

LECZENIE OPERACYJNE SKRZYDLIKA

Skrzydlikiem określa się degenerację tkanek okołorąbkowych powodujące rozrost tkanki włóknisto-naczyniowej o trójkątnym kształcie najczęściej zlokalizowaną w kącie przysrodkowym, 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 oczu 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 wchłaniaalny 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 wchłaniaalne 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 przeprowadzeniu 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.....

Ślupsk, dnia

Centrum Zdrowia SALUS – Szpital SALUS

Szpital – Interdyscyplinarny Oddział Zabiegowy, Przychodnia Specjalistyczna, Przychodnie POZ
 76-200 Ślupsk, 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