

OPERACJA ANTYREFLUKSOWA - FUNDOPLIKACJA

Czym jest choroba refluksowa

Chorobą refluksową nazywane jest patologiczne zarzucanie kwaśnej treści żołądkowej lub niekwaśnej treści dwunastniczej do przełyku dające typowe objawy i/lub zmiany zapalne w przełyku. Najczęstszą przyczyną choroby refluksowej jest zbyt częste, przejściowe zmniejszenie napięcia dolnego zwieracza przełyku. U części chorych wraz z chorobą refluksową przełyku współistnieje przepuklina wślizgowa rozworu przełykowego. Zwrotne cofanie się treści żołądkowej i/lub treści dwunastniczej może być spowodowane nieodpowiednią dietą (kawa, alkohol), niektórymi lekami i hormonami lub nieprawidłowościami anatomicznymi typu przepuklina rozworu przełykowego bądź w różnych stanach po operacji. Otyłość jest jednym z czynników sprzyjających chorobie.

Najczęstsze objawy to zgaga, zwracanie pokarmów, częste, odbijania, utrudnione połykanie (dysfagia). Do objawów pozaprzelykowych należy niedokrwistość, chrypka, kaszel, zapalenie krtani, astma oskrzelowa. Refluks jest przyczyną 50% pozasercowych bólów w klatce piersiowej. Nie leczona choroba refluksowa powoduje zapalenie przełyku, konsekwencją którego jest krwawienie, owrzodzenie, zwężenie i skrócenie przełyku i przełyk Barrett'a (zastąpienie nabłonka płaskiego nabłonkiem gruczołowym typu jelitowego, a nawet rak przełyku).

Typowym leczeniem jest leczenie farmakologiczne przy pomocy leków zmniejszających wydzielanie kwasu solnego w żołądku. Leczenie operacyjne stosuje się u pacjentów, u których leczenie farmakologiczne jest nieskuteczne, występują objawy ze strony płuc i krtani lub istnieje duże ryzyko rozwoju poważnych powikłań (metaplazji Barretta, dysplazji, raka przełyku).

Przebieg operacji

Podstawowym założeniem operacji antyrefluksowych jest poprawienie czynności i przywrócenie wydolności dolnego zwieracza przełyku. Wszystkie zalecane operacje polegają na wytworzeniu mankietu z dna żołądka wokół brzusznej części przełyku (fundoplikacja) oraz stabilizacji połączenia przełyku z żołądkiem poniżej przepony. W ostatnich latach operacje te standardowo wykonuje się metodą laparoskopową („przez dziurkę od klucza”). Podczas operacji wypełniamy jamę brzuszną gazem (dwutlenek węgla). Następnie odsłaniamy rozwór przełykowy przepony (miejsce, w którym przełyk przedostaje się do jamy brzusznej) i uwalniamy przełyk. Jeśli u pacjenta stwierdzono przepuklinę przeponową, przy pomocy szwów zwężamy rozwór przełykowy. Kolejnym etapem jest przecięcie naczyń krwionośnych między żołądkiem a śledzioną. Uwolnionym dnem żołądka, jak mankietem, otaczamy przełyk. Mankiet przyszywamy do przełyku lub żołądka uniemożliwiając mu przemieszczenie się do klatki piersiowej. W przypadku wystąpienia trudności w trakcie operacji może być konieczność otwarcia jamy brzusznej i dokończenia operacji metodą otwartą (konwersja).

Alternatywne metody leczenia

Oprócz leczenia farmakologicznego i operacyjnego możliwe są również do zastosowania w wyspecjalizowanych, referencyjnych ośrodkach metody endoskopowe. Są one alternatywą do leczenia operacyjnego w przypadkach o mniejszym zaawansowaniu zmian zapalnych i nie

powikłanych. Mogą także stanowić uzupełnienie zarówno leczenia farmakologicznego, jak też operacyjnego. Stosuje się:

- gastroplastykę endoskopową – założenie 2 – 3 szwów przewężających okolicę połączenia żołądkowo – przełykowego pod kontrolą endoskopu (fundoplikacja endoskopowa – Esophyx),
- stymulacja warstwy mięśniowej okolicy wpustu w celu jej zbliźnowacenie i pogrubienia (zabieg Stretta – z wykorzystaniem energii wysokiej częstotliwości),
- zniszczenie (ablacja) nabłonka przełykowego, zmienionego metaplastycznie przy pomocy metod termicznych – ablacja w osłonie argonowej, lub przy pomocy energii o wysokiej częstotliwości – system Halo).
- wprowadzenie protez antyrefluksowych do przełyku.

Wymienione metody stosowane są od niedawna.

Potencjalne możliwe powikłania

Anatomia narządów jamy brzusznej nie jest identyczna u każdego człowieka. Z tego też powodu techniczne trudności występujące podczas zabiegu operacyjnego mogą oznaczać, że pomimo starań lekarzy podczas operacji może dojść do wystąpienia powikłań. Należy wśród nich wymienić:

- perforację przełyku i żołądka spowodowaną koniecznością manipulacji przełykiem w trakcie operacji, zakładaniem sond nosowo przełykowych i sond kalibrujących (jest to powikłanie rzadkie poniżej 1%). Stosuje się zeszycie miejsca perforacji dodatkowo zabezpiecza je mankietem fundoplikacyjnym.
- Krwawienie:
 - ze ściany jamy brzusznej podczas zakładania wzierników (trokarów), przez które przeprowadza się operację
 - naczyń żołądkowych krótkich
 - naczyń przepony
 - uszkodzenia wątroby przez refraktor
 - uszkodzenia śledziony w trakcie uwalniania dna żołądka (krwawienie to może spowodować konieczność otwarcia jamy brzusznej i usunięcia śledziony).
- gaz używany do wypełnienia jamy brzusznej (dwutlenek węgla) może przedostać się do śródpiersia lub jam opłucnowych i wywołać tzw. odmę śródpiersiową lub podskórną
- rzadko może dojść do uszkodzenia nerwu błędnego który biegnie na przełyku.

Do powikłań wczesnych, typowych dla tej operacji należy przemieszczenie mankieta fundoplikacyjnego do śródpiersia i trudności w połykaniu o różnym nasileniu.

Pozostałe powikłania są wspólne dla wszystkich operowanych chorych:

- zakażenie wirusem zapalenia wątroby (tzw. żółtaczki zakaźnej) lub inne;
- niekiedy mogą wystąpić uszkodzenia skóry przez środki dezynfekujące lub prąd elektryczny.
- tworzenie się zakrzepów i zamknięcie naczynia krwionośnego przez wędrujący zakrzep (może to objawiać się np. zatorom tętnicy płucnej);
- krwawienia pooperacyjne i krwawe wybroczyny na skórze, które najczęściej nie wymagają leczenia;

- zakażenia rany pooperacyjnej na skutek infekcji. Prowadzi to do przedłużonego gojenia, a czasem do powstawania ropni lub przetok;
- przerwanie szwów i rozejście się rany na skutek powikłań gojenia się, zaburzeń ukrwienia lub obciążeń mechanicznych;
- zbyt duże i przeszkadzające blizny, które mogą powstawać w przypadku skłonności osobniczych lub komplikacji w procesie gojenia;
- nieszczelność szwu na żołądku lub jelicie, mogące prowadzić do zapalenia otrzewnej;
- zaburzenie ukrwienia na skutek zamknięcia lub uszkodzenia naczynia krwionośnego, które może wywołać martwicę tkanek (np. odleżyny);
- owrzodzenia w miejscu szwu;
- zrosty w jamie brzusznej, które nawet po latach mogą doprowadzić do niedrożności jelit;
- uszkodzenia nerwów, dające uczucie głuchoty, bólów, porażenia mięśni i upośledzenie czynności jelit; niewielkie obrzęki, bóle w obrębie barku, brzucha i szyi, trzeszczenie skóry są przejściowymi zaburzeniami po operacjach laparoskopowych ustępującymi samoistnie po kilku dniach.

Po każdej operacji wykonanej metodą „na otwarto”, a więc również po operacji laparoskopowej, jeżeli zaszła konieczność otwarcia jamy brzusznej, istnieje ryzyko powstania przepukliny pooperacyjnej. Powstaje ona z reguły po kilku miesiącach, ryzyko jej powstania wynosi około 25%. W nielicznych przypadkach przepuklina może także powstać po operacjach laparoskopowych. Reasumując, mimo przedstawienia stosunkowo dużej liczby notowanych komplikacji, rzeczywisty odsetek powikłań związanych z fundoplikacją jest niewielki. Większość w/w powikłań może wymagać kolejnych operacji, zmiany sposobu leczenia, przedłużenia jego okresu i może być także przyczyną śmierci.

O rodzaju znieczulenia wymaganego do przeprowadzenia opisanej operacji, jego przebiegu i możliwych zagrożeniach z nim związanych poinformuje Państwa lekarz anestezjolog.

Proponowane możliwe następstwa rezygnacji z proponowanego leczenia

W przypadku rezygnacji z leczenia operacyjnego powinien Pan/Pani pozostawać w stałej kontroli lekarskiej, Pomimo systematycznego przyjmowania leków może dojść do nasilania się zapalenia błony śluzowej przełyku, rozwoju owrzodzeń, zwężeń i nasilenia trudności w połykaniu. Terapia farmakologiczna nie ma charakteru leczenia przyczynowego, a jedynie objawowego. Rezygnacja z operacji w przypadku przełyku Barrett'a niesie za sobą ryzyko rozwoju raka gruczołowego w zmienionym chorobowo przełyku. Rezygnacja z operacji na obecnym etapie zaawansowania choroby może spowodować w przyszłości konieczność operacji o znacznie większym ryzyku powikłań a nawet do operacji usunięcia całego przełyku.

Prognoza pooperacyjna

Wczesne wyniki tych operacji są dobre lub bardzo dobre u 90 – 95% pacjentów.

Do późnych następstw tych operacji należy zaliczyć:

- przetrwałą dysfagię (trudności w połykaniu) u 3 – 12% pacjentów. Może ona być spowodowana utrzymującym się, mimo operacji, stanem zapalnym w przełyku, zbyt wąskim lub zbyt długim mankietem fundoplikacyjnym. Stosuje się okresowe rozszerzanie

endoskopowe a w skrajnych sytuacjach reoperacje. W większości przypadków trudności w połykaniu ustępują samoistnie w ciągu 6 tygodni po operacji.

- wzdęcia spowodowane niemożnością odbijania (zwykle pacjenci się do tej sytuacji przyzwyczajają i nie stanowi to problemu) uczucie pełności w nadbrzuszu występuje u 1 – 28% operowanych.
- biegunki u 1 – 7% pacjentów jako efekt uszkodzenia nerwu błędnego.
- utrzymujące pomimo operacji objawy refluksowe – powikłanie bardzo rzadkie, wymagające leczenia farmakologicznego lub ponownej reoperacji.

Gdzie zgłosić się w dniu operacji

W dniu operacji prosimy zgłosić się z niezbędnymi dokumentami (skierowanie na operację, podpisana zgoda na operację, 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.

Przygotowanie do zabiegu

Jeśli 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, warfin, ticlopidyna, kłopidogrel), 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.
- ◆ Ostatni posiłek powinien być zjedzony najdalej sześć godzin przed operacją.
- ◆ W dniu zabiegu pacjent powinien wykonać dokładną poranną toaletę (kąpiel lub prysznic) całego ciała.
- ◆ Prosimy o zabranie ze sobą piżamy, szlafroka i kapci (klapki pod prysznic), a także przyborów toaletowych.
- ◆ Prosimy **NIE GOLIĆ** miejsca operowanego, 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 terminie, 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.

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.
- Ranę należy chronić przed zabrudzeniem lub urazem za pomocą opatrunku. Opatrunki należy zmieniać codziennie przemywając rany środkami odkażającymi (np. octenisept) i utrzymywać je w czystości. Przez 48 godzin po operacji należy unikać zamoczenia rany, dlatego zaleca się prysznic zamiast kąpeli w wannie. W przypadku zaczerwienienia, bólu i obrzęku rany pooperacyjnej oraz gorączki, należy skontaktować się z lekarzem.
- Przez kilkanaście dni występuje niewielki obrzęk oraz bolesność okolicy operowanej. Stosowane rutynowo tabletki przeciwbólowe pozwalają na praktycznie bezbólowe i szybkie uruchomienie. Obrzęk i bolesność ustępują w ciągu kilkunastu dni po zabiegu.
- **Wizyta kontrolna odbywa się po 7-10 dniach od zabiegu** i polega na kontroli gojenia rany oraz usunięciu szwów skórnych. Powstała blizna jest mało widoczna i łatwo ukryć ją pod bielizną. Zabieg nie powoduje upośledzenia aktywności i umożliwia powrót do codziennego życia i pracy w ciągu kilku-kilkunastu dni od zabiegu.
- Po zabiegu nie zaleca się dźwigania ciężarów przynajmniej przez trzy miesiące. Dźwiganie w tym okresie może doprowadzić do nawrotu przepukliny.

ZGODA NA OPERACJĘ ANTYREFLUKSOWĄ - FUNDOPLIKACJĘ

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

OŚWIADCZENIE WOLI – ZGODA NA WYKONANIE ZABIEGU

Oświadczam, że:

- Zostałem/am szczegółowo poinformowany/a 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.
- Zostałem/am szczegółowo poinformowany/a 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/am poinformowany/a przez lekarza, że niemożliwe jest zagwarantowanie korzystnego wyniku zabiegu i może nastąpić konieczność kolejnych operacji. Zostałem/am poinformowany/a jakie są alternatywne możliwości leczenia rozpoznanego schorzenia i mam świadomość zalet oraz wad proponowanego zabiegu, również w porównaniu z tymi możliwościami.
- Zostałem/am poinformowany/a o możliwości wystąpienia powikłań, wymagających śródoperacyjnej zmiany postępowania dyktowanej wskazaniami medycznymi, na co wyrażam zgodę.
- Miałem/am możliwość zadawania pytań lekarzowi i przedstawienia mu swoich wątpliwości, a na zadane pytania i przedstawione wątpliwości uzyskałem/am zrozumiałe i wyczerpujące odpowiedzi i wyjaśnienia.
- W historii choroby oraz podczas wywiadu i przeprowadzonych badań ujawniłem/am wszystkie znane mi schorzenia i dolegliwości i zarazem nie zataiłem/am istotnych informacji dotyczących stanu zdrowia oraz przebytych chorób.
- Poinformowano mnie o konieczności odpowiedniego postępowania po przeprowadzeniu zabiegu i zobowiązuję się dokładnie przestrzegać zaleceń pozabiegowych i wizyt kontrolnych.
- Zostałem/am poinformowany/a o prawie do rezygnacji od proponowanego zabiegu, nawet po podpisaniu niniejszego oświadczenia.
- Wyrażam zgodę na przetaczanie, w razie wystąpienia takiej konieczności, preparatów krwiopochodnych. (JEŚLI NIE, PROSZĘ SKREŚLIĆ)
- Wyrażam zgodę na wykonanie operacji antyrefluksowej - fundoplikacji**

Imię..... Nazwisko.....

.....
data

.....
podpis pacjentki/ pacjenta / opiekuna prawnego

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 całodobowego przebywania na jego terenie rodzinie, bliskim i opiekunom pacjenta. Pacjenci oddziału mają możliwość spotkania się z osobami odwiedzającymi w osobnym, przeznaczonym do tego celu pomieszczeniu w oddziale.

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

Nie jest dozwolone przebywanie rodziny, bliskich i opiekunów pacjenta na sali intensywnego nadzoru pooperacyjnego.

§ 8

Pacjent ma prawo do kontaktu osobistego, telefonicznego z osobami z zewnątrz, jak również prawo do dodatkowej opieki pielęgnacyjnej świadczonej przez osoby bliskie lub inne wskazane, dlatego krewni lub opiekunowie na życzenie pacjenta mogą uczestniczyć w opiece nad nim. Zakres i czas opieki ustalany jest indywidualnie, w porozumieniu z Ordynatorem, lekarzem prowadzącym oraz z pielęgniarką.

Przez opiekę nad Pacjentem rozumiemy:

- zaspakajanie potrzeb emocjonalnych i duchowych (czytanie, rozmowa)
- pomoc w zaspakajaniu potrzeb fizjologicznych, toaleta ciała
- karmienie, ściśle według określonej przez Ordynatora lub lekarza diety (z wyłączeniem pacjentów mających trudności w połykaniu)
- uczestniczenie w procesie rehabilitacji w porozumieniu z lekarzem i rehabilitantem (spacer po korytarzu, sadzanie w łóżku).

