



Péterfy Kórház-Rendelőintézet és Manninger Jenő
Országos Traumatológiai Intézet



ÁNTSZ kód: 001000594
1081 Budapest, Fiumei út 17.
Tel: (1)299-77-00

BETEGTÁJÉKOZTATÓ CSÍPŐPROTÉZIS REVÍZIÓRÓL

A beteg neve:
Születési hely, idő:
TAJ szám:

Tisztelt Betegünk!

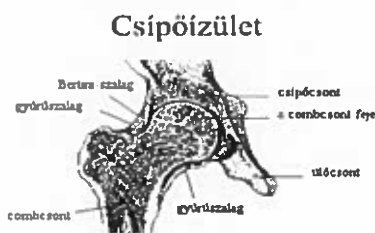
Köszönjük, hogy megtisztel bizalmával, s ellátását szakembereinkre bízta. Az Ön érdeke és egyben joga is, hogy pontosan megismerje az Ön előtt álló eseményeket, és tájékozottságon alapuló döntést tudjon hozni a gyógyulása érdekében javasolt beavatkozásról. Kérjük, olvassa végigbetegtájékoztatónkat.

Az alábbi ismertetéssel szeretnénk segítségére lenni a betegségről, valamint a beavatkozás jelentőségéről, módjáról, következményeiről és a lehetséges szövődményekről.

1. A betegség, beavatkozás megnevezése:

Csípőprotézis felülvizsgálata, újbóli operációja(csípőprotézis revízió): korábban beültetett csípőprotézis valamilyen alaposan körbejárt és kivizsgált okra (pl.: kopás, lazulás, fertőzés, gyulladás, trauma) visszavezethetően panaszossá, fájdalmassá válásakor alkalmazott eljárás, műtét.

2. Alapvető anatómiai és élettani tudnivalók:



A csípőízület a combcsont medencéhez közeli vége és a medencecsont közötti, meghatározott mozgástartományban mozgó speciális kapcsolat. A csípőízület egyik alkotóeleme a medencecsont homorú, félgömb alakú, porccal borított része: a vápa, amely befogadja a combcsont gömb alakú, ugyancsak porccal fedett fejét. Az ízületet az ízületi tok és erős szalagok, valamint az áthidaló izmok tartják helyben. Az ízületet alkotó két csonton tapadó izmok bonyolult összhangban mozgatják.

A csípőízületek a medencében helyezkednek el. A törzset kötik össze az alsó végtaggal, és a testsúly nagy részét hordozzák. A combcsont fejét és az ízvápát sima porcréteg borítja. Ez a porcréteg kipárnázza az ízületet, és lehetővé teszi a combcsont minimális súrlódással történő mozgását.

3. A betegség kialakulásának, illetve az állapot súlyosbodásának egyszerűsített folyamata, műtéti indokoltság:

A protézis komponensei nem időtállóak. A műanyag betét, de akár a fém alkatrészek is elkophatnak, vagy fáradásos úton eltörhetnek, mely lazuláshoz, ízületi instabilitáshoz, esetleg ficamodáshoz és fájdalomhoz vezethet. A protézis egyéb részei (szár, fej, vápa), noha nem műanyagból készülnek, és különböző technikával ültethetőek be (cementes, vagy cement nélküli technika), szintén kilazulhatnak, de ebben az esetben általában nem maga az anyag kopik el, hanem a protézis komponensek közvetlen környezetében lévő csontot (először a belső spongiosus (szivacsos) állományát, majd később akár már a külső cortexet (kérgi részt) is) koptatja és az így megnőtt térben a protézis a stabilitásából veszít, mely egy öngerjesztő folyamatként egyre nagyobb lazuláshoz, fájdalomhoz, végső esetben protézis körüli töréshez vezethet.

KÉRJÜK, HOGY A NYILATKOZAT MINDEN OLDALÁT ÍRJA ALÁ!

Mind a cementes, mind a cement nélküli protézisek várható, élettartama a terheléstől, igénybevételtől, illetve csontállomány állapotától függően körülbelül 15 - 20 év lehet.

Másik módja a korábban beültetett csípőprotézis fájdalmassá válásának, hogy kórokozó vagy kórokozók támadják meg direkt (pl.: seben keresztül) vagy indirek módon (a vér útján, a szervezetben egyéb helyen lévő távoli gócból (pl.: foggyökér gyulladás)). A fertőzéses esetek ellátása sürgető feladat, ugyanis a fertőzés a protézisre is ráterjed, úgynevezett „biofilm” (a biofilm vagy biohártya mikroorganizmusok egy felületen összetapadt, egybefüggő bevonatot képező sejteiből áll) réteget képez és ekkor a legtöbb esetben csak a protézis eltávolításával tudjuk megszüntetni a kórokozó jelenlétét. A fertőzéses eredetű elváltozások esetén, a klinikai tünetek megjelenése mellett nem ritkán a protézis lazulását sem észleljük, sőt a műizület komponensei gyakran stabilan illeszkednek a csonthoz, de eltávolításuk nélkül nem oldható meg a gyulladás megszüntetése. Akár vénásan, akár szájon át adott antibiotikumok értelem szerint nem juthatnak el a fémfelületre, hiszen az élettelen anyagban nincs vérkeringés.

Harmadik gyakori indoka a fájdalmas csípő protézisnek, mely a revíziót indokolja, a sérülés. Ekkorpéldául nagy erőbehatásra jobb esetben ficam, rosszabb esetben protézis körüli csonttörés vagy mindkettő bekövetkezhet. A protézisek anyag kiképzése minden esetben nagyobb erőbehatást kell, hogy kibírjon, mint a környező csontszövet. Így jön létre az úgynevezett „periprotetikus” törés, amikor az implantátum mintegy kitörik a csontból.

Többször előfordul ficam, mely számos okra vezethető vissza (pl.: a beteg alapbetegségére (kóros, elsődlegesen vagy másodlagosan kialakuló izomgyengeség, plegia, paresis, koordinációs zavarok, neurológiai eltérések stb.), a felvilágosítás és betanítás ellenére elkövetett „tiltott mozdulatok” elvégzésére, a beteg együttműködésének korlátaira, a protézis komponenseinek nem megfelelő pozícióban történő beültetésére, méretválasztására stb.) szintén indokolhatja revízió elvégzését.

4. Tünetek

Alapvetően a legjellemzőbb tünete a betegségnek a fájdalom, de ezen kívül lehet végtag rövidülés, sántítás, járásképeség megváltozása, esetleg járásképtelenség (pl.: ficam, protézis körüli csonttörés esetében), a korábbi műtėti területen lévő duzzanat, bőrpír, melegebb tapintatú bőr, sebváladékozás, műtėti heg megnyílása, sipoly, láz. Mindazonáltal a tünetek rendkívül színes kombinációkban jelentkezhetnek, és akár lehetnek nagyon enyhék is, sőt tünetmentes esetben néha csak az ellenőrző vizsgálat során derülhet fény bizonyos elváltozásokra.

5. Tervezett beavatkozás menetének rövid leírása:

A műtétet spinalanaesthesiában (gerinc közeli érzéstelenítésben) vagy altatásban (narkózisban) végezzük, melynek pontos meghatározása az altató orvos (anaesthesiológus) kollégával történő egyeztetés alapján történik.

Az érzéstelenítés és altatásjellemzőiről külön tájékoztató anyag áll az Ön rendelkezésére, melyet a műtét előtti altató orvosi (anaesthesiológiai) kivizsgálás során kap meg a szakorvostól. Az altatóorvos szóban is tájékoztatja Önt a műtėti érzéstelenítést és altatást illetően, ezt követően tesz Ön erről külön beleegyező nyilatkozatot.

Tekintettel arra, hogy az általunk általánosságban használt fertőtlenítőszerre vagy gyógyszerre egy – egy betegnek túlérzékenysége (allergiája) lehet, ha Önnek erre utaló információja van, ezt a műtét megkezdése előtt kérjük, ismételten jelezze!

A műtėti kivizsgálás, előkészítés (főleg tervezhető műtétek esetén) az adott beteg lehető legjobb állapotának biztosítása érdekében történik, valamint az esetleges szövődmények előfordulásának rizikóját igyekszik minimalizálni. Természetesen a betegek nem egyenlő kockázattal operálhatóak, de a kiküszöbölhető lehetséges szövődmények megelőzése, vagy előfordulásuk valószínűségének csökkentése, azaz a műtėti kockázat csökkentése, az operáló csapat (teljesség igénye nélkül: operáló orvos, neki közvetlenül segítő orvos vagy orvosok (asszisztensek), altatóorvos, őt segítő szakasszisztens, műtősnő, műtősnő, takarító személyzet stb.) minden tagjának kötelessége.

Amennyiben Ön már vérátömlesztésben részesült, kérjük, ezt az operáló – csapat felé jelezze!

A hatályos protézis beültetéssel kapcsolatos rendelkezések szerint a beteg számára „név szerint” elérhető vért kell biztosítanunk és ennek hiánya ugyanolyan súlyal halaszthatja, vagy akadályozhatja meg a műtétet, mint a protézis hiánya, hiszen ezeknél a nagy beavatkozásoknál (időben hosszabb, mint a primer protézis beültetés és technikailag nehezebb, valamint általában nagyobb vérző felszín kialakításával jár (felfúrás, vápafenék kikaparás, csontfelszín felhígítás stb.)) könnyen előfordulhat akkora vérvesztés, melyet már pótolni szükséges. A vérátömlesztés szükségességének meghatározása a kezelőorvos feladata és minden esetben a szakma szabályai szerint személyre szabottan határozhatja meg.

Előkészületek:

A kivizsgált beteg műtéti előkészítése az osztályon kezdődik (üszítalkodás, véna biztosítása, altató orvos és kezelő orvos által elrendelt gyógyszerek beadása, stb.). A műtéthez a betegnek éhgyomorral kell lennie, erről a megfelelő tájékoztatást és utasítást az ápolói személyzettől megkapja.

A műtét menete:

A csípőízületet több irányból, előlről, oldalról, és hátulról is fel lehet tárni primer protézis beültetés esetén, azonban revíziókor utóbbi kettő terjedt el. A bemetszés vonalát az operáló orvos dönti el (jártassága, saját szakmai tapasztalata, és az érvényben lévő szakmai protokollok alapján), leggyakrabban a korábbi műtéti heget preferálva, azt kímélve történik. A bőr és a bőr alatti szövetek, hegek megnyitása után vérzéscsillapítás következik, majd az izomzat épségére ügyelve eljutunk az ízületi tok helyén keletkezett heg szövetig, melyet még nem megnyitva mikrobiológiai vizsgálatra, steril tűvel az ízületből nyert folyadékmintát használva, esetlegesen jelenlévő kórokozó meghatározására elküldjük. Ezután a protézis körül képződött hegyszövetet eltávolítjuk. Ficamítjuk (ilyenkor az ízületet alkotó fej az ízületi vápát elhagyja) a protézist és a lábat ellenkező oldalra átrakva a műtéti metszésen keresztül a külvilág felé szabaddá tesszük a protézis fejét és a protézis szárát. A környező, előtérbe került további hegyszövetet kimetszünk, majd a protézis fejét eltávolítjuk. Ezt követően eltávolítjuk a protézis szárát, és a combcsont velőüregéből mikrobiológiai vizsgálatra mintát veszünk (melyekkel ugyancsak kórokozó esetleges jelenlétére vagyunk kíváncsiak). Amennyiben az elsődleges (primaer) műtét cementes technikával történt a combcsont velőüregéből a protézis szárának eltávolítását követően visszamaradt csontcementet maradéktalanul próbáljuk eltávolítani (cement nélküli protézis esetén erre a lépésre nincs szükség). Amennyiben a protézis szár eltávolítása szükséges, de az stabilan rögzül a combcsontba, úgynevezett „osteotomiát”, azaz a csont hosszanti felnyitását kell alkalmaznunk. Ezután visszahelyezzük a lábat egyenesbe és a protézis vápa betétjét (műanyagot), vagy összességében az egész vápát a betéttel együtt eltávolítjuk úgy, hogy minél több csont maradjon a helyén, ugyanis eltávolításkor a vápa „köré nőtt” csont a vápához rögzülve távozhat (cement nélküli protézis beültetések). Ennek megelőzése érdekében a vápát óvatosan körbe kell vésní az eltávolítás előtt, hogy az teljesen kilazuljon, tehát a környező csont „elengedje” azt. A vápafenékről mikrobiológiai vizsgálatra mintát veszünk. Cementes technikával beültetett vápa esetében a csontcementet a vápafenékről a vápa kivételét követően maradéktalanul el kell távolítanunk. Az eltávolított protézis komponenseket gyulladás miatt történt újbóli műtétkor (revíziókor) sonication (speciális mikrobiológiai vizsgálat, melynek során, a protézis felszínén lévő kórokozókat mutatjuk ki) elküldjük. Ezután alapos öblítés következik (időnként erre specializált eszközzel (jetlavage), főleg szepikus (=fertőzés következményeként kialakuló gyulladás) esetekben). Ezen a ponton kettéválik a további ellátás, ugyanis amennyiben szepikus ok miatt történt a revízió, a legtöbb esetben antibiotikummal kevert csontcementet helyezünk a vápába és a combcsont velőüregébe. A lokális viszonyok, valamint a fertőzéssel kapcsolatos információk birtokában az operátor műtét közben döntheti el, hogy egyéb alternatív megoldást alkalmaz-e (artikuláló spacer, mozgó, vagy rögzített ízület kialakítása, vagy egy lépéses revisio alkalmazása). Amennyiben a revízióra mechanikai vagy egyéb ok miatt került sor megkísérélhető egy új protézis beültetése, a protézis beültetés lépéseit követve, melyet már a primer protézis beültetés során megismerhetett. Amennyiben bizonytalan a kórokozó jelenléte, nem egyértelműek a kivizsgálás során kapott eredmények, ugyancsak az operáló orvos döntése, hogy melyik utat választja, gyakran a műtét során látott kép alapján.

Ezután, ha szükséges, szívócsövet (drain) helyezhetünk be, amely a sebben felgyülemelő vért, váladékot vezeti ki. Rétegesen zárjuk a sebet. A legkülső réteget (bőr sebszéle) nem felszívódó fonállal varrjuk vagy csapokkal zárjuk. Fedőrétegnek steril kötést alkalmazunk és a műtétet követően ellenőrző röntgenfelvétel készül. Minden csípő revíziós protézis műtét befejeződhet úgy, hogy az elért mechanikai eredmény rosszabb, mint a műtét előtti, illetve minden egyes esetben kialakulhat olyan műtét közbeni helyzet, hogy protézis, vagy implantátum nélküli helyzetet hagyunk vissza, ami aktuálisan a beteg érdekét szolgálja.

A műtéthez többszörösen ellenőrzött központilag vagy egyénileg sterilizált műszereket, implantátumokat használunk.

A műtétet követően megfigyelés céljából többnyire a megfigyelő (őrző) helyiségben marad, indokolt esetben az intenzív terápiás részlegre kerül át. Amennyiben állapota rendezetté válik, az eredeti ápolási helyére kerül vissza. Tekintettel arra, hogy ez a műtét gyakran hosszú ideig tart, nagyobb vérvesztéssel jár, a beteg szervezetének tartalékait igénybe veszi, a szervezet támogatásának, ill. stabilitásának figyelemmel kísérése érdekében gyakrabban van szükség hosszabb műtét utáni megfigyelésre, mint primer protézis beültetése esetén.

A műtétet követően, ébredés után fájdalom jelentkezhet, melyet fájdalomcsillapítókkal, illetve az altató orvosok(anaesthesiológusok) által alkalmazott fájdalomcsillapító eljárásokkal csökkentünk, illetve előzhetünk meg. A vérrögképződés megakadályozása céljából véralvadásgátló készítményt adunk, melynek kiválasztásában és adagolásában a hazai szakmai iránymutatásokat vesszük alapul.

Gyógytornász segítségével többnyire már az első napon megkezdődik a beteg mobilizálása. Optimális esetben a betegek fel tudnak kelni, le tudnak feküdni, le tudnak ülni, magukat a legszükségesebb szinten ellátják a kibocsátás idejére. A beteg további rehabilitációja vagy otthonában zajlik, vagy rehabilitációs osztályokon. A sebészeti osztályok ellátásának nem feladata a teljes önellátási szint elérése, kizárólag a sebészi ténykedést igénylő állapot, és azt követő közvetlen korai megfigyelés, kezelés a feladata. Amennyiben a beteg vagy közvetlen, őt ellátó hozzátartozója nem tudja otthonában ellátni a beteget, további rehabilitációs osztályon történő ellátásra jobbra a beteg lakcíme alapján területileg illetékes kórházban van mód.

Az Intézetből való távozásra állapotától és az alkalmazott terápiától (pl. vénás antibiotikum adásának szükségessége esetén kórházban kell maradnia, amíg szájon keresztül szedhető antibiotikumra nem lehet váltani) függően kerülhet sor. Tekintettel arra, hogy a revíziós műtéteknek a fentiekben leírtak alapján nagyobb szövődmény kialakulási kockázatot hordoznak magukban a gyógyulási folyamatot (sebgyógyulás, beteg általános állapotának alakulása, mobilizáció stb.) szorosan követnünk kell, mely miatt korai, néhány nappal a műtét utáni hazaengedés ritkán fordul elő. Általánosságban, optimális esetben 7-14 napos kórházi bent fekvésre lehet számítani.

Varrat/kapocsszedésre általában a műtétet követő 14-21 napon kerül sor. A varrat/kapocsszedés pontos időpontjáról, valamint a véralvadásgátló készítmény, és egyéb kiegészítő terápia (antibiotikum, fájdalomcsillapító stb.) alkalmazásának módjáról és hosszúságáról a kezelőorvosa dönt, melyről mind szóban, mind írásban (zárójelentés) tájékoztatja Önt.

6. A beavatkozás várható előnye:

A műtétet követően a kilazult vagy fertőzött protézis el lesz távolítva, és a revízió indokoltságától (indikációjától) függően vagy egy új protézis kerül beültetésre mely ismét stabilan rögzülve el tudja látni a funkcióját (tehát a beteg mobilizálhatóságát tudja biztosítani a kezdeti (műtét okozta) panaszokat követően várhatóan panaszmentesen, de mindenképpen komfortosabban, mint a műtétet megelőző időszakban), vagy a protézis eltávolítását követően spacer (antibiotikummal kombinálható csontcement) kerül behelyezésre, mely esetben úgynevezett „lengő ízület” jön létre (tehát az ízületben nem lesz meg a közvetlen kapcsolat az ízületeket alkotó csontok között). Ebben az esetben ugyan jelentős (általában 3-7cm) végtagrövidüléssel kell számolni, de a betegek általában mobilizálhatóak így is, és az eltávolítással (hiszen fertőzött protézisről beszélünk) a betegség okát, a fertőzést is megszüntetjük. Általában a fertőzés teljes kiirtása esetén megkísérelhető újból protézis beültetése. A primer protézis analógiájára egyes mozgástípusokat (12 hétig 90 foknál nagyobb csípő hajlítás, extrém ki-, beforgatások pl forgószékre ülés, keresztbe tett lábakkal ülés, alacsony szintre való ülés) itt is kerülni kell azzal kiegészítve, hogy a végtag terhelhetőségének megítélése a kezelőorvos feladata, melyről Önt szóban és írásban (zárójelentés) tájékoztatja.

7. A javasolt gyógymód, kezelés, műtét elmaradásának kockázatai/következményei:

Az indokolt műtét elmaradása esetén a fájdalom, valamint a panaszok további fokozódása várható, mozgáskorlátozottsága súlyosbodhat, mellyel együtt tovább romlik az életminősége. A komponensek kilazulása esetén subluxatio (részleges ficam), ficam akár protézis körüli csonttörés is előfordulhat. Fertőzés talaján kialakult panaszoknál a műtét elvégzése sürgössé válik, mert az idő előrehaladtával egyre súlyosabb fertőzés alakulhat ki, mely akár végtag elvesztésével járhat, esetleg a beteg egyéb ízületébe, korábban beültetett protézisére is továbbterjedhet, legsúlyosabb esetben egész szervezetet érintő több szervi elégtelenséget, halált okozhat. Fertőzés talaján indokolttá váló revízióhoz vezető állapot tehát egy időbeni lefolyásában egyre súlyosbodó folyamat, amibe minél korábban beavatkozva arányosan jobb eredményekbe bízva kell beavatkozni. Fertőzés nélküli, egyéb okból végzett (pl.: mechanikai, tengely vagy rotációs hiba a protézis komponensekben) revíziók esetében az időfaktor szintén fontos, de a lefolyás nem feltétlenül olyan gyors, mint előbbi esetében.

Tudomásul veszem, hogy adódhatnak olyan körülmények, melyek megghiúsíthatják, módosíthatják a tervezett beavatkozást és szakszerű műtét esetén is felléphetnek előre nem várható szövődmények, amelyek kedvezőtlenül befolyásolhatják a várható gyógyulásumat.

8. Általános műtéti kockázatok:

A kísérő betegségektől függően fennáll mélyvénás vérrögképződés (thrombosis) kockázata, a vénákban képződött kórosvérrög leválásából tüdőverőér elzáródás (embolia), mely életet veszélyeztető állapot kialakulásához vezethet. Kialakulhat tüdőgyulladás. Főleg szívbetegeken szívritmuszavar jelentkezik, de a kóros visszértágulatok, genetikai rendellenességek is befolyásolhatják, növelhetik a betegség előfordulási valószínűségét. Ennek megelőzése céljából nemzetközi standardoknak megfelelően, valamint a hazai előírásokkal is egyetértésben megelőző gyógyszeres kezelést alkalmazunk.

Amennyiben a műtéthez húgyhólyag katéter felhelyezése is szükségessé vált (revíziók esetében ez gyakori), vizeletfertőzés is bekövetkezhet.

A vénákba helyezett katéterek gyulladást indíthatnak el. A műtét kapcsán kivitelezett egyszerű beavatkozások sem teljesen veszélytelenek: infúzió bekötése, centrális visszér kanül behelyezése is szükségessé válhat. A fektetés, műtéti előkészítés perifériás idegsérülést okozó nyomási károsodást, a nyaki gerinc sérülését is okozhatja. A műtéti fertőtlenítés, elektromos kés használata során gyulladások, hegek, égési sérülések keletkezhetnek. A testékszerek az elektromos eszközök alkalmazása során égési sérüléseket okozhatnak a bőrön, ezért kérjük azok eltávolítását a műtét előtt. A különböző kábító és teljesítményfokozó szerek hatása alatt álló egyének gyógyszerekre, ill. a műtéti tehertételre való reakcióképessége megváltozhat, ezért kérjük, hogy az ilyen szerek fogyasztásának tényét – saját érdekében – mielőbb közölje kezelőorvosával vagy altató orvosával. A fertőtlenítő szerek használatát, gyógyszerek (pl.: antibiotikumok, fájdalom-, és lázcsillapítók, nyugtatók stb.) adását követően nem várt túlérzékenységi reakció(k) alakulhat(nak) ki.

9. A javasolt műtét kockázatai/következményei:

A revíziós csípőprotézis műtétek rendkívül nehezek, nagy szakmai tapasztalatot, tudást és maximális koncentrációt, odafigyelést igényelnek az operáló orvos részéről. Ezek a műtétek jellemzően több órák (általában 2-3 óra) szemben az elsődleges(primaer) csípő protézis műtétekkel (általában 1-1,5 óra), melynek oka, hogy már nem egy „érintetlen” anatómia környezetben kell dolgozni a sebésznek, hanem egy hegyszöveggel beborított és elfedett területen. Ebből következik, hogy nehezebb elkülöníteni az anatómiai képleteket, másrészt alaposan ki kell takarítani az operált területet, hogy újból anatómiait megközelítő környezetet állíthassunk vissza. Ezen kívül el kell távolítani fertőzés esetén a protézis komponenseket, melyek vagy be vannak ragasztva a csontba, vagy belenőttek abba. Mindkét esetben a lehető legkevesebb csontvesztés elérése a cél az eltávolítás során, mely sok időt, türelmet és koncentrációt igényel. Sikeressége nagymértékben függ a sebészi technikától. A műtéti idő hosszúsága és a tény, hogy optimális esetben az elsődleges(primaer) csípő protézis beültetését a revízió évekkel vagy évtizedekkel követi, mely idő alatt a beteg életkorából fakadóan általában rosszabb általános állapotban van, csökkent szerkezeti tartalékokkal, gyengült csontminőséggel rendelkezik, megnöveli a szövődmények kialakulásának kockázatát a primer csípő protézis beültetéséhez képest.

- érsérülés: a csípőizület előtt futó comb-erőér és comb-visszér a műtéti feltárás során megsérülhet, melyre a revíziós műtétek esetében némileg nagyobb az esély, mint az elsődleges(primaer) csípő

protézis műtét során, hiszen ebben az esetben szövetnyeres, heges összenövés alakulhatnak ki, melyekben egyrészt nehezebb észrevenni az eret, másrészt a heg felszabadítása során könnyebben vongálódhat, elszakadhat, mint az eredeti anatómiai környezetében. Ez sajnos az alsó végtagi keringés zavarához vezethet, emiatt azonnali érsebészei beavatkozás válhat szükségessé.

- idegsérülés: a műtét során a csípőízület előtt és mögött futó idegfonatok (nervus femoralis, nervus ischiadicus) a műtéthez szükséges feltáráshoz használt eltartó eszközöktől és a heges környezettől (lásd. fentebb) úgynevezett vongalódásos sérülést szenvedhetnek, ami átmeneti, vagy néha végleges, ennek következtében az érintett izomzatban (combcsont, lábfejet mozgató izmok) átmeneti, illetve ritkán tartós izomgyengeséget, vagy bénulást okozhat.
- sebfertőzés: lehet korai (6 héten belüli) fertőzés, ebben az esetben a seb műtéti feltárása, kitisztítása szükségessé válhat. A sebfertőzés oka lehet endogén, azaz a beteg szervezetében megbújó és felderíthetetlen kórokozók által létrehozott, és lehet exogén, azaz a sebbe, vagy a beteg szervezetébe kívülről bejutó kórokozó által létrehozott fertőzés. A legalaposabb kivizsgálás és legkörültekintőbb tisztasági szabályok, illetve a sterilitás szabályainak maximális betartása mellett is előfordulhat fertőzéses szövődés. A fertőzéses szövődések kezelését ma, Intézetünk a legkorszerűbb nemzetközi standardoknak megfelelően látja el, de minden erőfeszítés ellenére az ilyen szövődések kezelése szükségessé teheti a műtétsorozatot, a protézis ideiglenes, vagy végleges eltávolítását és előfordulhat, hogy lengőcsípőt (azaz protézis nélküli állapotot) tekintünk véglegesnek. *(Ebben az esetben több centiméteres végtag rövidüléssel, úgynevezett Girdlestone helyzettel zárul a műtét. Ez után általában fájdalommentesen, jól mozgó, de kevésbé terhelhető az ízület, és a végtag rövidülés külső korrekciót igényel, mely cipőmagasítással oldható meg.) Végző esetben a helyi fertőzés az egész szervezetet érintheti, mely több szervi elégtelenséghez, halálhoz vezethet.*
- szélsőséges esetben a végtag elvesztése is felmerülhet, bár ez utóbbi statisztikailag értelmezhetetlenül kicsiny valószínűséggel
- műtéttechnikai szövődések, amelyek a műtéti kockázat részét képezik, ide tartozik például, hogy az operált végtag kissé rövidebb, vagy hosszabb marad a műtét után. A protézis műtét során az elsődleges szempont a stabil csípő-protézis elérése, nem a végtaghossz korrigálása, főleg revízió esetében, amikor gyakran több cm-es, az elsődleges (primaer) műtéttől fakadó végtaghossz különbséget próbálunk korrigálni. Ennek oka gyakran a lágyrészek hosszú évek alatt alkalmazkodott rövidülése, melybe az erek és idegek és izmok is beletartoznak, így ha ragaszkodnánk a végtaghossz különbség helyreállításához könnyen ér-, ideg-, izom sérülés fordulhatna elő a nyújtás következtében, mely vérzéshez, bénuláshoz, Trendelenburgos (csípő ízületet stabilizálását segítő izomcsoportok diszharmonijából eredő bizonytalan, nagy kilengésű billegő) járáshoz vezethet. Általában 2cm-es végtaghossz különbség funkcionális eltérést nem okoz, ha ennél nagyobb a differencia, az a cipőre szerelt sarokemelővel korrigálható. Ebbe a csoportba tartozik még a protézis komponenseinek nem megfelelő állása, valamint a műtét alatti csonttörés: a rossz csontállomány, szűk térvizonyok miatt sérülhet, törhet a vápa, illa protézis szárának a combcsontban történő kialakítása során előfordulhat, hogy a combcsont valamilyen irányban megreped. Ilyenkor általában a műtét során elvégezzük a törött csontrészek egyesítését megfelelő drót-hurkos, vagy lemezes-csavaros rögzítéssel.
- vérömleny (hematóma) a műtéti területen: amennyiben ez spontán felszívódási hajlamot nem mutat, ismételt műtéti feltárással kiürítésre szorulhat. Nem felszívódó vérömleny (hematóma) felülfertőződés veszélyét rejti.
- ficamodás (a protézis szár nyakára helyezett gömbfej - amely a combfejet helyettesíti - kiugrik a vápából): leggyakrabban ágytálaszkor, leüléskor fordulhat elő, illetve a fent említett mozgás-megkötések be nem tartása esetén. A ficamodott csípőízületet általában újabb műtéti feltárással, érzéstelenítésben, röntgen- képerősítő segítségével helyére lehet tenni (úgynevezett fedett repozíció). Ebben az esetben néhány napi ágynyugalom szükséges lehet és a csípő mozgásának csökkentése érdekében csípőrögzítő használatát javasolhatják 3-6 hétig. Előfordulhat, hogy esetleges ismétlődő ficamodás esetén újabb műtéti megoldás válik szükségessé a helyzet végleges megoldása céljából.
- a csípőízületet stabilizáló izomzat gyengesége
- törés: a combcsont a protézis körül, vagy közvetlenül alatta eltörhet. Ebben az esetben egy újabb műtéttel egyesíteni kell a csontot, vagy egy hosszabb szárú protézis beültetése válhat szükségessé.
- revíziós csípő protézis kilazulása, amely lehet mechanikus (steril) vagy fertőzéses eredetű, ellátása általában ismételt műtétet igényel.

- kórházi (nosocomiális) fertőzés: kórházi bentfekvés (mely több mint 48 óra) során létrejött fertőzés, mely kialakulhat a kórházban jelen lévő kórokozók miatt, ill. a kórházban szükségessé váló beavatkozások (pl.: húgyhólyag katéter bevezetés) szövődményeként, így közvetetten vagy közvetlenül kapcsolódva a műtéti ellátáshoz.

10. További beavatkozások, melyek szükségessé válhatnak a javasolt műtétet követően:

A műtéti területben kialakult vérömleny, sebváladék, vagy gyulladás következményeként kialakult gennyképződés esetén sebfeltárás, többszöri kötőscserék, antibiotikum adása válhat szükségessé. Az előbbi módszerekkel nem uralható fertőződéses szövődmény esetén szükséges lehet a revíziós protézis eltávolítása és antibiotikus csontcement (spacer) beültetése és/vagy lengő ízület visszahagyása.

11. A javasolt kezelési módon kívüli eljárások lehetőségeiről, kockázatairól és azok várható kedvező és kedvezőtlen hatásairól felvilágosítást kaptam, melyek a következők:

Alapvetően kétféle kezelési módot különböztetünk meg:

- **nem műtéti (konzervatív) kezelés:**
 1. Fertőzés esetén: antibiotikum adása, a fájdalom csökkentése, az ízület kímélete, pihentetése. Ebben az esetben félt, hogy az antibiotikum önmagában nem tudja leküzdeni a fertőzést, mert általában a fertőzés a protézis felszínén alakul ki, biofilmet (lásd korábban) képez, és mivel a protézisnek nincs vérellátása, így a felszínén megtapadó kórokozókhoz egészen egyszerűen nem jut oda az antibiotikum. Általában a folyamat előrehalad és egyre súlyosabb szövődmények kialakulásához vezet (lásd fentebb). Ritka esetekben (korai infekcióban, ha nem alakult ki még a protézis felszínén a biofilm) kísérhető meg a konzervatív kezelés.
 2. Nem fertőződéses esetekben: fájdalomcsillapítás, mobilizálás, gyógytorna, fizioterápia jöhetnek szóba, melyek mivel nem szüntetik meg a kiváltó okot nem kecsegtetnek nagy reményekkel, ideig/óráig eredményesek.
- **műtéti beavatkozás:**
 1. Mintavétel: A revíziós csípőprotézis műtétet megelőzően a csípő ízület műtéti felnyitását követően (arthrotomia) az ízületből mintát vehetünk kórokozó igazolására vagy kizárására, mellyel a terápia következő lépése meghatározható, melyet korábban részletesen taglaltunk.
 2. Revíziós műtét: Részletesen taglaltuk.

12. A műtét tervezett időpontja:.....

Tájékoztatjuk, hogy a tervezett műtétek időpontja változhat. Az Intézet, és az Önt operáló orvos elsődleges feladata a sürgős baleseti sérültek ellátása, ezért a kitűzött műtéti időpontja tolóthat, de erről kezelőorvosától minden esetben tájékoztatást fog kapni!

Amennyiben további felvilágosításra lenne szükség, a következő telefonszámon, ill. címen érhetem el orvosomat, aki további felvilágosítást adhat:

Péterfy Kórház-Rendelőintézet és Manning János Országos Traumatológiai Intézet
1081 Budapest, Fiumei út 17. Telefon: 06-1-299-7700 / az Ön műtétjét végző osztály melléke

13. Műtét utáni életmód:

A műtét sikerét jelentősen befolyásolja az azt követő gyógytorna. A műtét utáni gyógytorna lehetőség szerint a beteg általános és fizikai állapotához igazodik.

Az operáció utáni napokban a gyógytornász célja az értornával, légző tornával az ilyen jellegű szövődmények elkerülése, valamint az operált végtag izmainak erősítésével, ízületeinek átmozgatásával a mielőbbi, biztonságos mobilizáció előkészítése.

A gyógytornász által megadott gyakorlatokat az ágyban egyedül is végezheti, ezzel elősegítheti, hogy a végtag minél előbb visszanyerje normális mozgásait és izomerejét.

A mobilizáció a fizikai állapottól függően a műtét utáni első, második napon kezdődik. A járáshoz az első hetekben mindenképpen segédeszköz (mankó, járókeret) szükséges, mert az operált végtag ekkor még csak

részlegesen terhelhető vagy teljesen tehermentesítendő. Az ezzel való közlekedést, lépcsőzést tanítjuk meg a hazamenetel előtti időszakban.

A tehermentesítési időszak hossza mindig az adott műtéti technika függvénye, melyről operáló orvosától, ill. gyógytornászától kap felvilágosítást. Mind a hétköznapi mozgások, mind a gyógytorna során van néhány szabály, amelynek betartása elengedhetetlen az ízület stabilitásának megtartása érdekében, melyekről kezelőorvosától kap további információkat szóban és írásban (zárójelentés) egyaránt.

Kérjük, amennyiben a fentiekkel kapcsolatban bármilyen kérdése van, ne döntsön önállóan, távozása előtt vagy akár azt követően is forduljon gyógytornászhoz vagy operáló orvosához!

A csípőprotézis kihordási idejét csökkentheti, szövődmények előfordulásának növekedését eredményezheti az egészségtelen életmód. Ezek közül kiemelendő a dohányzás, rendszeres alkohol fogyasztás, bizonyos orvosi kezelések alkalmazása (szteroid kezelés, biológiai terápia kezelés, onkológiai kezelések)

A csípőprotézis hétköznapi ember, hétköznapi megterhelésére ad komfortos életlehetőséget. Minden olyan fizikai megterhelés, ami ettől eltér, a protézis hosszú, vagy rövidtávú kihordását veszélyeztetheti, a szövődmények előfordulását generálhatja.

Külön problémát jelentenek, a hazai gyakorlatban az úgynevezett késői fertőzések, amikor az érintett beteg szervezetében kialakult bakteriális fertőzés a véráram útján fertőzi a beültetett protézist. Ennek értelmében az ilyen fertőzések célirányos, szakember bevonásával történő megfelelő kezelése javasolt.

Ön a kórházból való távozás előtt elsajátítja gyógytornászainktól azokat a gyakorlatokat, melyeket a műtét utáni első hat hétben rendszeresen kell végeznie.

Megértettem és elfogadom, hogy főként sürgős beavatkozást indokoló esetben a beavatkozást végző orvos személyét előre megadni nem lehet, azonban a beavatkozást végző orvos minden esetben megfelelő felkészültséggel rendelkezik a beavatkozás elvégzéséhez.

14. A beteg kérdései:

15. A kérdésekre adott válaszok:

16. Egyéb megjegyzés:

Tájékoztatásul közöljük a következőket:

1. Az ön által írásban felhatalmazott személy – egészségügyi ellátásának ideje alatt – a betegségével kapcsolatos dokumentációba betekinthes, és arról másolatot készíthet.
2. Betegségéről tájékoztatás hozzátartozóinak, ill. további személyeknek az ön által külön kitöltött nyilatkozat alapján adható.

BELEEGYZŐ NYILATKOZAT:

A megajánlott beavatkozáshoz egyetértő beleegyezésemet adom, mely megtevesztéstől, fenyegetéstől, és kényszertől mentes. Tudomásul veszem, hogy a beavatkozás elvégzéséhez való beleegyezésemet bármikor visszavonhatom.

A tervezett műtétről, a műtét esetleg szükséges kiterjesztéséről – részletes felvilágosító beszélgetés során – a kezelő (műtétet végző) orvosom kielégítően tájékoztatott. Tudomásul veszem, hogy kezelőorvosom folyamatosan kész tájékoztatni állapotomról.

A beszélgetés során megválaszoltak minden engem foglalkoztató kérdést a műtétrel, a műtéti kockázatokkal és a lehetséges szövődményekkel kapcsolatban.

Kijelentem, hogy maradéktalanul megértettem az írásbeli és szóbeli felvilágosítás tartalmát és nincs további kérdésem, illetve az egyéb részletek ismertetéséről lemondok.

Elegendő gondolkodás idő után beleegyezem, hogy a felajánlott műtétet, azok ismert, lehetséges veszélyeinek tudatában rajtam az orvos elvégezze.

Beleegyezem, hogy a műtét során diagnosztikus céllal eltávolított szerveket, szövetszövetmintákat szövettani vizsgálat után laboratóriumban megőrizze és azokból tudományos igényű feldolgozásokat végezzenek, ill. a betegséggel kapcsolatos orvosi leleteket és eredményeket az intézet tudományos céllal felhasználhassa.

Hozzájárulok, hogy ellátásom során tanuló nővérek, orvostanhallgatók rendszeresen jelen legyenek.

Aláírással tanúsítom, hogy betegségem természetét megértettem, megismertem a lehetséges kezelési formákat és azok elmaradásának kockázatait. A beavatkozás olyan orvosilag indokolt kiterjesztéséhez, amely előre nem volt látható, hozzájárulásomat adom. Egyetértek az orvosilag indokolt változtatásokkal, az érzéstelenítés módosításával, illetve kiterjesztésével.

Az esetleg (életveszélyes, súlyos egészségkárosító állapot esetén) szükségessé váló vér- és vérkészítmények beadásába beleegyezem.

Ha a műtét esetleges kiterjesztésébe és a vérekészítmények esetleges beadásába nem egyezik bele, kérjük, hogy azt az Elutasító nyilatkozaton írásban jelezze!

Budapest,

kezelőorvos aláírása

beteg aláírása

törvényes képviselő,
nyilatkozattételre kijelölt személy
vagy arra jogosult hozzátartozó aláírása

Előttünk, mint tanúk előtt:

aláírás

aláírás

név nyomtatott betűvel

név nyomtatott betűvel

lakcím:

lakcím