

LECZENIE OPERACYJNE PRZEROŚNIĘTEGO MIGDAŁKA GARDŁOWEGO I MIGDAŁKÓW PODNIEBIENNYCH

**NINIEJSZY DOKUMENT NALEŻY PRZECZYTAĆ
I ZABRAĆ Z SOBĄ DO SZPITALA W DNIU OPERACJI**

Co to jest migdalek gardłowy?

Migdalek gardłowy, zwany trzecim, jest zbudowany z tkanki limfatycznej, zawierającej komórki niszczące drobnoustroje oraz produkujące m.in. przeciwciała wraz z migdałkami podniebiennymi i innymi skupiskami tkanki limfatycznej gardła stanowi barierę ochronną organizmu, tworząc tzn. pierścień gardłowy (Waldeyera).

Gdzie się znajduje?

W części nosowej gardła, czyli „za nosem“, w części gdzie jama nosa przechodzi w gardło, jest więc niewidoczny zarówno przy oglądaniu gardła jak i badaniu nosa.

Dlaczego migdalek gardłowy przerasta?

Większości infekcji w obrębie górnych dróg oddechowych towarzyszy obrzęk skupisk tkanki limfatycznej, która pomaga w walce z infekcją. Długotrwała stymulacja tej tkanki może powodować trwałe powiększenie migdałków, zarówno gardłowego jak i podniebiennych. Dlatego najczęstszą przyczyną przerostu migdałków są nawracające oraz przewlekłe stany zapalne górnych dróg oddechowych i jamy ustnej.

Jakie są objawy przerostu migdałków?

- chrapanie w czasie snu - mogą się też pojawiać okresy bezdechów sennych.
- częste infekcje górnych dróg oddechowych
- przedłużające się katar z nosa
- objawy ze strony uszu spowodowane uciskiem przerośniętego migdałka gardłowego na ujścia trąbek słuchowych (Eustachiusza). Ich zamknięcie powoduje blokadę naturalnej drogi upowietrzania jam bębenkowych oraz ewakuacji powstającej tam wydzieliny. Stąd bardzo częste u dzieci z przerośniętymi migdałkami występują nawracające zapalenia uszu oraz postępujący niedosłuch, wywołany wysiękowym zapaleniem uszu (stąd często wynika konieczność wykonania w czasie adenotomii dodatkowego zabiegu- -paracentezy (myringotomii), czyli nacięcia błon bębenkowych i odessania zalegającej w nich wydzieliny).
- brak apetytu - stąd niedobory wagi i wzrostu u dzieci „adenoidalnych”
- zmiany w zachowaniu dziecka - staje się ono zmęczone, apatyczne, senne, ma trudności z koncentracją, z nauką w szkole.
- może wystąpić zmiana brzmienia głosu oraz mowa może stać się „kluskowata“, niewyraźna.
- częste zapalenia zatok obocznych nosa

- wyłączenie funkcji czuciowej nosa - upośledzenie lub brak węchu
- upośledzenie funkcji obronnej nosa (złe nawilżanie, ogrzewanie, oczyszczanie powietrza)

Jak stwierdzić, że migdałek gardłowy jest przerośnięty?

O ile przerost migdałków podniebiennych łatwo da się zauważyć, badając gardło dziecka, o tyle przerost migdałka gardłowego jest możliwy do oceny tylko przez laryngologa - który dysponuje szeregiem mniej lub bardziej inwazyjnych metod - badanie lusterkiem, badanie palcem, zdjęcie rentgenowskie, badanie endoskopem.

Jakie są wskazania do zabiegu?

Stwierdzony badaniem laryngologicznym patologiczny przerost migdałków i występowanie opisanych powyżej dolegliwości dziecka upoważnia do zakwalifikowania dziecka do operacyjnego leczenia przerośniętych migdałków

Czy operacja migdałków wpłynie negatywnie na odporność dziecka?

Migdałek gardłowy jest ważnym (ale nie jedynym!) elementem układu odpornościowego tylko u małych dzieci. Chroni je przed inwazją drobnoustrojów chorobotwórczych przez jamę ustną i drogi oddechowe. Stąd jeśli to możliwe, unika się adenotomii u dzieci poniżej 3 roku życia. U starszych dzieci migdałek ten traci tę ważną dla odporności funkcję, aby w okresie dojrzewania zaniknąć. Zresztą zabieg polega na zmniejszeniu migdałka, a nie na jego całkowitym usunięciu - stąd nie zauważono pogorszenia odporności dzieci po adenotomii

Na czym polega zabieg?

Zabieg, ogólnie mówiąc, polega na zmniejszeniu masy migdałków. Specjalnymi narzędziami ścina się nadmiar tkanek migdałków, aby udrożnić nos i odblokować trąbki słuchowe. Zabieg jest przeprowadzany w znieczuleniu ogólnym, trwa ok. 30-45 min, krwawienie podczas zabiegu jest zwykle krótkotrwałe i ustępuje samoistnie. W nosogardle powstaje szybko gojąca się rana, nie wymagająca zwykle żadnego zaopatrzenia chirurgicznego (nie zakłada się szwów). W bardzo rzadkich przypadkach silnego krwawienia zakłada się specjalny opatrunek uciskowy na ranę po usunięciu migdałka.

Jakie mogą pojawić się komplikacje?

W medycynie niemożliwe jest udzielenie gwarancji skuteczności zastosowanej terapii. Powikłania możemy podzielić na ogólne i chirurgiczne.

- ogólne - mogą pojawić się objawy infekcji, chory może źle znieść znieczulenie, podawane leki. Mogą wynikać ze współistniejących u pacjenta chorób.
- chirurgiczne - przedłużające się po zabiegu lub nawracające krwawienia z łoży migdałka oraz uszkodzenie struktur anatomicznych leżących w pobliżu migdałków - łuki podniebienne, przestrzeń przygardłowa -wymienione powikłania są rzadkie, a ich ilość zależy od doświadczenia zespołu operacyjnego.

Jak się przygotować do operacji?

Jeżeli dziecko choruje na jakieś przewlekłe schorzenia, należy o tym poinformować lekarza operującego i zgłosić się do pediatry w celu przygotowania dziecka do zabiegu.

W przypadku stosowania przez dziecko na stałe leków, należy je zabrać ze sobą do szpitala w oryginalnych opakowaniach.

Ostatni posiłek chory powinien zjeść najpóźniej 6 godzin przed operacją, czyli w przypadku dziecka jest to kolacja w dniu poprzednim.

Do szpitala należy zabrać dowód ubezpieczenia i skierowanie na operację (nie obowiązuje w przypadkach operacji opłacanych prywatnie).

W wyznaczonym dniu odbędzie się rozmowa z anestezjologiem, podczas której omówiony zostanie sposób znieczulenia.

Kilka dni przed zabiegiem pielęgniarka pobierze krew do badań niezbędnych do zabiegu.

Gdzie zgłosić się w dniu operacji?

W dniu operacji Rodzic/ Prawny Opiekun/ - dziecka -powinien zgłosić się do Izby Przyjęć szpitala z niezbędnymi dokumentami (skierowanie na operację, podpisaną zgodę na operację, dowód ubezpieczenia). Po przyjęciu do szpitala jeszcze raz będzie można porozmawiać z lekarzem operującym oraz anestezjologiem i zadać ewentualne pytania.

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

Pobyt w szpitalu po operacji

Po zabiegu pacjentem opiekuje się pielęgniarka dyżurna. Do niej należy zwracać się w przypadkach dolegliwości, bólów, chęci wstania z łóżka itp. Ponadto w oddziale jest lekarz dyżurny, który interweniuje w nagłych przypadkach.

Po zabiegu najtrudniejsze dla dziecka są pierwsze godziny po narkozie. Przez pierwsze 3-4 godziny po operacji nie wolno dziecku nic jeść ani pić, potem można podać dziecku trochę chłodnej, przegotowanej wody. Zawsze przedtem należy się upewnić, pytając pielęgniarkę dyżurną.

Po adenotomii obowiązuje półpłynna, chłodna dieta - galaretki, jogurty, lody, serki homogenizowane oraz chłodne napoje do picia.

Następnego dnia po operacji odbywa się wizyta lekarza operującego.

Następuje badanie chorego i jest podejmowana decyzja o wypisie do domu.

W przypadku wypisu chory otrzymuje kartę informacyjną, receptę na potrzebne leki, dodatkowe ustne zalecenia od operatora oraz ewentualnie zwolnienie z pracy dla któregoś z rodziców.

Jest też wyznaczony termin wizyty kontrolnej u lekarza, który go operował.

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

Jak postępować z dzieckiem w domu w okresie pooperacyjnym?

Dziecko powinno pozostawać w domu pod opieką przez okres 5-7 dni.

Powinno unikać w tym czasie wysiłku fizycznego - zalecany tryb życia dziecka to „fotel-łóżko“.

Zalecana jest odpowiednia dieta -półpłynna, papkowata. Zakaz przyjmowania pokarmów i napojów gorących oraz drażniących - kwaśnych, pikantnych.

W przypadku, gdy dziecku wykonano paracentezę błon bębenkowych, należy strzec uszu dziecka przed zalaniem wodą. Przez okres około 1 miesiąca dziecku nie wolno chodzić na basen.

początkowo ,przez kilka dni po operacji u dziecka może pojawić się w ślinie oraz wydzielinie z nosa śladowa ilość krwi oraz może występować umiarkowany ból gardła i stan podgorączkowy.

Należy wtedy podać w odpowiedniej dawce dla wieku i wagi dziecka lek przeciwbólowy.

Kontrola pooperacyjna zwykle ustalana jest na 3 dzień po zabiegu.

W przypadku wystąpienia innych, nieopisanych wyżej komplikacji (szczególnie pojawienia się wysokiej gorączki, krwotoku z nosa czy gardła, bardzo silnego bólu gardła) bezzwłocznie należy skontaktować się z lekarzem operującym.

Czy możliwe jest, żeby raz wycięty migdałek odrósł ?

Zabieg wykonany u dziecka w swoim założeniu ma na celu usunięcie przeszkadzającego nadmiaru tkanki migdałków, ale nie jest zabiegiem doszczętnym. Nie usuwa się migdałków w 100%. Stąd w rzadkich przypadkach pozostała część migdałka gardłowego na skutek silnej stymulacji w wyniku kolejnych infekcji dróg oddechowych może przerosnąć i wymagać ponownego zabiegu (readenotomii).

ZGODA NA LECZENIE OPERACYJNE PRZEROŚNIĘTYCH MIGDAŁKÓW GARDŁOWEGO I PODNIEBIENNYCH

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 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.
- 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 przeprowadzenia i/lub 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.
- Miałem możliwość zadawania pytań lekarzowi i przedstawienia mu swoich wątpliwości, a na zadane pytania i przedstawione wątpliwości uzyskałem zrozumiałe i wyczerpujące odpowiedzi i wyjaśnienia.
- 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.

PLAN LECZENIA I OPIEKI

W oparciu o badanie podmiotowe, badanie przedmiotowe i wyniki badań dodatkowych, diagnozę, ocenę stopnia zaawansowania choroby oraz stanu ogólnego pacjenta, a także potencjalne ryzyka lekarz kwalifikujący zaproponował następujący plan postępowania z pacjentem:

1. Zgłosić się do Rejestracji celem ustalenia terminu obowiązkowej, przedoperacyjnej konsultacji anestezyjologicznej, która odbywa się na około 7-10 dni przed każdą operacją. Szczegółowa ocena anestezyjologiczna pozwala z wyprzedzeniem rozpoznać ewentualne nieprawidłowości i ustabilizować stan zdrowia pacjenta przed zabiegiem, a w konsekwencji ograniczyć ryzyko samej operacji.
2. Po zakwalifikowaniu przez anestezyjologa na ok. 7 dni przed zabiegiem zgłosić się do Medycznego Laboratorium Diagnostycznego SALUS celem wykonania obowiązkowego pakietu badań przedoperacyjnych. Ich wyniki podlegają bezpośredniej analizie, a w przypadku jakichkolwiek nieprawidłowości pacjent otrzymuje zalecenie wykonania dodatkowej diagnostyki lub ponownych badań. Decyzja o przyjęciu pacjenta do szpitala i wykonaniu operacji zapada po uzyskaniu prawidłowych wyników.
3. W wyznaczonym dniu operacji zgłosić się w Izbie Przyjęć Szpitala SALUS. Procedura przyjęcia obejmuje załatwienie niezbędnych formalności administracyjnych w Sekretariacie Szpitalnym, wywiad i badanie lekarskie oraz ocenę pielęgniarską. W przypadku jakichkolwiek nieprawidłowości na miejscu wykonywane są dodatkowe badania (laboratoryjne, EKG, itp.).
4. Przy braku przeciwwskazań do operacji pacjent przyjmowany jest do oddziału i przygotowywany do zabiegu oraz konsultowany jest przez lekarza operującego. W ustalonym terminie pacjent przewożony jest przez pielęgniarkę na Blok Operacyjny.
5. Wykonanie zaplanowanego leczenia operacyjnego. Bezpośrednio po operacji pacjent trafia na znajdującą się w obrębie Bloku Operacyjnego Salę Intensywnego Nadzoru Medycznego, gdzie przebywa do momentu, gdy anestezyjolog nie wyda zgody na przewiezienie ponownie do oddziału.
6. W czasie pobytu w pokoju szpitalnym lekarz operujący dokonuje pierwszej oceny stanu zdrowia pacjenta. Wszystkie istotne parametry zdrowotne monitorowane są przez dyżurujące pielęgniarki, a posiłki uwzględniają zalecenia dietetyczne. W opiece pooperacyjnej mogą brać udział najbliżsi i rodzina pacjenta, o ile lekarz nie zdecyduje inaczej. Jeżeli powrót do zdrowia po operacji przebiega zgodnie z planem, lekarz wypisuje pacjenta do domu, wyznaczając datę i miejsce wizyty kontrolnej.

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 przeprowadzenia i/lub 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 zobowiązuję się dokładnie przestrzegać zaleceń pozabiegowych i wizyt kontrolnych.
6. Zostałem poinformowany o prawie do rezygnacji od proponowanego zabiegu, nawet po podpisaniu niniejszego oświadczenia.
7. **Zostałem poinformowany, przyjmuję do wiadomości i akceptuję, że zabieg odbędzie się jako bezpłatny (NFZ) / odpłatny (niewłaściwe skreślić).**

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 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).

