



ŚWIADOMA ZGODA PACJENTA NA ZABIEG:

KOREKCJA DEFORMACJI PALUCHA KOŚŁAWEGO – PALUCH KOŚŁAWY (HALUX VALGUS)

Paluch koślawy (Hallux Valgus) jest schorzeniem dotyczącym stopy, wynikającym z zaburzenia równowagi mięśniowo więzadłowej. W wyniku takiego zaburzenia i pod wpływem codziennego obciążania stopy dochodzi do utrwalania się zmian a w konsekwencji do powstania charakterystycznego wyglądu stopy, konfliktu z obuwiem oraz narastających dolegliwości bólowych. Chorobie tej często towarzyszą zmiany w obrębie pozostałych palców stopy. Większość znacznych deformacji przodostopia wymaga leczenia operacyjnego. Najważniejszym wskazaniem do podjęcia leczenia operacyjnego jest ból ograniczający swobodne poruszanie się chorego.

Alternatywne metody leczenia:

W wypadku Pana/Pani stopy deformacja jest na tyle zaawansowana, że nie ma możliwości trwałego wyleczenia przy pomocy metod farmakologicznych lub rehabilitacyjnych. Stosowanie ortez, aparatów odciążających nie przyniesie korekcji deformacji to znaczy nie spowoduje zmiany kształtu stopy. W niektórych przypadkach może spowodować spowolnienie narastania deformacji. Alternatywą leczenia operacyjnego jest:

- Zastosowanie wkładek ortopedycznych, rehabilitacja, zastosowanie ortez typu Hallufix, rozpórki międzypalcowe. Przy występujących silniejszych dolegliwościach bólowych okresowe zażywanie leków przeciw bólowych, blokady sterydowe.

Przygotowanie do zabiegu:

Zalecenia dotyczące przygotowania się do zabiegu zawarte są w zakładce: ABC pacjenta – przygotowanie przedszpitalne.

Zabieg operacyjny:

Celem zabiegu jest zapewnienie funkcjonalności stopy czyli swobodne używanie obuwia i zapewnienie możliwości bezbolesnego chodu. Kwestia wyglądu i estetyki stopy jest brana pod uwagę ale nie jest głównym celem zabiegu. Zakres zabiegu zależy od stopnia nasilenia deformacji. Zabieg korekcji palucha koślawego wykonywany jest w większości w znieczuleniu przewodowym (o rodzaju znieczulenia decyduje Anestezjolog), gdzie znieczulana jest tylko dolna część ciała. Po znieczuleniu pacjenta następuje założenie opaski pneumatycznej (opaska uciskowa, która poprzez ograniczenie dopływu krwi do kończyny znacznie zmniejsza krwawienie śródoperacyjne, a tym samym skraca czas zabiegu i umożliwia jego dokładne wykonanie). Po zabiegu na oddziale stosowane są środki p-bólowe, przeciwzakrzepowe, oraz antybiotykoterapia okołoperacyjna. Następnego dnia po zabiegu pacjent zaczyna chodzić z asekuracją kuli łokciowej w bucie odciążającym przodostopie w asekuracji rehabilitanta. Większość pacjentów jest wypisywana w I dobie po zabiegu operacyjnym i podlega dalszej kontroli w poradni ortopedycznej.

W zależności od stopnia nasilenia deformacji i stwierdzanych nieprawidłowości w badaniu klinicznym i radiologicznym dokonujemy wyboru odpowiedniej techniki operacyjnej.

Zabieg korekcji palucha koślawego metodą **Scarfa + Akin** jest osteotomią bardzo stabilną, umożliwiającą korekcję deformacji zarówno łagodnych, jak i bardziej zaawansowanych. Zabieg polega na przecięciu I kości śródstopia i paliczka podstawnego palucha, korekcji ustawienia przeciętych fragmentów kostnych a następnie ponowne ich zespolenie materiałem zespalającym (śruby). Poprzez zastosowanie modyfikacji techniki operacyjnej możliwe jest również wykonanie bezimplantowej korekcji sposobem Scarf i Akin z ewentualnym użyciem szwu przezkostnego.

Zabieg korekcji palucha koślawego metodą **MICA**. Należy do grupy zabiegów małoinwazyjnych i polega na wykonaniu połączenia zabiegów **Chevron + Akin** (MICA – minimally invasive chevron Akin). Metoda przezskórnego przecięcia kości przy pomocy frezu wysokoobrotowego i właściwe wprowadzenie śrub stabilizujących to klucz do osiągnięcia sukcesu pooperacyjnego. Zaletami MICA jest możliwość korekcji pozastawowej, łatwa korekcja pronacji i możliwość znacznej korekcji (przesunięcie odcłamu dystalnego nawet o 100%).

Zabieg korekcji palucha koślawego metodą **Lapidus** Operacja używana do znacznych deformacji palucha koślawego. Zabieg polega na artrodeza korekcyjnej stawu klinowato-śródstopnego I, bunionektomii, uwolnieniu bocznym stawu śródstopno-palczkowego I. Korekcję Lapidus można z powodzeniem przeprowadzić również sposobem małoinwazyjnym

Jest wiele różnych metod osteotomii korekcyjnych, są one dostosowane do stopnia deformacji stopy i przed zabiegiem muszą być w sposób zrozumiały Pani/panu przedstawione. . Odpowiedni sposób korekcji i zespolenia ma zapewnić choremu większe prawdopodobieństwo zrostu kostnego, wygodniejsze poruszanie się w okresie pooperacyjnym, i rozpoczęcie wcześniej rehabilitacji. Wszczyty tytanowe, które znajdują się w tkance kostnej nie wymagają usuwania .

Korekcja palucha koślawego to nie tylko zabieg na tkance kostnej ale również zabiegi na tkankach miękkich, które to w trakcie postępu operacji są dostosowywane aby osiągnąć zamierzony efekt korekcji.

Operacje zniekształconych palców od dwa do pięć wykonywane są jednocześnie z korekcją palucha koślawego . Zabiegi te polegają na skorygowaniu osi palca/ów . Służą temu procedury osteotomie, usztywnienia stawów, zabiegi na tkankach miękkich lub połączenie tych zabiegów.

- **Niekiedy, już po rozpoczęciu zabiegu (w szczególności po uwidocznieniu operowanego miejsca), niezbędna może okazać się pewna modyfikacja zakresu zabiegu, uzasadniona względami medycznymi, w tym uzyskaniem optymalnego efektu zabiegu lub Pana(i) bezpieczeństwem.**
- **W czasie zabiegu może okazać się konieczne wykonywanie zdjęć rentgenowskich, co wiąże się z ekspozycją na promieniowanie jonizujące i ryzykiem z tym związanym.**

Ryzyko związane z zabiegiem :

Lekarz, podejmując się wykonania zabiegu, zobowiązuje się do dołożenia wszelkich starań, aby zabieg został przeprowadzony prawidłowo i zgodnie z aktualną wiedzą medyczną. Jest ważne, aby miał(a) Pan(i) świadomość, że żaden lekarz nie jest w stanie zagwarantować pełnego sukcesu zastosowanego leczenia oraz całkowitego braku ryzyka związanego z wykonywanym zabiegiem.

Nie należy zapominać, że każda procedura medyczna niesie ze sobą ryzyko pewnych powikłań. Na każdym etapie procesu leczenia nasz zespół medyczny dopełni wszelkich starań, aby ograniczyć możliwość ich wystąpienia, jednak zawsze, niezależnie od starań zespołu medycznego, istnieje pewne ryzyko pojawienia się powikłań, również takich, które nie są typowe dla danego zabiegu lub są niemożliwe do przewidzenia.

Powikłania występujące średnio często/ rzadko

Powierzchniowa infekcja rany pooperacyjnej.

Głęboka infekcja jest przeważnie związana z zakażeniem okolicy stosowanego implantu zespalającego. Przy tego rodzaju powikłaniu konieczna jest ponowna hospitalizacja usunięcie implantu i antybiotykoterapia.

Krwiak (nadmierny) w miejscu rany pooperacyjnej.

Konflikt z implantem : Dolegliwości bólowe w miejscu wprowadzonego implantu. Czasem jest to zaczerwienienie w tej okolicy , a czasem drażnienie skóry. O ile to możliwe , wskazane jest wyczekanie do zrostu kostnego a następnie usunięcie implantu. Wiąże się to z kolejnym zabiegiem operacyjnym.

Powikłania zakrzepowe: wszystkie zabiegi na stopie wykonujemy w niedokrwieniu. Stosujemy rutynowo profilaktykę p-zakrzepową w postaci heparyn drobnocząsteczkowych . Pomimo tej profilaktyki-zalecanej także po wypisie z oddziału istnieje ryzyko wystąpienia choroby zakrzepowo-zatorowej.

Opóźniony zrost kostny: Zrost kostny jest zależny od wielu czynników, na które mamy wpływ jak i od czynników, na które wpływu nie mamy. O zroście opóźnionym mówimy gdy nie doszło do widocznego zrośnięcia się kości pomimo upływu czasu, w którym to , większość takich zrostów następuje.

Brak zrostu kostnego: W rzadkich sytuacjach możemy mieć do czynienia z brakiem zrostu kostnego. Osoby szczególnie narażone na to powikłanie są na ogół pacjentami obciążonymi cukrzycą , zaawansowaną miażdżycą , osoby palące oraz chorzy na przewlekłej seroterapii. W takim przypadku może być konieczna reoperacja.

Utrata korekcji, niedostateczna korekcja : jednym z częściej poruszanych zagadnień przez chorego na rozmowie przedoperacyjnej jest kwestia ewentualnego nawrotu palucha koślawego. Nie można zapewnić chorego przed zabiegiem, że paluch koślawy nie będzie miał tendencji do nawrotu, nie można również zapewnić, że uda się skorygować zmianę do prawidłowego kąta. Formowanie się palucha koślawego to proces wieloletni podczas, którego dochodzi nie tylko do wytworzenia kątowej deformacji palucha widocznej przez chorego. Jest to proces, w którym relacje wewnątrz stawowe, więzadłowe , oraz balans mięśniowy ulega zaburzeniu, wynikiem czego jest paluch koślawy. Dla tego czasami pomimo prawidłowo dobranej metody leczenia operacyjnego nie zawsze udaje nam się w pełni skorygować deformację , a to szczególnie u osób młodych może prowadzić do nawrotu deformacji.

Występujące bardzo rzadko

Zakrzepy i zatory naczyń krwionośnych (płuc, mózgu, serca) - związane z rodzajem wykonanego zabiegu operacyjnego i pooperacyjnego unieruchomienia. Ryzyko tych powikłań zwiększa się u chorych z żylakami kończyn dolnych, miażdżycą, cukrzycą, nadciśnieniem tętniczym, utrwalonym migotaniem przedsionków. Powikłania te należą do najcięższych i często kończą się zgonem.

Infekcja dróg moczowych – mogą być związane z koniecznością założenia cewnika w okresie okołoperacyjnym.

Bóle blizny pooperacyjne - związane z uszkodzeniem unerwienia skórno. Może występować nawet wiele lat po operacji.

Ograniczenie ruchomości kończyn- zależy od rodzaju wykonywanego zabiegu operacyjnego.

Bliznowiec (koloid) - jest to zgrubienie blizny pooperacyjnej czasem dużych rozmiarów, psujące efekt kosmetyczny. Zrosty pooperacyjne - powstanie zrostów wynika z naturalnej czynności regeneracyjnej.

Martwica skóry, pęcherze troficzne związana z opaską pneumatyczną – zabieg przebiega w niedokrwieniu dzięki opasce pneumatycznej w której ciśnienie musi przewyższyć ciśnienie skurczowe krwi o około 120 mmHg . W bardzo rzadkich przypadkach może to prowadzić do miejscowych pęcherzy troficznych lub martwicy skóry

Odleżyny – mogą wystąpić w związku z długim leżeniem w nieruchomej pozycji, nawet pomimo zastosowanych materacy przeciwoleżynowych.

Żółtaczka zakaźna - wirusowe zapalenie wątroby- spowodowane wszczepieniem wirusa do organizmu. Ryzyko tego powikłania zmniejsza się poprzez stosowanie jednorazowego sprzętu medycznego, przez prawidłową sterylizację i kontrolę preparatów krwi. Ponadto można dokonać szczepienia uodparniającego w okresie 2-3 tygodni przed planowym zabiegiem.

- **Ponadto, każda procedura medyczna może wiązać się z pewnym ryzykiem dla zdrowia psychicznego, w tym z wystąpieniem depresji w okresie pooperacyjnym.**

Po zabiegu.

Po zabiegu mogą – ale nie muszą – pojawić się pewne dolegliwości. Ich rodzaj i nasilenie są kwestią indywidualną, zależną od wielu czynników, m.in. od indywidualnej wrażliwości pacjenta na ból. Zwracamy się z prośbą o zgłaszanie ewentualnych dolegliwości personelowi medycznemu – w zależności od ich rodzaju i nasilenia możliwe są różne metody ich łagodzenia, m.in. poprzez podanie odpowiednich środków przeciwbólowych.

Przestrzeganie zaleceń pooperacyjnych może mieć kluczowe znaczenie zarówno dla zapewnienia optymalnego efektu zabiegu, jak również dla ograniczenia ryzyka wystąpienia ewentualnych dolegliwości i powikłań. Szczegółowe zalecenia pooperacyjne zostaną Panu(i) przekazane przez lekarza po zabiegu. Szczególnie istotnym warunkiem powodzenia zabiegu jest często rehabilitacja – sformułowanie jej zakresu oraz czasu trwania, tak jak pozostałych zaleceń pooperacyjnych, będzie możliwe dopiero po zabiegu.

Po zapoznaniu się z powyższymi informacjami i ewentualnym dodatkowym wyjaśnieniu wątpliwości na wizycie w szpitalu, będzie Pani/Pan poproszona/y o podpisanie dobrowolnej i świadomej zgody na wykonanie u Pani/Pana zabiegu zaproponowanego przez lekarza. W treści zgody podpisze Pani/Pan co następuje:

1. **Oświadczam, że w pełni zrozumiałam(em) informacje zawarte w tym formularzu oraz przekazane mi podczas rozmowy z lekarzem.**
2. **Przyjmuję do wiadomości, że informacje zawarte w tym formularzu oraz przekazane mi podczas rozmowy z lekarzem mają zastosowanie do planowanego u mnie zabiegu.**
3. **Potwierdzam, że miałam(em) wystarczającą ilość czasu na zapoznanie się z informacjami zawartymi w tym formularzu oraz przekazanymi mi podczas rozmowy z lekarzem.**
4. **Potwierdzam, że miałam(em) możliwość zadawania pytań dotyczących planowanego zabiegu oraz uzyskania wyczerpujących i zrozumiałych dla mnie odpowiedzi i wyjaśnień.**
5. **Zgadzam się całkowicie zarówno z przedstawioną diagnozą, jak i z zaproponowanym sposobem leczenia.**
6. **Potwierdzam, że moja zgoda na proponowany zabieg jest przemyślana, świadoma i dobrowolna.**
7. **Zdaję sobie sprawę, że ostateczny efekt planowanego zabiegu oraz ryzyko wystąpienia ewentualnych powikłań zależy również od przestrzegania przeze mnie zaleceń dotyczących przygotowania do zabiegu oraz w szczególności zaleceń dotyczących rehabilitacji.**

8. Wyrażam zgodę na niemożliwą do przewidzenia przed zabiegiem modyfikację zakresu procedur medycznych oraz na wykonanie innych, niemożliwych do przewidzenia przed zabiegiem procedur medycznych, jeśli zaistnieje taka potrzeba, uzasadniona względami medycznymi, a w szczególności zagrożeniem mojego życia, ryzykiem wystąpienia ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia.
9. Wyrażam zgodę na pobranie krwi w kierunku badań HIV, wirusowego zapalenia wątroby lub innych chorób przenoszonych drogą krwiopochodną, jeśli podczas zabiegu lub wykonywania u mnie innych procedur medycznych dojdzie do skaleczenia personelu
10. Dotyczy zabiegów z wykorzystaniem promieniowania jonizującego: Wyrażam zgodę na wykonywanie zdjęć rentgenowskich podczas zabiegu i całej hospitalizacji.
11. Zgadzam się / Nie zgadzam się na przetoczenie preparatów krwiopochodnych w czasie operacji lub bezpośrednio po operacji, jeśli zajdzie taka potrzeba uzasadniona względami medycznymi.

