

Świadoma zgoda na zabieg operacyjny.

Do niedawna jeszcze zgoda na zabieg leczniczy traktowana była jako akt czysto formalny, niemający większego znaczenia w procesie leczenia. Obecnie jednak sytuacja uległa diametralnym przeobrażeniom. Niewątpliwie problem zgody to kwestia ewentualnego przyszłego sporu pomiędzy dwiema stronami stosunku pacjent - lekarz. Termin „zgoda świadoma” oznacza „zgoda po odpowiednim poinformowaniu pacjenta”. Przed przystąpieniem do zabiegu pacjentka dostaje do podpisania "Zgodę na zabieg". Zgoda na zabieg nie wyłącza odpowiedzialności lekarza w przypadku operacji po niewłaściwej stronie, zostawienia gazików lub narzędzi w polu operacyjnym, zbyt ciasnego założenia gipsu. Jest swoistą umową o dzieło między lekarzem a pacjentem umożliwiającą nie tylko wykonanie zabiegu, ale i świadcząca, że pacjent jest w pełni świadom całej procedury, jak i wziętych na siebie obowiązków. Bez wzajemnej współpracy i zrozumienia nie można liczyć na satysfakcję pacjenta po wykonanym zabiegu operacyjnym. Prosimy o dokładne przeczytanie i przeanalizowanie niniejszej zgody, bez względu na emocje, towarzyszące zabiegowi.

Informacja dla pacjentki w celu uzyskania świadomej zgody na zabieg operacyjny.

Rodzaj schorzenia, wskazania i przeciwwskazania do operacji

Na podstawie przeprowadzonych dotychczas badań rozpoznano u Pani: deformacje kośćlą palucha, zmiany zwyrodnieniowe w Im stawie śródstopno – paliczkowym stopy, wewnętrzną rotację palucha, „bunion” stopy, tendencję do podwichnięcia grzbietowego palca II-go i częściowo III-go stopy, bolesne płaskostopie poprzeczne, poszerzone przodostopie o podwyższonej tęgości, modzele pod główkami I, II, III kości stopy, „bunionette” palca V-go, zespół „stopy wrażliwej” z bólami w zdeformowanym stawie i śródstopiu. Zgodnie z zasadami współczesnej wiedzy medycznej istnieją u Pani wskazania do leczenia operacyjnego. Tym niemniej podkreślamy, że schorzenie Pani nie zagraża Pani życiu, ani nie grozi kalectwem, uniemożliwiającym poruszanie się. Jeżeli schorzenie Pani nie powoduje znaczącej deformacji stopy oraz wynikających z deformacji dolegliwości bólowych, lecz jest w opinii Pani tylko wadą kosmetyczną - odmawiamy wykonania operacji u Pani. Zabiegi operacyjne na stopach są odradzane „u młodych i aktywnych sportowo”. Odmawiamy wykonania zabiegu u Pani, jeżeli zalicza Pani siebie do tej grupy pacjentek. Nadmieniamy, że Pani sytuacja socjalna i inne okoliczności – stosunki w pracy, chęć podwyższenia stopnia grupy inwalidzkiej, przeniesienie na lepsze stanowisko pracy, przejście na wcześniejszą emeryturę, chęć wykorzystania urlopu, zasiłku chorobowego, obecność w Małopolsce, kolejki w innych Zakładach, brak środków na zabieg w innych ośrodkach nie powinna mieć decydującego wpływu na decyzje o podjęciu leczenia operacyjnego.

Sposoby leczenia Pani schorzenia

Obejmują zarówno zabiegi różnorakich osteotomii I kości śródstopia jak też artroplastiki. Przykłady: zabiegi metodą Silver’a, Keller’a, Brandes’a, Mayo, Swanson’a, McBride’a, Barker’a, Hohmann’a, Degi, Wilson’a, Komzy, Peabody’a, Hawkins’a, Mitchell’a, Van Nes’a, Rocyn’a, Golden’a, Riedl’a, Lapidus’a, Leliev’a, Kramer’a, Jones’a, Austin’a, Johnoson’a, Youngswick’a, Herbert’a, Chevron’a, Dziak’a, Haddad’a, CITO, Gutov’a, Szarf’a, zabieg SCARF, zabieg „open wedge”, „close werde”, osteotomia półksiężycowata, zabiegi z użyciem śrub De Puy, zabieg MORO, operacje z użyciem płytek, śrub, drutów Kirschnera (K pin), śrub typu EndoSorb oraz unieruchomienia gipsowego. Pani jest pouczona, że każdy z wymienionych zabiegów jest skomplikowaną interwencją chirurgiczną, może także wywołać stany zapalne i pogorszenie. Obecnie w użyciu jest około 40 metod leczenia deformacji kośćlą palucha. Żadna z nich, w tym zabieg Brandesa, nie jest „rewelacyjną metodą”, lecz jednym ze sposobów uzyskania prostego ustawienia palucha i braku bunionu. Co do każdej są spory, dotyczące zwłaszcza możliwości nawrotu deformacji, i nie istnieje metoda o skuteczności niekwestionowanej. Dobierając metodę leczenia na zasadzie dołożenia należytej staranności kierujemy się unikaniem zbyt wielkiego ryzyka w stosunku do zamierzonych korzyści, wyborem bardziej bezpiecznej metody anestezji. Najdroższą (ok. 4000 euro) i najczęściej stosowaną w tym dziesięcioleciu na Zachodzie jest metoda osteotomii SCARF z użyciem tytanowych śrub typu Baruk Screw. Posiadamy doświadczenie i wykonujemy tego typu zabiegi, jeżeli Pani wyrazi zgodę na pokrycie całkowitych kosztów zabiegu, łącznie z kosztem śrub zespalających. Znacznie częściej jednak wykonujemy zabiegi sposobem bunionectomii, osteotomii typu Chevron, alloplastiki resekcyjnej Maxa Brandesa lub artrodezy stawu MP. Jest Pani poinformowana o różnorodności zabiegów operacyjnych, które mogą być u Pani zastosowane, jak też poinformowana o możliwości uzyskania jeszcze bardziej dokładnych informacji na ich temat w Internecie, przychodniach, szpitalach, klinikach oraz u innych specjalistów-ortopedów.

Celem proponowanej operacji jest

Zlikwidowanie deformacji kośćlą palucha, usunięcie wystającego guza w okolicy główki I kości śródstopia, usunięcie rozrostów okołostawowych, kolidujących z obuwem, zlikwidowanie deformującego działania palucha na palce II i III stopy, utrzymanie prawidłowego ustawienia palucha przez maksymalnie długi okres czasu po wykonanym zabiegu operacyjnym, dążenie do samodzielności Pani w okresie pooperacyjnym, optymalizacja kosztów leczenia operacyjnego dla pacjenta.

Badania dodatkowe

Jest rzeczą pożądaną zbadanie całego organizmu przed każdą interwencją chirurgiczną. Każda ze zoperowanych dotychczas pacjentek miała już wykonywane znieczulenie miejscowe w trakcie zabiegów z zakresu stomatologii i nie zgłaszała powikłań po jego wykonaniu. Jak też nie wykonywała kompletu badań krwi, moczu, Rtg płuc, EKG przed wykonaniem znieczulenia miejscowego. Jeżeli przez Panią jest brane pod uwagę wykonanie zabiegu w znieczuleniu ogólnym lub dokręgosłupowym wykonanie badań - morfologia z rozmazem i płytkami, OB, mocz, elektrolity (Na⁺, K⁺, Cl⁻), układ krzepnięcia w tym INR, APTT, kreatynina, mocznik, albuminy, HBsAg, poziom glukozy we krwi, grupa krwi, Rtg płuc, EKG jest konieczne. Nasz Zakład nie ponosi kosztów wykonywania ww badań. Należy sprawdzić poziom przeciwciał przeciwko HBs - zgodnie z pouczeniem dla zakwalifikowanej pacjentki. W Pani interesie jest posiadanie Rtg przedoperacyjnego, które należy okazać lekarzowi oraz fotografii własnych stóp przed zabiegiem „ad acta”.

Metody leczenia operacyjnego

W Pani przypadku możemy zaproponować Pani leczenie operacyjne sposobami: bunionectomii, „minimale invasive” - jeżeli deformacja jest niewielka, oraz osteotomii Chevron, alloplastiki resekcyjnej Maxa Brandesa, artrodezy stawu MP, wielokierunkowej osteotomii I kości śródstopia typu SCARF – w cięższych przypadkach. Jak też jesteśmy w stanie zoperować Panią innymi odpowiadającymi Pani metodami, koszt wykonania których w naszym ośrodku może okazać się bardziej atrakcyjny, niż w innych ośrodkach. Propozycja leczenia operacyjnego wynika z celowości korekcji deformacji kośćlą palucha, celowości wycięcia towarzyszących zmian zwyrodnieniowych (rozrostów kostnych demonstrowanych przez lekarza) w stawie, zarówno z nasady dalszej I kości śródstopia, jak też resekcji znacznie poszerzonej i zdeformowanej nasady bliższej paliczka podstawowego palucha w przypadku zabiegu Brandesa, oraz wycięcia „buniona” tzn. „wystającej” części główki I kości śródstopia.

Bunionectomia polega na wycięciu buniona – tzn. „wystającej” części główki I kości śródstopia. Koszt zabiegu 1200 zł. Korekcja sposobem „minimale invasive” jest jak gdyby krokiem następnym po bunionectomii. Wykonuje się je przeważnie u pacjentek z niewielką deformacją. Polega na zeszlifowaniu rozrostów

kostnych (bunion) lub frezem kostnym (jak „borowanie” w stomatologii) lub kilkumilimetrowym osteotomem. Wykonuje się nacięcie długości około 4 cm na wewnętrznym brzegu stopy. W trakcie zabiegu przecinane jest więzadło poprzeczne śródstopia oraz torebka stawowa, w celu sprowadzenia trzeszczek na swoje miejsce. W efekcie można uzyskać pełną korekcję palucha koślawego o niewielkim kącie zniekształcenia. Koszt tego zabiegu – 1600 zł za jedną stopę. W jeszcze cięższych przypadkach wykonujemy zabieg osteotomii I kości śródstopia sposobem Chevron. Wiąże się on z zastosowaniem wchłaniającej śruby z polisacharydu typu „endosorb”. Koszt śruby – 500 zł – należy doliczyć do ceny za zabieg: 1900 zł + 500 zł = 2400 zł. W jeszcze cięższych przypadkach wykonujemy zabieg sposobem Brandesa. Koszt zabiegu 1900 zł. Zabieg ten, jak i powyższe, przeprowadza się w znieczuleniu miejscowym. W sposób znaczący zmniejsza to ryzyko związane z wykonaniem zabiegu w znieczuleniu ogólnym bądź dokręgosłupowym. Zabieg trwa około 15 min, utrata krwi w trakcie zabiegu - około 40 ml, po zabiegu do opatrunku – około 20-30 ml. Niektóre pacjentki w związku z powyższym bagatelizują ciężkość wykonanego zabiegu. Prosimy nie zapominać, że jest to skomplikowany zabieg ortopedyczny na miarę wykonywanych w innych ośrodkach 1,5 godzinnych zabiegów w znieczuleniu ogólnym. W najcięższych przypadkach wykonywana jest artrodeza stawu MP – czyli osiągnięcie prawidłowego ustawienia palucha drogą usztywnienia stawu śródstopno – paliczkowego. Koszt artrodezy wynosi 1900 zł. W podany wyżej koszt omawianych zabiegów wliczona jest cena opatrunków i wszystkich konsultacji pozabiegowych do 6 miesięcy od momentu zabiegu. Po upływie 6 miesięcy koszt wizyty – 50 zł. W przypadku konieczności operowania palców II-go, III-go, IV-go, V-go należy doliczyć koszt zabiegu na tych palcach – od 400 do 600 zł za palec w zależności od rodzaju zabiegu. Rozlicza się Pani w kasie Zakładu, na życzenie wystawiamy faktury imienne.

W przypadku zabiegu sposobem SCARF zabieg ten jest związany z wykorzystaniem wiertarki, piły oscylacyjnej, specjalnego osprzętu oraz tytanowych śrub kostnych, które trwale zostają w kości. Wydłuża to czas trwania zabiegu do około 1,5 godziny, co wiąże się z koniecznością znieczulenia ogólnego lub do kręgosłupa i wykorzystaniem sztucznego niedokrwienia kończyny. Koszt tego długotrwałego zabiegu wynosi 5000 zł. Przykłady innych zabiegów, wykonywanych w zakładzie: osteotomia „open wedge” - cięcie prostopadłe do osi długiej I kości śródstopia i następnie rozsuniecie fragmentów kości, stabilizacja płytką i śrubami. Osteotomia „close wedge” – dwa cięcia w obrębie I kości śródstopia, z usunięciem klina kostnego. Osteotomia Akina – w nieprawidłowym ustawieniu paliczka bliższego palucha z zespoleniem kości przy pomocy śruby lub klamry kostnej. Korekcja palców II-V młoteczkowatych sposobem Weila.

Dające się przewidzieć następstwa operacji

Następstwem zabiegu korekcji deformacji koślawej palucha z bunionem i towarzyszącymi zmianami zwyrodnieniowymi jest korekcja deformacji koślawej palucha, brak guza kostnego i rozrostów kostnych okółostawowych, brak negatywnego wpływu deformacji palucha na deformowanie pozostałych palców stopy, brak odleżyn i owrzodzeń skóry w miejscu kolizji z obuwiem, brak deformującego działania stopy na noszone obuwie, co ułatwia jego dobór i powoduje efekt „odmładzania” wyglądu zewnętrznego stopy i pacjentki. W przypadku alloplastyki resekcyjnej Brandesa wykonanie zabiegu powoduje konieczność otwarcia stawu i szycia torebki stawowej, resekcji brzegów powierzchni stawowych, co powoduje zjawisko mniejszej ruchomości stawu po wykonanym zabiegu operacyjnym i skrócenia palucha około 6-8 mm, rzadziej do 12-14 mm. Mniejsza ruchomość zapobiega nawrotowi deformacji koślawej palucha w dłuższej obserwacji. Tym niemniej, pacjentki uprawiające sporty typu wspinaczka skałkowa, taniec sportowy lub joga, pracujące jako artysta baletu, listonosz, sprzedawca na stojąco, chodzące boso częściej niż w obuwiu, z nawykiem eksponowania stóp na basenie, w saunie, na plaży proszeni są o wyjątkową rozważność w sprawie operowania stopy przed zakończeniem kariery sportowej lub zawodowej oraz właściwą rozsądną ocenę spodziewanego wyniku przed wykonaniem operacji. W przypadku, jeżeli czynnikiem decydującym dla Pani jest zachowanie pełnej czynnej ruchomości palucha po zabiegu - odmawiamy wykonania alloplastyki resekcyjnej Brandesa u Pani. Po wykonanym zabiegu po resekcji rozrostów kostnych powstaje nadmiar skóry, który czasami w okresie 2-6 miesięcy po zabiegu jest traktowany przez pacjentki jako „obręcz podstawy palucha po jego stronie wewnętrznej”. Nadmiar skóry zanika w 9-12 miesięcy po zabiegu. Czasami obserwujemy zjawisko wygórowanych oczekiwań pacjentki, co do wyników chirurgicznej korekcji ciężkiej deformacji szkieletu stopy. Właśnie korekcja wyglądu zewnętrznego stopy, a nie „likwidacja bólu stopy” jest istotą pracy chirurga w Pani przypadku. Poprzeczny wymiar stopy ulega zmniejszeniu nie więcej niż o wymiary resekowanego buniona. Zabieg ten nie jest zabiegiem likwidującym bolesność związaną z istnieniem płaskostopia poprzecznego i bolesnych odcisków na podszewie, ani samego płaskostopia poprzecznego stopy, ani podwichnięcia stopy na zewnątrz w przypadku nadwagi lub ciężkiej deformacji stopy. W cięższych przypadkach na skutek przeciwdziałania zwichnięciu palców II i III do góry zabieg opóźnia pojawienie się bolesności śródstopia. Postrzeganie postępu osobnego schorzenia - bolesnego płaskostopia poprzecznego, jako negatywnego wyniku operacji korekcji „halluxa” jest niedorzeczne. Niestety, jest zjawiskiem często spotykanym, nawet po upływie kilku lat od wykonanego zabiegu – o czym Pani jest poinformowana. Bolesne płaskostopie wymaga intensywnego leczenia zachowawczego (magnetronik, jonoforeza, ultradźwięki, krioterapia, leseroterapia), lub operacyjnego (na drodze osteotomii kości śródstopia) niezależnie od przebytej korekcji deformacji palucha. Po zabiegu alloplastyki resekcyjnej, zwłaszcza u pacjentek, które za późno zakładają pełne obuwie, obserwujemy wyższe ustawienie palucha oraz brak mocnego czynnego docisku palucha do podłoża. Ogromnej większości naszych pacjentek zjawisko to nie przeszkadza w życiu codziennym. Informujemy, że zjawisko to nie jest obserwowane po wykonaniu zabiegu sposobem osteotomii typu Chevron, techniki „minimale invasive”, bunionectomii. Jeżeli czynnikiem decydującym dla Pani jest czynny docisk palucha do podłogi, jeżeli ma Pani mniej niż 40 lat - odmawiamy wykonania zabiegu sposobem alloplastyki resekcyjnej Brandesa, zachęcamy w takim wypadku do wykonania w naszym ośrodku np. osteotomii typu Chevron lub SCARF – po uzgodnieniu z lekarzem. Podkreślić należy, że zakładane jako wynik zabiegu alloplastyki Brandesa ustawienie szczytu palucha na wysokości 5-7 mm od podłogi w trakcie stania na boso jest też najbardziej sprzyjającym i pożądanym do chodzenia/stania/przebywania w obuwiu, zarówno bez obcasa jak i z obcasem o wysokości do 6-7 cm – zachęcamy do spojrzenia na własne obuwie, czubek którego zawsze jest zadarty do góry. Bardzo ważne dla pacjentek z nadwagą i tęgą stopą - zabieg nie zmniejsza podwyższonej tęgości stopy, oraz nie likwiduje niedogodności noszenia, a zwłaszcza zakładania rano kształtnych pantofli na dużą stopę o tęgości „G”, lub inną nie smukłą stopę. Rozważania pacjentek o „niemożliwości włożyć buty na stopy po zabiegu” praktycznie zawsze są wynikiem ich nadwagi, tęgich stóp, stóp kwadratowych, wysokiego podbicia stopy, a nie prawidłowo wykonanej korekcji koślawości palucha i resekcji wystającego buniona. Badania histopatologiczne wykonywane po alloplastyce resekcyjnej Brandesa wykazują powstawanie w miejscu resekowanych rozrostów tkanki chrzęstnej kostniny chrzęstno – kostnej, pozbawionej zakończeń nerwowych i dlatego niebolesnej. Powstająca kostnina chrzęstna – kostna tworzy „neoartrozę”, nie ma tendencji do przerostu i dlatego „paluch nie odrasta”.

Pojęcie „neoartroza”. Pacjentka z paluchem koślawym posiada hyperplastyczny bolesny staw śródstopno - paliczkowy ze zmianami zwyrodnieniowymi w postaci wytwórczej – bolesne, szpeczące, przeszkadzające rozrosty kostne. Rozrosty kostne najczęściej są sklerotyzowane – tzn. znacznie mniej vitalne niż zdrowa kość. Sklerotyzacja rozrostów być może jest jedną z przyczyn bolesności zdeformowanego stawu. Z definicji - kości śródstopia i palców są kośćmi krótkimi nieosiowymi, zaś staw śródstopno – paliczkowy stopy jest stawem siodełkowatym, i zdecydowanie różni się budową i czynnością od stawów panewkowych. W trakcie zabiegu dokonuje się oczyszczenie resekowanych fragmentów, resekcja szypuła, formowanie panewki w części bliższej paliczka podstawowego palucha i zaokrąglonego końca nasady dalszej I kości śródstopia. Z upływem czasu przestrzeń pomiędzy końcami wypełnia tkanka włóknista lub włóknisto-chrzęstna z prawidłowo ukrwionymi końcami kostnymi. Uformowanie warstwy włóknisto-chrzęstnej na końcach kostnych 6-12 miesięcy po zabiegu jest ważnym momentem zabiegu, który pozwala osiągnąć dobry funkcjonalnie wynik zabiegu. Od pierwszych dni po zabiegu pomiędzy końcami kości w trakcie chodzenia rozpoczyna się proces artkulacji, – czyli tworzenia się nowego stawu – neoartrozy. Nowoutworzony staw nie jest pełnowartościowy, ale przez dziesiątki lat służy pacjentkom w warunkach dostatecznej ruchomości i braku zniekształceń obrysów stopy, braku dolegliwości bólowych. Dzieje się tak z powodu rozszerzenia naczyń i wzmożonej, w związku z tym, perfuzji tkankowej oraz wydzielania pewnych, specyficznych, związków organicznych do jamy stawu. Żeby przekonać się do braku patologii warto jest zbadać stopę dotykiem. Nie należy się tego bać, pomimo przerażenia badaniem dotykowym nie tak dawno operowanej stopy. Badając, należy zwrócić uwagę na ucieplenie skóry. Wzmoczona ciepłota świadczyć może o patologii, zwłaszcza, w połączeniu z obrzękiem skóry i jej

zaczernieniem. Natomiast prawidłowe ucieplenie skóry nad miejscem operacji świadczy o prawidłowo przebiegającym procesie przebudowy, później o wytworzeniu się witalnego stawu (neoartrozy). W przypadku wątpliwości wskazana jest wizyta u lekarza, bez względu na odległość miejsca zamieszkania.

Na życzenie pacjentki możemy wykonać Rtg oraz wszelkie inne badania zarówno operowanych jak i nieoperowanych stóp. Rtg stopy po alloplastyce Brandesa wykazuje: stan po resekcji około 1/3 nasady dalszej I kości śródstopia, stan po resekcji podstawy paliczka podstawowego palucha i sformowaną po alloplastyce resekcyjnej tzw. „neoartrozę” stawu śródstopno – paliczkowego. Opisany obraz Rtg jest odpowiednim dla zabiegów resekcyjnego typu obrazem i nie powinien budzić niepokoju, jeżeli jest właściwie opisany: „stan po alloplastyce resekcyjnej”. Rtg stopy po osteotomii typu Chevron wykazuje zmianę kąta ustawienia I kości śródstopia i palucha, obrucenie i przesunięcie odłamu dalszego kości przyśrodkowo. W trakcie zabiegów na tkance kostnej w razie konieczności wykonujemy śródoperacyjne zdjęcia RTG. Rtg śródoperacyjne ma charakter pomocniczy – wynik swojej pracy chirurg ocenia przede wszystkim w ranie operacyjnej.

Możliwość wystąpienia powikłań (zdarzeń niepożądanych):

Żaden lekarz nie jest w stanie zagwarantować pełnego sukcesu zastosowanego leczenia oraz całkowitego braku ryzyka związanego z zabiegiem operacyjnym. Jest Pani poinformowana o możliwości wystąpienia poniższych powikłań i prosimy wziąć to pod uwagę przed podjęciem decyzji o leczeniu operacyjnym.

- indywidualnej bolesnej reakcji na zastrzyki podskórne w początkowym stadium znieczulenia miejscowego; rano w dniu zabiegu może Pani zażywać Paracetamol, na noc lub rano stopę, paluch i palce można posmarować kremem Emla (zgodnie z instrukcją stosowania), jeżeli jest Pani wrażliwa na zastrzyki podskórne,
- bólach pooperacyjnych w wyniku częściowej resekcji kości śródstopia (jak po złamaniu kości); oprócz zapisanych leków przeciwbólowych pomocne są okłady z lodu w worku polietylenowym, lub mocniejsze leki, Pyralgina, aż do grupy narkotycznych analgetyków włącznie,
- przedłużające się do 3-4 tygodni gojenie się grubego naskórka na stopie w miejscu cięcia operacyjnego; jest wynikiem wykonywania ciccia w niewidocznym dla postronnych miejscu, a nie na cienkiej, dobrze gojącej się, ale i dobrze widocznej postronnym skórce grzbietu palucha/stopy,
- utrzymywaniu się fizjologicznego pourazowego obrzęku stopy (jak po złamaniu kości) do 6-12 tyg. po zabiegu – zwłaszcza u osób z nadwagą, żyłakami, nadciśnieniem, w okresie upałów, palących, cukrzyków,
- objawy wchłaniania się krwiaka pooperacyjnego (przebarwienie i mrowienie skóry) do 4-6tyg po zabiegu i związany z tym wygląd stopy (jak po wchłaniającym się dużym krwiaku podskórnym po stłuczeniu innych okolic ciała), pomocne jest zażywanie leków na poprawienie krążenia, zleconych przed zabiegiem, ponadto Detralex-u, Venorotonu, smarowanie żelem Lioton 1000, zastrzyki podskórne z heparyną: Fraxiparina, Clexane, zwłaszcza, jeżeli Pani znacznie ograniczyła chodzenie,
- przejściowy (na okres 3-6 mieś) brak czucia w bliźnie, lub jej bolesność po wykonaniu cięcia operacyjnym – z powodzeniem likwiduje się masażem blizny, kremami odżywczymi, fizjoterapią: magnetronik, laser, ultradźwięki. Jednak, jak w przypadku każdej dolegliwości subiektywnej, nie gwarantujemy całkowitego ustąpienia Pani negatywnych odczuć związanych z wykonaniem cięcia operacyjnego,
- różowy kolor stricte blizny pooperacyjnej bądź jej przerostowy charakter, który zanika zwyczajowo do 12-18 mieś po zabiegu, do momentu zaniku różowego koloru blizny pomocne mogą być kremy cieniujące. Jednak, jak w przypadku każdej dolegliwości subiektywnej, nie gwarantujemy całkowitego ustąpienia Pani negatywnych odczuć, związanych z istnieniem blizny pooperacyjnej.
- powoli zmniejszający się nadmiar skóry u podstawy palucha; chodzenie w pełnym obuwiu powoduje „naciągnięcie” skóry i zanik jej nadmiaru w okresie do 12-18 mieś po zabiegu, możliwe jest też wycięcie nadmiaru skóry, jeżeli do 12-18 mieś po zabiegu nie zaniknie jej nadmiar,
- wrażenie skrócenia palucha po zabiegu, zwłaszcza w przypadku posiadania tzw. stopy „greckiej” (stopa z paluchem krótszym od palca II-go), rzeczywisty wymiar skrócenia palucha po zabiegu wynosi 6-8 mm, rzadko 12-14 mm i jest on pozytywnie postrzegany przez posiadaczki stopy „egipskiej” (75% polek mają paluch dłuższy od palca II-go),
- zakażeniu rany pooperacyjnej, martwicy jej brzegów; występuje zwłaszcza po zaopatrywaniu rany pooperacyjnej we własnym zakresie, lub rezygnacji z zażywania antybiotyku po zabiegu. Jest Pani poinformowana, że każdy zabieg chirurgiczny może spowodować stany zapalne i pogorszenie stanu pacjenta i prosimy wziąć to pod uwagę przed podjęciem decyzji o leczeniu operacyjnym,
- miękkie „przekorygowanie” koślawej deformacji – jest wynikiem dążenia chirurga do całkowitego skorygowania deformacji koślawej palucha („na zero”), zdarza się u mniej niż 1% pacjentek. Najczęściej jest następstwem rezygnacji z włożenia pełnego obuwia „tuż po zabiegu”. Nie wolno niedoceniać „kształtującej ustawienie palucha” roli własnego obuwia! Deformacja ta wymaga zabiegu uwolnienia „ściąągającej” wewnętrznej blizny pooperacyjnej. W przypadku wystąpienia tego powikłania możemy Pani zagwarantować nieodpłatne wykonanie ww uwolnienia w naszym ośrodku.
- zjawisko utrwalonej „szpotowości” (lub „przekorygowania” lub „szponowości” – są to synonimy). Najczęściej się zdarza u pacjentek spoza Krakowa, bądź u pacjentek, które wyjechały z kraju na dłuższy okres. Przyczyną tego zjawiska jest brak kontroli w pierwszych tygodniach/miesiącach po zabiegu. Jest wynikiem nie uwolnienia blizny w pierwszych 2-4 miesiącach po zabiegu na etapie miękkiego przekorygowania (patrz wyżej). Trzymanie palucha w pożądanym ustawieniu przez własne obuwie w pierwszych dniach/tygodniach po zabiegu jest konieczne, żeby nie doszło do zerwania szwów torebki stawowej siłą mięśni nogi i podwichnięcia palucha do góry i na szpotawo. Pomimo oczywistej współodpowiedzialności Pacjentki za powstanie tej deformacji, informujemy o możliwości jej korekcji w naszym ośrodku nieodpłatnie.
- nawrót deformacji. W polskich i światowych ośrodkach oscyluje w okolicach 10% przypadków, (co 10j pacjent). Jest to wezwanie dla lekarzy w celu dalszego rozwoju chirurgii stopy. W naszym ośrodku nie przekracza 1,5% (raz na około 80-100 zabiegów). Prosimy jednak nie traktować wykonania zabiegu u nas jako „gwarancji wyleczenia”.
- metatarsalgia (ból śród- i przodostopia) – nie jest bezpośrednim wynikiem wykonanego zabiegu. Najczęściej występuje jako osobne schorzenie na tle zewnętrznego urazu lub przeciążenia i ma być leczona jako osobne schorzenie za pomocą wkładek, ortez, fizykoterapii, blokad bądź operacyjnie po konsultacji z lekarzem. W każdym przypadku wątpliwości co do stanu Pani zdrowia zalecamy wizytę u lekarza, bez względu na miejsce Pani zamieszkania.
- spowodowane nie stricte „następstwami urazu operacyjnego”, lecz towarzyszącymi okolicznościami nasilenie się podstawowych Pani schorzeń. Stres okołoperacyjny, mniejsza aktywność ruchowa w ciągu kilku tygodni po zabiegu, uczulenie, w tym na środki dezynfekujące, może spowodować nasilenie się np. zakrzepicy w przebiegu choroby żyłkowej kończyn dolnych, niedokrwienia mięśnia sercowego, nadciśnienia, cukrzycy, chorób tarczycy, egzemy, zmian zwyrodnieniowych innych stawów, bólów kręgosłupa, etc. W przypadku Pani wątpliwości co do przebiegu innych, oprócz „palucha koślawego”, Pani schorzeń, w tym innych schorzeń narządu ruchu - powinna je Pani skonsultować u prowadzących Panią specjalistów (kardiolog, endokrynolog, chirurg naczyniowy, dermatolog, neurolog, ortopeda etc). Przypominamy, że nawet po operacjach wykonanych w Szpitalu, od momentu usunięcia szwów i wypisie ze Szpitala obowiązuje zasada leczenia innych schorzeń „w Rejonie”.

Ciężkie, zagrażające życiu, śmiertelne lub powodujące trwałe kalectwo powikłania (amputacja stopy) proponowanego Pani zabiegu operacyjnego w naszym ośrodku nie zdarzały się. Powikłania, związane z osteotomią SCARF i tego typu zabiegami: powikłania wynikające z uciążliwego dla organizmu 1,5 godzinnego znieczulania, zastosowania zacisku Esmarha (skrzepy), szkody metalowe w kości, oraz większe ryzyko opisywanych wyżej powikłań w wyniku większego urazu operacyjnego i znacznie dłuższego czasu wykonania zabiegu. Dość często w Polsce obserwowany jest brak stosownej do zainwestowanych potężnych środków satysfakcji z wyglądu stopy po zabiegu SCARF. Obserwowana też jest tendencja do wykonywania zabiegu SCARF i begów z użyciem płytek w średnim wieku, w przypadkach, gdzie znacznie tańsza technika „minimale invasive” daje dobre wyniki leczenia. W przypadku decydowania się na osteotomię typu SCARF lub inną osteotomię wymagane jest szczegółowe omówienie zabiegu SCARF z demonstracją śrub i instrumentarium niezbędnego do zabiegu, przedpłatą za wykonany zabieg SCARF.

Zespół stopy wrażliwej, a „operowany paluch”

Zespół stopy wrażliwej występuje u około 30% dorosłych, a w tym u 50% pacjentek z paluchem koślawym. Tą nazwą opisujemy pojęcie, sens którego łatwiej jest zrozumieć po przytoczeniu sformułowań: „jestem osobą wrażliwą”, „często boli mnie głowa, odczuwam zmiany ciśnienia”, „mam wrażliwą cerę”, „moje stopy łatwo się męczą”. Na częste występowanie tego/tych zjawisk u kobiet wpływają hormony żeńskie. Charakter bólu stopy w zespole stopy wrażliwej jest wieloraki i trudny do opisanego zarówno przez pacjentkę jak i przez lekarza: „boli przodostopie, boli śródstopie, boli cała stopa, ból promieniuje aż do pięty”. Podpisanie niniejszej „świadomej zgody” oznacza, że Pani rozumie, że zabieg korekcji palucha koślawego likwiduje tylko deformację, poprawia tylko kształt stopy, natomiast nie zmienia wrażliwości stopy i nie jest gwarancją zniknięcia bólu w całej stopie. Prawidłowy stan miejscowy I kości śródstopia w miejscu wykonania zabiegu jest dowodem na inną, niż operowany paluch przyczynę bólu całej stopy. Czasami obserwujemy rozwój „zespołu stopy wrażliwej” jakiś czas po operacji na stopie. Z biegiem czasu Pani stopę mogą dotknąć też inne schorzenia - na przykład nerwiak Morthona, złamanie „marszowe”, ostroga piętowa, entezopatia rozciągniętego podszwowego, zapalenie pochewek ścięgien prostowników palców, paznokcie wrastające, krwiak podpaznokciowy, jego oddzielenie się i zejście. Dzieje się to nie „na skutek wykonanego zabiegu”, lecz „pomimo jego wykonania”. Nie chcemy, żeby zaistniała sytuacja, w której Pani powie: „cała stopa mnie jak bolała przed zabiegiem, tak nadal boli”, lub „bole całej stopy pojawiły się kilka miesięcy po zabiegu”. Jeżeli ma Pani wątpliwości, czy zniknie bolesność całej stopy po zabiegu – odpowiedź brzmi: „nie, zabieg korekcji deformacji palucha likwiduje deformację palucha, nie likwiduje zespołu stopy wrażliwej”.

Powikłania z winy pacjenta. Oświadczam Pani, że w przypadku zaniedbań z Pani strony, a zwłaszcza: „ciągnięcia” palucha do góry po zabiegu pomimo wyraźnego zakazu, włożeniem butów na obcasie „za wcześnie”, przed wyraźnym pozwoleniem ze strony lekarza, rezygnacji z szybkiego włożenia sznurowanego pełnego własnego obuwia i rozpoczęcia chodzenia w pełnym obuwiu na płaskiej podszwie, braku gimnastyki operowanego palucha w pierwszych dniach po usunięciu szwów, nie przyjeżdżania na wizyty z powodu odległości miejsca zamieszkania, leczenia „we własnym zakresie” nie będzie Pani rościła pretensji w razie pojawienia się powikłań, będących następstwem Pani postępowania.

Rokowanie. Prawdopodobieństwo powodzenia proponowanej operacji (tzn. skorygowania deformacji stopy) w Pani przypadku jest duże. Jeżeli nie wyrazi Pani zgody na proponowany zabieg, schorzenie Pani nie zagrazi Pani życiu, ani nie grozi kalectwem, uniemożliwiającym poruszanie się. Nawet najbardziej zaawansowana deformacja stopy nigdy nie jest przyczyną poruszania się na wózku inwalidzkim lub za pomocą kul, lub uznania pacjentki za inwalidę I grupy. W przypadku nie wyrażenia zgody na zabieg leczenia zachowawcze Pani deformacji sprowadzi się do stosowania zaopatrzenia ortopedycznego w postaci różnorodnych wkładek ortopedycznych, laski dłoniowej. Nieuchronny postęp deformacji będzie dla Pani coraz bardziej uciążliwy, spowoduje podwyższenie kosztów ewentualnej operacji stosownie do postępu deformacji stopy i najprawdopodobniej doprowadzi do konieczności wykonania butów ortopedycznych „na miarę” w celu dopasowania obuwia ortopedycznego do kształtu zdeformowanej stopy.

Rozmowa z lekarzem. Prosimy, aby Pani zapytała o wszystko, co chciałaby Pani wiedzieć w związku z planowanym leczeniem. Nasze pacjentki oprócz deformacji palców zawsze posiadają inne liczne postępujące schorzenia narządu ruchu – stawów skokowych, kolan, bioder, kręgosłupa. Z wiekiem u pacjenta ulega pogorszeniu pozytywne nastawienie co do swojego stanu zdrowia. W związku z powyższym informujemy, że w przypadku sporu dotyczącego umowy mającej charakter umowy o dzieło - wykonania zabiegu z zakresu chirurgii korekcyjnej stopy - mają zastosowanie przepisy art. 646 k.c.: rozszereżenia wynikające z umowy o dzieło przedawniają się z upływem lat dwóch od dnia oddania dzieła (dokonania zabiegu). W przypadku sporu o naprawienie szkody – ulegają przedawnieniu trzyletniemu. Mówiąc kolokwialnie, chodzi o sytuacje „złamałam stopę, bo była operowana”, „muszę operować kolano (biodro), bo inaczej obciążałam operowaną 5 lat temu stopę”. Wszelkie informacje dodatkowe dotyczące planowanego leczenia oraz wszelkie oczekiwane przez Panią wyjaśnienia można uzyskać przed zabiegiem. ZASTRZEŻENIA PACJENTKI:.....

Konieczność zmiany/ rozszerzenia charakteru zabiegu operacyjnego występujące podczas jego trwania

W czasie zabiegu operacyjnego możemy stwierdzić istnienie okoliczności, które mogą wymagać modyfikacji wstępnie proponowanej operacji. Najczęściej zdarza się to w ciężkich deformacjach w przypadku braku możliwości utrzymania prawidłowego ustawienia palucha i skutkuje na przykład wykonaniem arthrodezy stawu MiP, pomimo wstępnej kwalifikacji do zabiegu sposobem Brandesa. Gwarantujemy, że nie będzie to podstawą do dodatkowych opłat z Pani strony. Prosimy o wyrażenie zgody także i na tę okoliczność. Przy braku Pani zgody na ewentualną modyfikację zabiegu nie możemy przerwać zabiegu operacyjnego i ponownie powtórzyć go w zmodyfikowanej wersji później. Stanowiłoby to dodatkowe obciążenie dla Pani zdrowia, jak też stworzyłyby wyjątkowe trudności w ranie operacyjnej dla chirurga.

OŚWIADCZENIE PACJENTA:

Podpis pod oświadczeniem złożony przez Pani świadczy o przeczytaniu i omówieniu całej niniejszej „świadomej zgody na wykonanie umowy o dzieło – zabiegu korekcyjnego deformacji palucha/palców stopy”. Tekst powyższy i poniższy został Pani wręczony na długo przed zabiegiem, podpisuje go Pani w Historii Choroby, kopię zaś zachowuje Pani dla siebie.

Ja, niżej podpisana pod wszystkimi stronami „świadomej zgody na zabieg” i „pouczenia dla pacjentki” oświadczam, co następuje:
„Zostałam poinformowana o celowości korekcji deformacji koślawej palucha jak też rokowaniu w przypadku niepoddania się leczeniu operacyjnemu. Rozumiem na czym polega wycięcie zmian zwyrodnieniowo – wytwórczych zarówno z nasady dalszej I kości śródstopia, jak i wycięcie nasady bliższej paliczka podstawowego palucha w przypadku zabiegu Brandesa. Rozumiem, na czym polega metoda leczenia operacyjnego mojego przypadku, wyjaśniono mi przebieg zabiegu i zaproponowano alternatywne metody leczenia. Po przedyskutowaniu wszystkich możliwych sposobów leczenia, jakie mogą być zastosowane w moim przypadku, i związanego z nimi ryzyka zdecydowałam się dobrowolnie na odpłatne leczenie w tutejszym ośrodku. Miałam możliwość zadawania pytań lekarzowi, rozumiiałam odpowiedzi i wyrażam zgodę na zabieg. Wiem, że zabieg chirurgiczny będzie przeprowadzony w znieczuleniu miejscowym w ambulatoryjnych warunkach na sali operacyjno - zabiegowej. Wiem, że mogę zrezygnować z zabiegu nawet po wykonaniu znieczulenia miejscowego przed wykonaniem cięcia operacyjnego. Wiem, że dopiero podczas zabiegu może się okazać konieczna modyfikacja zabiegu. Zgadzam się na modyfikację zabiegu, jeżeli taka konieczność wyłoni się podczas jego trwania, a jest niezbędna uzyskania lepszego długoterminowego wyniku zabiegu. Zapewniam, że ujawniłam lekarzowi wszystkie znane

mi moje schorzenia i dolegliwości. Poinformowano mnie, że wynik leczenia zależy w znacznej mierze od przestrzegania zaleceń pooperacyjnych i wizyt kontrolnych i zachowania zgodnie z uzyskaną pisemną informacją. Poinformowano mnie również o postępowaniu po zabiegu, rozpisano dawkowanie leków, oraz zaproponowano terminy wizyt kontrolnych. Zobowiązuję się dokładnie przestrzegać zaleceń pozabiegowych. Rozumiem, że stwierdzenia w niniejszym dokumencie mają charakter umowy o dzieło i są wynikiem porozumienia stron, miałam odpowiednio dużo czasu do przeanalizowania treści niniejszej zgody i podpisuje ten dokument dobrowolnie. Dodatkowo stwierdzam, że posiadam pełną zdolność do czynności prawnych i mogę podpisać powyższe oświadczenie jako odpowiednio poinformowany pacjent”.

1) Upoważniam Doktora Igora Zwinczewskiego do przeprowadzenia tej operacji w zgodzie z wiedzą lekarską.

2) Upoważniam Doktora Igora Zwinczewskiego do wyznaczenia osób potrzebnych mu do asysty przy tym zabiegu jak też osób wykonujących opatrunki pozabiegowe.

Data, parafowanie każdej strony, własnoręczny czytelny podpis: