacyjnego oraz poinformowano o możliwych zagrożeniach i powikłaniach, które mogą wystąpić w przebiegu lub w wyniku operacji. Pacjenta(tkę) zakwalifikowano do zabiegu.

Podpis lekarza operującego.....

OŚWIADCZENIE PACJENTA:

Oświadczam, że:

1. Zostałem szczegółowo poinformowany o rozpoznanym schorzeniu oraz proponowanym zabiegu operacyjnym. Wiem na czym ten zabieg ma polegać, jaki będzie jego zakres i przebieg, jaki jest cel i oczekiwany wynik oraz rokowania z nim związane.
2. Zostałem szczegółowo poinformowany o ryzyku i zagrożeniach związanych z przeprowadzeniem zabiegu, a także ewentualnych, dających się przewidzieć konsekwencjach zarówno przebiegu jak i wyniku zabiegu oraz **skutkach rezygnacji z jego kontynuacji**. Zostałem poinformowany przez lekarza, że niemożliwe jest zagwarantowanie korzystnego wyniku zabiegu i może nastąpić konieczność **kolejnych operacji**. Zostałem poinformowany jakie są alternatywne możliwości leczenia rozpoznanego schorzenia i mam świadomość zalet oraz wad proponowanego zabiegu, również w porównaniu z tymi możliwościami.
3. Miałem możliwość zadawania pytań lekarzowi i przedstawienia mu swoich wątpliwości, a na zadane pytania i przedstawione wątpliwości uzyskałem zrozumiałe i wyczerpujące odpowiedzi i wyjaśnienia.
4. W historii choroby oraz podczas wywiadu i przeprowadzonych badań ujawniłem wszystkie znane mi schorzenia i dolegliwości i zarazem nie zataiłem istotnych informacji dotyczących stanu zdrowia oraz przebytych chorób.
5. Poinformowano mnie o konieczności odpowiedniego postępowania po przeprowadzenia zabiegu i zobowiązuję się dokładnie przestrzegać zaleceń pozabiegowych i wizyt kontrolnych.
6. Zostałem poinformowany o prawie do rezygnacji od proponowanego zabiegu, nawet po podpisaniu niniejszego oświadczenia.

Podpis pacjenta/pacjentki/opiekuna.....

Słupsk, dnia