

LECZENIE OPERACYJNE HEMOROIDÓW

Co to są hemoroidy?

Hemoroidy, inaczej guzki krwawnicze, to niewielkie, prawidłowe struktury anatomiczne o budowie jamistej, średnicy około 1 cm, zawierające liczne połączenia tętniczo-żylnie. Znajdują się one w błonie podśluzowej kanału odbytu, tuż nad linią brodawek odbytu, tworzących tak zwana linię grzebieniastą. Pokryte są błoną śluzową i odróżniają się od otoczenia typowym, wyraziście czerwonym zabarwieniem. Zwykle spotyka się 3 guzki krwawnicze, czasami występują 1 lub 2 dodatkowe.

Najczęstsze objawy choroby hemoroidów to:

- Krwawienia – występują podczas oddawania stolca, mogą mieć różne nasilenie i pojawiać się z różną częstością. Zazwyczaj są to bezbolesne krwawienia jasnoczerwoną krwią.
- Wypadanie na zewnątrz odbytu – wyróżnia się 4 stopnie wypadania, przy czym 1 stopień oznacza brak wypadania, a 4 stopień oznacza trwałe wypadnięcie, połączone z brudzeniem bielizny śluzową wydzieliną.
- Uczucie dyskomfortu w odbycie, uczucie niepełnego wypróżnienia i świąd odbytu, który towarzyszy stanom zapalnym skóry okolicy odbytu przy wypadaniu hemoroidów.

Jakie są sposoby leczenia hemoroidów?

Hemoroidy leczy się w zależności od stopnia zaawansowania choroby i nasilenia dolegliwości zachowawczo, metodami instrumentalnymi lub operacyjnie.

1. **Leczenie zachowawcze** – do leczenia kwalifikuje się zazwyczaj hemoroidy w 1 i 2 stopniu. Polega ono na regulacji rytmu wypróżnień, zaleceniach dietetycznych (unikanie picia kawy, mocnej herbaty, alkoholu, używania mocnych przypraw, wystrzeganie się potraw zapierających – czekolada, orzechy, a wprowadzenie potraw bogato błonnikowych – warzywa, owoce, otręby). Ponadto stosuje się leki, podawane miejscowo w postaci czopków czy maści oraz działające ogólnie – w postaci tabletek.
2. **Metody instrumentalne** – stosowane w hemoroidach 1, 2 i czasem 3 stopnia
 - Skleroterapia – wstrzykiwanie do hemoroidów środków, które powodują ich zarostanie.
 - Zakładanie podwiązek gumowych (metoda Barrona) – zabieg polega na założeniu gumowego pierścienia na podstawę hemoroidu, co powoduje jego niedokrwienie i odpadnięcie.
 - Koagulacja podczerwieni (fotokoagulacja) – polega na naświetlaniu promieniowaniem podczerwonym podstawy hemoroidu, co powoduje ograniczony odczyn zapalny i zarośnięcie.
 - Krioterapia – polega na zastosowaniu niskiej temperatury przy użyciu specjalnego aplikatora, co wywołuje martwicę hemoroidu. Kojarzona jest niekiedy z metodą Barrona.
 - Elektrokoagulacja prądem - zasada leczenia polega na bezbolesnym działaniu jednobiegunowego przerywanego prądu elektrycznego, pochodzącego z niskonapięciowego źródła, na naczynia doprowadzające krew do guzków hemoroidalnych. Uzyskuje się to poprzez przyłożenie w okolicy podstawy guzka hemoroidalnego dwóch elektrod, pomiędzy którymi przepływa prąd przerywany, niskonapięciowy, jednobiegunowy. Doprowadza to do

uszkodzenia tętnic unaczyniających guzki krwawnicze i do stopniowego zmniejszania się hemoroidów.

3. **Metody operacyjne** – stosowane w 3 i 4 stopniu zaawansowania choroby

- Operacje tradycyjne (Milligana-Morgana, Fergusona, Parksa) – polegają na wycięciu chirurgicznym hemoroidów, różnią się szczegółami technicznymi. Rany po wycięciu hemoroidów, w zależności od metody zaszywa się całkowicie, częściowo, albo w ogóle nie zaszywa.
- Operacja sposobem Longo – jest to operacja małoinwazyjna i polega na okrężnym wycięciu cylindra śluzówki jelita nad linią grzebieniastą, czyli powyżej miejsca, w którym są guzki krwawnicze. Wykonuje się ją przy użyciu jednorazowego urządzenia, które wycina śluzówkę i wykonuje szew mechaniczny w miejscu wycięcia. W ten sposób uzyskuje się częściowe przecięcie naczyń doprowadzających krew do hemoroidów i ich stopniowy zanik oraz wciągnięcie wypadającej błony śluzowej do kanału odbytu.
- Metoda DGHAL (Doppler Guided Hemorrhoidal Artery Ligation) – metoda, która polega na odnalezieniu tętnic doprowadzających krew do hemoroidów i ich podwiązaniu. Powoduje to zmniejszenie dopływu krwi do hemoroidów i ich stopniowy zanik. Operację wykonuje się przy pomocy specjalnego urządzenia, będącego połączeniem wziernika doodbytniczego z czułą sondą ultradźwiękową, która pozwala na odnalezienie tętnic hemoroidalnych w ścianie odbytnicy.

Jakie mogą pojawić się komplikacje po leczeniu inwazyjnym?

Po metodach instrumentalnych:

- Ból – najczęściej o umiarkowanym nasileniu i ustępujący po zwykłych środkach przeciwbólowych, może utrzymywać się kilka dni.
- Krwawienia z odbytu – występują do 10 dni po zabiegu, spowodowane są martwicą powierzchownej części błony śluzowej. Czasem mogą wystąpić obfite krwawienia wymagające leczenia chirurgicznego.
- Zakrzepica przyodbytowego spłotu żylnego – niegroźne powikłanie, które może być leczone zachowawczo albo poprzez nacięcie skóry i usunięcie zakrzepu.
- Zakażenie tkanek odbytu i miednicy mniejszej – wymaga stosowania antybiotyków, niekiedy leczenia chirurgicznego.
- Zakażenie układu moczowego – wymaga antybiotykoterapii.
- Po metodach operacyjnych:
- Ból pooperacyjny – niekiedy silny, zwłaszcza po operacjach tradycyjnych – wymaga stosowania silnych leków przeciwbólowych i miejscowych zabiegów łagodzących dolegliwości (nasiadówki).
- Zatrzymanie moczu – może wystąpić po operacji, związane jest z odruchowymi zaburzeniami w czynności pęcherza moczowego. Stosuje się nasiadówki i leki pobudzające skurcze pęcherza moczowego, niekiedy konieczne jest cewnikowanie pęcherza moczowego.
- Zakażenie ran pooperacyjnych – wymaga antybiotykoterapii, wyjątkowo interwencji chirurgicznej.
- Krwawienie – może pojawić się niedługo po operacji, lub kilka dni później. Wczesne krwawienia pooperacyjne wymagają na ogół interwencji chirurgicznej.
- Tworzenie się kamieni kałowych – zapobiega temu odpowiednia dieta, picie dużej ilości płynów i środki przeczyszczające.

- Nietrzymanie stolca – występuje według różnych ocen od 2 do 10% przypadków, wymaga specjalistycznego leczenia.
- Zwężenie kanału odbytu – wymaga zabiegów poszerzania odbytu.
- Szczelina odbytu lub przetoka okołoodbytnicza – powstaje w wyniku zaburzeń gojenia, często wymaga operacji.
- Zakrzepica w żyłach głębokich kończyn dolnych i miednicy – 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

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, klopidogrel) 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.
- W przypadku stosowania na stałe leków – zabierz je ze sobą do szpitala w oryginalnych opakowaniach.
- Do szpitala prosimy zabrać skierowanie na operację (nie obowiązuje w przypadku operacji opłacanych prywatnie).
- W dniu zabiegu pacjent powinien wykonać dokładną poranną toaletę (kąpiel lub prysznic) całego ciała.
- Przygotowanie jelita do operacji obejmuje dietę ubogą resztkową (kisiele, galaretki) na dwa dni przed zabiegiem, lewatywę (Enema, Rectanal) dwa razy w dniu poprzedzającym operację – po południu i wieczorem oraz w dniu operacji rano.
- Prosimy o zabranie ze sobą piżamy, szlafroka i kapci (klapki pod prysznic), a także przyborów toaletowych.
- Prosimy **NIE GOLIĆ** okolicy odbytu. Jeśli będzie taka potrzeba, 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 dniu, zazwyczaj kilka dni przed zabiegiem, odbędzie się rozmowa z anestezjologiem, podczas której zostanie ustalony 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 – rektoskopia, kolonoskopia 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.

Pobyt w szpitalu po operacji.

Po zbiegu 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 większości wypadków po zabiegu pić można nie gazowane płyny bezpośrednio po powrocie do łóżka, jeść po kilku godzinach, zawsze należy upewnić się, pytając pielęgniarki dyżurnej. **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.

Ogólne zalecenia pooperacyjne.

- Przed operacją pacjent powinien zapewnić sobie transport do domu – nie powinien prowadzić samochodu ani jechać środkami transportu publicznego.
- Należy zrealizować przepisane recepty i przyjmować leki zgodnie z zaleceniami lekarza. Leki stosowane po zabiegu obejmują zazwyczaj antybiotyki, leki przeciwbólowe i rozluźniające stolec.
- Po zabiegu należy stosować dietę bogatobiałkową. Ważne jest spożywanie dużej ilości płynów (2-3 litry na dobę). Należy unikać kawy, alkoholu, ostrych przypraw i pokarmów wzdymających.
- Opieka nad ranami pooperacyjnymi obejmuje higienę okolicy odbytu, wykonywanie niasiadówek i stosowanie jałowych opatrunków (głównie po operacjach tradycyjnych).
- Wskazane jest ograniczenie wysiłku fizycznego przez kilka – kilkanaście dni po operacji.
- W przypadku nasilonego krwawienia z odbytu, ropnych wycieków z odbytu połączonych z silnym bólem tej okolicy i gorączką należy skontaktować się z lekarzem.

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 Z-ca Dyrektora ds. Pielęgniarstwa.

§ 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 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 Świetlicy.

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

§ 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

