

ARTROSKOPOWA REKONSTRUKCJA WIĘZADŁA KRZYŻOWEGO PRZEDNIEGO KOLANA

Co to jest więzadło krzyżowe przednie kolana?

Więzadło krzyżowe przednie (powszechnie używany skrót ACL pochodzi od nazwy angielskiej: anterior cruciate ligament) jest jednym z dwóch, krzyżujących się więzadeł położonych wewnątrz stawu. Ma ono budowę dwupęczkową - pęczki są niezależnie przyczepione do kości udowej i piszczelowej i napinają się w różnych fazach ruchu stawu. Jest ono kluczowym elementem stabilizującym staw i zapewniającym mu płynny ruch.

Jak dochodzi do uszkodzenia?

Do zerwania więzadła krzyżowego przedniego dochodzi podczas urazu skrętnego kolana. Często wyczuwalny, a nawet słyszalny jest trzask i chwilowe „przemieszczenie”. Następuje obrzęk stawu wywołany zbierającą się w nim krwią. Niekiedy dolegliwości ustępują na tyle szybko, że nie skłaniają do wizyty u lekarza. Z czasem narasta niestabilność i następują dodatkowe uszkodzenia (łąkotek, chrząstki stawowej)

Jakie są objawy?

Podstawowe objawy to:

- „uciekanie” kolana - poczucie niepewności i potrzeba ciągłej uwagi podczas chodzenia po nierównym lub śliskim terenie
- przeskakiwanie podczas wykonywania niektórych ruchów
- obrzęki
- bóle i „blokowanie” kolana powodowane są przez współistniejące uszkodzenia łąkotek i chrząstki stawowej

Jak się leczy uszkodzenia ACL?

Raz zerwane więzadło krzyżowe przednie nigdy nie ulega wygojeniu!

Leczenie zachowawcze wskazane jest w przypadkach niewielkiej niestabilności, u pacjentów w starszym wieku lub gdy leczenie operacyjne jest zbyt dużym obciążeniem dla pacjenta. Stosuje się różnego rodzaju stabilizatory. W utrzymaniu stabilności pomocne są ćwiczenia wzmacniające mięśnie zginacze.

Jedynym skutecznym sposobem leczenia umożliwiającym prawidłowe funkcjonowanie stawu jest **leczenie operacyjne**

Jak przebiega operacja?

Zabieg operacyjny przeprowadza się najczęściej w znieczuleniu dokręgowym lub ogólnym. Rodzaj znieczulenia jest dokładnie omawiany podczas rozmowy z anestezjologiem przed operacją.

Na czas operacji zamyka się dopływ krwi do kończyny poprzez założenie opaski uciskowej na udo.

Operacja rekonstrukcyjna więzadła krzyżowego przedniego kolana polega na zastąpieniu go przeszczepami własnych, pobranych z okolicy kolana ścięgien. Najczęściej używa się do tego celu ścięgien mięśni półścięgnistego i smukłego lub fragmentu więzadła rzepki. W celu ich pobrania wykonuje się w okolicy kolana odpowiednie cięcia. Pozostała część zabiegu wykonywana jest artroskopowo. Artroskopia polega na wprowadzeniu do stawu wziernika (endoskopu) przez niewielkie nacięcie. Wnętrze stawu obserwuje się na monitorze. Przez dodatkowe nacięcie wprowadza się narzędzia chirurgiczne. Staw podczas zabiegu wypełniany jest płynem. W części artroskopowej usuwa się kikuty więzadła i przygotowuje miejsce dla przeszczepu. Wprowadza się go do wywierconych w kości kanałów i mocuje przy pomocy implantów. Są to najczęściej wchłanialne wkręty lub sztyfty.

Alternatywą dla przeszczepu pobranego z własnych tkanek pacjenta jest użycie sztucznego substytutu więzadła (tzw. LARS od angielskiego skrótu ligament augmentation & reconstruction system). Poza tym, że oszczędzane są tkanki pacjenta, zdecydowanie przyspiesza to okres dochodzenia do pełni sprawności. Zalecany jest szczególnie u sportowców chcących szybko powrócić do treningów po świeżych urazach.

Po zabiegu w stawie umieszczany jest dren, przez który odsysana jest zbierająca się krew. Rany pooperacyjne zamyka się szwami i zakłada opatrunek. Kończynę zwykle unieruchamia się stabilizatorem.

Następnego dnia po zabiegu pacjent wstaje z łóżka i porusza się samodzielnie o kulach. Po usunięciu drenów rozpoczyna rehabilitację i może być wypisany do domu.

Szwy zdejmowane są po 10-14 dniach od zabiegu.

Jakie mogą się pojawić komplikacje?

Artroskopowa rekonstrukcja więzadła krzyżowego przedniego jest zabiegiem małoinwazyjnym i bezpiecznym, jednak w niektórych przypadkach mogą wystąpić rozmaite powikłania. Mogą to być:

- krwiaki wewnątrzstawowe
- krwiaki i obrzęki łydki
- przewlekłe dolegliwości bólowe w miejscu pobrania przeszczepu
- uszkodzenie przeszczepu
- uszkodzenie implantów
- przewlekłe wysięki
- infekcje
- ograniczenie ruchomości stawu
- uszkodzenie nerwów
- uszkodzenie chrząstki stawowej
- odczyny na zastosowane implanty
- zakrzepica żylna
- zatorowość płucna
- inne nie dające się przewidzieć powikłania

Jak się przygotować do operacji?

- Przed zabiegiem należy się zaopatrzyć w stabilizator kolana z regulowanym kątem zgięcia i kule łokciowe
- Jeżeli chorujesz na schorzenia takie jak cukrzyca, nadciśnienie tętnicze, choroba wieńcowa, zaburzenia rytmu serca, alergie lub jeśli przyjmujesz leki zmniejszające krzepliwość krwi (aspiryna, acard, polocard, acenokumarol, sintrom, wargin) poinformuj o tym swojego chirurga i zgłoś się do swojego lekarza rodzinnego w celu odpowiedniego przygotowania do operacji.
- Jeśli cierpisz na próchnicę zębów – zgłoś się do dentysty i wylecz je odpowiednio wcześniej.
- 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 ze sobą skierowanie na operację i dowód ubezpieczenia (nie obowiązuje w przypadku operacji opłacanych prywatnie).
- W dniu zabiegu pacjent powinien wykonać dokładną poranną toaletę (kąpiel lub prysznic) całego ciała.

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, dowód ubezpieczenia, wykonane wcześniej zdjęcia rtg i inne badania) do Izby Przyjęć. Po przyjęciu do szpitala będzie można jeszcze raz porozmawiać z ortopedą-operatorem oraz z anestezjologiem i zadać im ewentualne pytania.

Na okres pobytu w szpitalu koniecznie należy zabrać z sobą wszelkie przyjmowane leki!

Pobyt w szpitalu po operacji

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

W większości wypadków po zabiegu można pić niegazowane płyny bezpośrednio po powrocie do łóżka, jeść po kilku godzinach. Zawsze należy upewnić się pytając pielęgniarki dyżurnej. Po całkowitym ustąpieniu znieczulenia można również, w razie potrzeby przejść z pomocą pielęgniarki do toalety. Chodzić należy o kulach, a noga musi być unieruchomiona stabilizatorem.

Następnego dnia po operacji odbywa się wizyta ortopedy-operatora, zmienia się opatrunki i podejmuje decyzję o usunięciu drenów i ewentualnym wypisie do domu. Czasem zachodzi konieczność dłuższego pozostawienia drenów w stawie i przedłużenia pobytu o kolejną dobę. Przy wypisie pacjent otrzymuje kartę informacyjną, receptę na potrzebne leki, dodatkowe ustne zalecenia operatora oraz w razie potrzeby zwolnienie z pracy. Ma też wyznaczony termin kontrolnej wizyty u lekarza, który go operował.

UWAGA! Pierwszy spacer po zabiegu powinien odbyć się pod opieką pielęgniarki lub członka rodziny.

Ogólne zalecenia pooperacyjne

- Po zabiegu pacjent porusza się samodzielnie w stabilizatorze. Zakres ruchu ustawia się na poszczególnych etapach rehabilitacji. W pierwszym okresie pooperacyjnym pacjent porusza się przy pomocy kul. Czas ich używania uzależniony jest głównie od utrzymujących się dolegliwości bólowych.
- Ćwiczenia należy wykonywać ściśle według zaleceń podanych ustnie lub w formie broszury.
- 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 zaleceniem lekarza.
- Opatrunki należy zmieniać zgodnie z zaleceniem lekarza. Należy unikać moczenia ran.
- W okresie pooperacyjnym występuje obrzęk kolana i łydki. Pojawiają się krwiaki podskórne. W celu zmniejszenia obrzęku należy ograniczyć chodzenie oraz utrzymywać nogę uniesioną. Ból zwykle daje się opanować przepisanymi lekami.
- Wizyta kontrolna odbywa się w wyznaczonym terminie, jednak w przypadku pojawienia się zaczerwienienia, wycieku z ran, gorączki, nasilenia bólu i obrzęku należy skontaktować się z lekarzem.
- Okres intensywnej rehabilitacji wynosi zwykle 6 do 12 tygodni. Do sportu można wrócić po 6 miesiącach.

ZGODA NA ARTROSKOPOWĄ REKONSTRUKCJĘ WIĘZADŁA KRZYŻOWEGO PRZEDNIEGO KOLANA

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 mogłem/am zadawać pytania i otrzymałem/am wyczerpujące odpowiedzi, po zapoznaniu się z rodzajem zabiegu, licząc się z możliwością wystąpienia powikłań oraz śródoperacyjną zmianą postępowania dyktowaną wskazaniami medycznymi, wyrażam zgodę na wykonanie rekonstrukcji więzadła krzyżowego przedniego kolana.

Imię..... Nazwisko.....

.....
data

.....
podpis pacjenta(tki)

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 zobowiązuje 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

REGULAMIN ODDZIAŁU SZPITALNEGO SALUS

§ 1

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

§ 2

Czynności diagnostyczne i lecznicze w zakresie swoich kompetencji wykonują samodzielnie lekarze specjaliści przy wsparciu personelu pielęgniarstwa. 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

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

§ 11

Pacjenci po zabiegach:

- siadają w łóżkach i/lub wstają z łóżek wyłącznie na podstawie decyzji personelu medycznego, po wyrażeniu zgody przez lekarza prowadzącego
- spożywają pierwszy posiłek i wypijają napoje na podstawie decyzji personelu medycznego
- opuszczają oddział po otrzymaniu wypisu (Karty Informacyjnej z leczenia szpitalnego) lub na własne żądanie – wyłącznie po zgłoszeniu lekarzowi prowadzącemu, lekarzowi dyżurnemu lub Ordynatorowi i po odnotowaniu powyższego faktu w dokumentacji medycznej

§ 12

Ponadto na Oddziale Szpitalnym SALUS zabronione jest:

- bieganie (dzieci) z wyjątkiem sytuacji wymagających pilnej interwencji
- wnoszenie i spożywanie alkoholu oraz palenie papierosów
- wnoszenie i pozostawianie w pokojach pacjentów produktów spożywczych łatwo psujących
- wnoszenie i używanie wszelkich urządzeń zakłócających spokój pacjentów i pracę personelu
- zachowywanie się w sposób głośny, wulgarny i/lub stwarzający zagrożenie dla innych
- jakiegokolwiek zakłócanie i ingerowanie w proces leczenia i opieki nad pacjentem bez wiedzy i zgody upoważnionego personelu medycznego

Wszelkie odstępstwa od wymienionych zasad dopuszczalne są wyłącznie za zgodą Ordynatora lub innego upoważnionego personelu medycznego Oddziału Szpitalnego SALUS.

§ 13

Produkty spożywcze łatwo psujące przyniesione przez krewnych pacjentów mogą być przechowywane wyłącznie w specjalnie do tego celu przeznaczonej lodówce, znajdującej się w szpitalnej kuchni. Pozostałe produkty spożywcze i inne mogą być przechowywane w szafkach przy łóżkach szpitalnych. Pacjenci spożywający własne pokarmy lub napoje nie powinni częstować innych pacjentów bez zgody personelu medycznego.

§ 14

Pacjenci przebywający na terenie Oddziału Szpitalnego SALUS mają zapewnioną możliwość komunikacji z otoczeniem zewnętrznym. Mogą korzystać z własnych telefonów komórkowych, bezprzewodowego telefonu stacjonarnego na oddziale oraz bezprzewodowego internetu WI-FI. Komunikacja z otoczeniem zewnętrznym powinna być prowadzona bez zakłócania spokoju oraz procesu leczenia i opieki pozostałych pacjentów i personelu medycznego.

§ 15

Pacjenci obcojęzyczni i głuchoniemi mają zapewnioną całodobową możliwość porozumiewania z personelem medycznym. Z uwagi na planowy tryb leczenia, dyżury podczas pobytu pacjentów, wymagających komunikacji w języku obcym lub migowym obsadzone są przez personel medyczny porozumiewający się w danym języku lub za zgodą obu stron na czas pobytu pacjenta zatrudniony jest tłumacz.

§ 16

Pacjenci przebywający na oddziale szpitalnym SALUS mają prawo do korzystania z opieki duszpasterskiej. Na życzenie pacjenta lub jego najbliższych personel oddziału skontaktuje się telefonicznie z duchownym wskazanego wyznania.

Oświadczam, że zapoznałem (am) się z treścią Regulaminu Oddziału Szpitalnego SALUS i zobowiązuję się stosować do jego zapisów. Mam świadomość, że celowo naruszając zapisy regulaminu mogę spowodować zagrożenie dla życia i/lub zdrowia swojego oraz innych pacjentów.

.....
data podpis pacjentki(a)