



BETEGTÁJÉKOZTATÓ CSÍPŐPROTÉZIS BEÜLTETÉS

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 végig betegtájékoztatónkat.

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

1. A betegség, beavatkozás megnevezése:

csípőízületi kopás (Coxarthrózis); csípőprotézis beültetés (csípő artroplasztika) (TEP: TOTAL ENDOPROTEZIS)

HAP (Hemiarthroplastica) csípőtáji törések primer ellátására alkalmazott speciális protézis

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:

A csípőízületi kopás kialakulása során az ízületi üvegporc-borítás egyenetlenné válik, mozgás során megnő a súrlódás. A leváló porcdarabok hatására az ízületi tok belhártyája gyulladtá válik, fokozódik az ízületi folyadék termelés, mely feszüléshez; a kialakuló meszesedés az ízület mozgásterjedelmének a beszűküléséhez és fájdalomossá válásához vezet.

4. Az ízület kopását számos tényező kiválthatja, de az esetek túlnyomó részében a kiváltó ok pontos meghatározására nincs mód. Megkülönböztetünk:

a. **elsődleges ízületi kopás (primer arthrosis kb.60-70 %):** a betegség ezen formájának kialakulásában szerepe lehet biológiai előregedésnek, degeneratív elváltozásoknak; de pontos okát

ebben az esetben pontosan meghatározni nem lehet. Az utóbbi időkben a szakirodalom hangsúlyozza a fizikai megterhelést az elhízást, valamint az extrém sportok terjedését, mint rizikó tényezőket.

- b. másodlagos ízületi kopás (secunder arthrosis):** valamely korábban lezajlott betegség okozza a porc pusztulását (gyermekkorban pl.: veleszületett csípőficam, Perthes-kór; serdülőkorban: a combfej elcsúszása a növekedési vonalban traumás, vagy hormonális zavarokon alapuló megbetegedés miatt, ízületi sérülések, vagy gyulladások; felnőttkorban: combnyak- illetve csípőtáji törések, ízületi gyulladások, reumatológiai kórképek, combfej-elhalás, melynek oka lehet túlzott alkohol fogyasztás, szteroid kezelés, de a kemoterápia és az irradiatio is kiváltó ok lehet. Nem minden esetben egyértelmű az ok-okozati összefüggés, de bizonyos más betegségekben talált gyakoribb előfordulás mégis feltételezi, hogy sok tényező befolyásolhatja a betegség kialakulását)

5. Műteti indokoltóság:

a. baleseti szempontból:

Elsődleges okok: A leggyakoribb a combcsont csípő ízületet érintő részének sérülése. Ezek között is túlnyomó többségben leggyakoribb a combnyaktörés, melynek során a törés lefutása, a tördarabok elmozdulása eredményezhet olyan szituációt, ami kilátástalanná teheti az eredményes csontegyesítő műtét kivitelezését. Az eredménytelenség okát a combfej vérellátást biztosító, ízületi tokban futó erek sérülésével magyarázzuk, ami semmilyen módszerrel sem rekonstruálható.

Lényegesen ritkább sérülés a combfej egy darabjának törése, ami „megindult”, vagy meg is valósult traumás csípőficam részeként képzelhető el, valamint ugyancsak ritka combfej elhalást eredményezhet a combnyak mellett lévő anatómiai régió az „trochanter vidék” sérüléseinek bizonyos esetei.

Ugyancsak ritkább műteti indikációt jelentő sérülés a csípő ízület medence felőli oldalának ízületi felszín érintő sérülése, amikor vagy lehetetlen rekonstruálni az ízületet, vagy ugyan a darabok összerakhatók, de a csúszó-felszín gyógyulása reménytelen.

Felmerülhet a traumás csípőficam, mint indikáció olyan helyzetekben amikor a csípő csak műteti úton tehető helyre, illetve a helyretétel után nem tartható stabilan helyén az ízület.

Másodlagos okok: Alapvető tény, hogy minden ízület közeli sérülés következménye lehet az ízület kopásos elfajulása, degenerációja. A csípő ízület esetében „traumás” jelzővel illethető (és ezzel a kopás okára utalunk) arthrosis elsősorban a medence felőli oldal sérüléseiből következik, a combcsont csípőhöz közeli végének késői, vagy másodlagos ismert „normál” szövődménye lehet a combfej elhalása, a törések várt gyógyulásának elmaradása még szakmailag kifogásolhatatlan csontegyesítő műtétek után is. Előfordulhat olyan szituáció, amikor a törés ugyan meggyógyul, de olyan (esetleg a beteg számára nem tolerálható) deformitások alakulnak ki, aminek rekonstrukciója a protézis beültetése lehet. Ilyen például a törés gyógyulás során kialakult nem jelentős végtaghossz különbség, ami ugyancsak ismert, sokszor megelőzhetetlen szövődménye a törésnek.

- b. orthopédiai szempontból:** jellegzetesen ortopéd indokok közé tartozik minden olyan ok vagy betegség, ami nem sérüléssel kapcsolatos. Ilyenek a degeneratív betegségek, elsődleges artrózisok (pl Rheumatoid Arthritis, ismeretlen combfej elhalások, gyulladások szövődményei, fejlődési rendellenességek, stb.)

6. Tünetek

Alapvetően a legjellemzőbb tünete a betegségnek a fájdalom, mely lehet

- reggeli ébredést követően, vagy hosszabb egyhelyben állást követően jelentkező, mely bemozgás után enyhül
- megterhelésre, hosszabb járáskor fokozódik, míg nyugalomban enyhül (néha pihenés mellett is fokozódik), vagy akár meg is szűnik; járóképesség és járástávolság lecsökken
- az alsó végtagon elől a lágyékba, combba, térd felé sugárzik
- az alsó végtag csípőben gyakran nehezebben nyújtható ki, távolítható, vagy fordítható be; a csípőízület mozgása beszűkül
- végtag rövidülés, sántítás

Mindazonáltal a tünetek rendkívül színes kombinációkban jelentkezhetnek. Fontos megjegyezni, hogy a degeneratív betegségekben, vagy a másodlagosan indokoltta vált esetekben mindig a beteg komfortérzete, fájdalmai és saját mérlegelése határozza meg a műtéti indikációt. Sem olyan deformitás, ízületi eltorzulás, sem bármilyen orvosi vizsgálatokkal kimutatható elváltozás (kivéve a tumoros eseteket) nincsenek, ami abszolút indikációt jelent a műtetre. Így a tervezhető műtétek megfelelő indokkal halaszthatók is és jellegzetesen a beteg kérésére, józan mérlegelésének eredményeképpen a kezelőorvossal egyetértésben, megfelelő előzetes kivizsgálást követően történhet meg.

7. Csípőprotézisek fajtái:

a. Cementes protézis

A műanyagból készült, a protézis medencébe ültetett részét az úgynevezett vápát, és a combcsontba illeszkedő fém szárát gyorsan szilárduló kötőanyag (csontcement) rögzíti a csonthoz.

Előnye: a cement, mint térkitöltő anyag korrigálja a csont és a prothesis felszínes közötti alak- és méretbeli hiányosságokat. A cementes protézis a ragasztóanyag megszilárdulása után teljesen stabil, terhelhető. Itt a vápa csak műanyag komponensből áll, benne a helyzetét jelző (Rtg. képen) fémgyűrűvel.

Hátránya: Műtét alatt kialakulhat hőkárosítás, toxikus anyagok a keringésbe juthatnak, késői szövődményként idegentest-reakció. Az implantátum esetleges kilazulásakor a protéziscsere során gyakran csontvesztéssel jár a cement eltávolítása.

b. Cement nélküli protézis

Ezen protézisek csonttal érintkező felszíne speciálisan kiképzett felület, ami biológiai indukciót jelent a befogadó csontszövet számára, hogy ezzel kialakuljon a protézis hosszútávú rögzülése, az úgynevezett másodlagos stabilitás, ami biztosítja a hosszútávú kihordási időt (ez a „ránövés”, vagy másodlagos stabilitás általában 2-3 hónap alatt alakul ki). Itt ragasztóanyagot nem használnak. Cement nélküli protézis esetén a vápa két részből áll, külső titán fémcsészéből és műanyag betétből. A fémcsészébe behelyezett műanyag betét fogadja be a protézisfejet. A szár fémből készül (titánból, vagy titán bevonatú anyagból).

Előnye: a prothesis és a csont között közvetlen kapcsolat jön létre. Nincs termikus sérülés, valamivel gyorsabb műtetre ad lehetőséget, hosszú távon, ha esetleg a protézist cserélni kell (ami a „kihordási idő leteltével” normális következmény, lényegében nem szövődménynek nevezhető helyzet), lényegesen jobb kiindulási lehetőséget biztosít a csere során amellet, hogy nincs egyértelmű időbeli különbség a kihordási idők között nagy nemzetközi statisztikák szerint. Hátránya továbbá, hogy nem mindenkinek ültethető be ragasztás nélküli protézis, ha pl. a befogadó csont minősége (pl. csonttritkulás, osteoporosis miatt) nem teszi lehetővé a stabil beültetést.

Hátránya: az ilyen műtétek után – a csontszerkezettől, a beültetés stabilitásától függően – szükség lehet részleges tehermentesítésre (mankó, járókeret). Műtét során nagyobb valószínűsége van a műtét közbeni törések kialakulásának hiszen a behelyezéskor az un. elsődleges stabilitás a csontba való „befeszítéssel” jön létre.

c. Hemiarthroplastica

A combnyaktörések ellátásánál alkalmazzuk a nemzetközi és hazai szakmai ajánlásoknak megfelelően ezt az implantátumot. Elsősorban idős páciensek ellátásánál jön szóba primer ízületi pótlás vonatkozásában. Lényege, hogy amennyiben ép a medence felőli oldal, a korábbi combfejhez hasonló méretű fejet helyezünk a protézis szára, és ezzel megtartjuk a még ép, medence felőli ízfelszínt. Ezt az eljárást csak traumás eseteknél, épnek minősített medence felőli ízület esetén alkalmazzuk.

Előnye: Gyorsabb műtét, kisebb megterhelés a betegnek, kevesebb élő szövet elvétele.

Hátránya: Az ilyen protézisek kihordási ideje rövidebb, mint a teljes protéziseké, a ficamodás valószínűsége pedig rossz együttműködés esetén nagyobb. Csak kooperáló páciensnél alkalmazható.

Mind a cementes, mind a cement nélküli protézisek várható, élettartama a terheléstől, használatától, illetve csontállomány állapotától függően körülbelül 15 - 20 év lehet. A csípőprotézis minden komponensét méretsorozatból, az Ön számára optimális méret megválasztásával biztosítjuk a műtét során, ami a műtéti leírásban részletesen szerepel.

8. Tervezett beavatkozás menetének rövid leírása:

A műtétet spinal anaesthesiában (gerinc közeli érzéstelenítésben) vagy altatásban (narkózisban) végezzük.

Az érzéstelenítés és altatás jellemzőiről külön tájékoztató anyag áll az Ön rendelkezésére, melyet a műtét előtti 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, előkészíthető műtétek esetén) az adott beteg lehető legjobb állapotának biztosítása, valamint az esetleges szövődmények előfordulásának valószínűségét próbálja megelőzni. Természetes, hogy a betegek nem egyenlő rizikóval operálhatók, de a kiküszöbölhető szövődmények megelőzése, vagy előfordulásuk valószínűségének csökkentése, azaz a műtėti kockázat csökkentése, az operáló team minden tagjának kötelessége.

Amennyiben Ön már vérátömlesztésben részesült, kérjük, ezt az operáló - team felé jelezze!

A hatályos protézis beültetéssel kapcsolatos rendelkezések szerint a paciens számára „név szerint” elérhető vért kell biztosítanunk és ennek hiánya ugyanolyan súlyal halaszthatja, vagy akadályozhatja meg a műtétet, mint a protézis hiánya, annak ellenére, hogy ma már ritka primer protézis beültetéseknel a vérátömlesztés szükségessége. A vérátömlesztés szükségességének meghatározása a kezelőorvos feladata és minden esetben a szakma szabályai szerint személyre szabottan határozhatja meg.

Előkészületek:

A kivizsgált beteg műtėti előkészítése az osztályon kezdődik (tisztálkodás, véna biztosítása, altató orvos által elrendelt gyógyszerek beadása, stb.). A műtéthez a beteg éhgyomorrra kell legyen, erről a megfelelő tájékoztatást és utasítást a nővérektől megkapja.

A műtét menete:

A csípőízületet több irányból, előlről, oldalról, és hátulról is fel lehet tární. A mai hazai és nemzetközi szakmai grémiumok nem tesznek különbséget az egyes feltárások között eredményesség szempontjából, a primer csípőprotézisek beültetésének vonatkozásában. A hazai szakmai kollégium állásfoglalása szerint az ismert és „konvencionálisnak” tartott feltárások közül azt javasolt alkalmazni, amiben az adott operatőr jártas, az ettől való eltérést csak a beteg sajátosságai, vagy az adott szituáció teheti szükségessé. Nem bizonyított egyik feltárás előnyösebb volta sem a többivel szemben primer protetikában. A bőr és a bőr alatti szövetek megnyitása után vérzéscsillapítás következik, majd az izomzat épségére ügyelve eljutunk az ízület tokjáig, és azt is megnyitjuk. A combfejet kifordítjuk vápájából és a combnyakat a megfelelő síkban lefűrészelve. A csontos vápát porctalanítjuk, kimélyítjük, és elhelyezzük benne a cementes vagy cement nélküli művi vápát. Ez a lépés a hemiarthroplastikánál (HAP) elmarad. Ezt követi a combcsont velőürenek megmunkálása. A protézist ideiglenesen a helyére illesztjük, meggyőződünk a kellő stabilitásról és a méretek helyes voltáról. Ezután a combcsontba véglegesen beépítésre kerül a cementes vagy cement nélküli szárkomponens a művi ízületi fejjel. A szárát a fejjel a vápába helyezzük, funkcionális próbát végzünk. Amennyiben szükséges, szívócsövet (drain) helyezhetünk be, amely a sebben felgyülemelő vért vezeti le. Bevarrjuk, vagy kapcsoljuk (zárjuk) a sebet, steril kötéssel látjuk el és a műtétet követően ellenőrző röntgenfelvétel készül.

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

A műtétet követően megfigyelés céljából a megfigyelő (őrző) helységben marad, indokolt esetben az intenzív terápia részlegre kerül át. Amennyiben állapota rendezetté válik, az eredeti ápolási helyére kerül vissza.

A műtétet követően, ébredés után fájdalom jelentkezhet, melyet fájdalomcsillapítókkal, illetve az anaesthesiológusok által alkalmazott fájdalomcsillapító eljárásokkal csökkentünk, valamint a vérrögképződés megakadályozása céljából vérárvadást gátló készítményt adunk.

Gyógytornász segítségével már az első napon megkezdődik a 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 sebészi osztályok ellátásának nem feladata a teljes önellátási szint elérése.

Az Intézetből való távozásra állapotától függően, akár a műtétet követő 3. napon sor kerülhet, erről kezelőorvosa dönt.

Varrat/kapocsszedésre általában a műtétet követő 10-14. napon kerül sor. Ennek, valamint a véralvadást gátló készítmény adás hosszának pontos meghatározása a kezelőorvos által történik, melyet mind szóban, mind írásban – a zárójelentés részeként – megkap.

9. A beavatkozás várható előnye:

A műtétet követően a páciens csípőízületének mozgása nem akadályozott és fájdalommentes, de mindenképpen lényegesen jobb a páciens számára, mint a műtétet megelőzően, s ezáltal a műtétet követően ismét, aktív életet élhet és egyes mozgástípusok (12 hétig 90 foknál nagyobb csípő hajlítás, extrém ki-, beforgatások pl forgószékre ülés, keresztbe tett lábakkal ülés, alacsony szintre való ülés) kerülésével – melyek nem javasoltak csípőprotézis esetén – akár sportolhat is.

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

Az indokolt műtét elmaradása esetén a fájdalom további fokozódása várható, mozgáskorlátozottsága súlyosbodhat, mellyel együtt tovább romlik az életminősége. Amennyiben az indokolt műtétre későbbiekben kerül sor, az idő hossza a műtéttől várható eredményességet csökkentheti.

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

11. Általános műtéti kockázatok:

A kísérő betegségektől függően fennáll mélyvénás vérrögösödés (thrombosis) kockázata, ami a vénákban képződött kóros vérrög leválásából tüdőverőér rögösödés (embolia), mely életet veszélyeztető lehet. Kialakulhat tüdőgyulladás. Főleg szívbetegeken szívritmuszavar jelentkezik, de a kóros visszértáglatok, genetikai rendellenességek is befolyásolhatják, növelhetik a betegség előfordulási valószínűségét. Ennek megelőzése céljából nemzetköz standardoknak megfelelően, valamint a hazai előírásokkal is egyetértésben megelőző gyógyszeres kezelést alkalmazunk.

Amennyiben a műtéthez húgyhólyag katéter felhelyezése is szükségessé vált, 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 teherterhelésre való reakcióképessége megváltozhat, ezért kérjük, hogy az ilyen szerek fogyasztásának tényét – saját érdekében – közölje. A fertőtlenítő szerek használatát, gyógyszeres adását követően nem várt túlérzékenységi reakció(k) alakulhat(nak) ki.

12. A javasolt műtét kockázatai/következményei:

- érsérülés (0,01%) – a csípőízület előtt futó comb-erőér és comb-visszér a műtéti feltárás során megsérülhet, ami az alsó végtagi keringés zavarához vezethet, emiatt azonnali érsebészi beavatkozás válhat szükségessé.
- idegsérülés (0,01%): a műtét során a csípőízület előtt és mögött futó idegfonatok (nervus femoralis, nervus ischiadicus) a műtéthez szükséges feltáráshoz használt eltartó eszközöktől ún. vongálódásos

sérülést szenvedhetnek, ami átmeneti, vagy néha végleges, ennek következtében az érintett izomzatban (combfeszítő, lábfejet mozgató izmok) átmeneti, illetve ritkán tartós izomgyengeséget, vagy bénulást okozhat.

- sebfertőzés (1% körül): 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 megbúvó 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 fertőzőes szövődmény. A fertőzőes szövődmények kezelését ma Intézetünk a legkorszerűbb nemzetközi standardoknak megfelelően látja el, de minden erőfeszítés ellenére az ilyen szövődmények 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 végtagrövidüléssel, ún. Girdlestone helyzettel zárul a műtét. Ez után általában fájdalomtalan, jól mozgó, de kevésbé terhelhető az ízület, és a végtagrövidülés külső korrekciót igényel, mely cipőmagassítóval oldható meg.)*
- szélsőséges esetben a végtag elvesztése is felmerülhet, bár ez utóbbi statisztikailag értelmezhetetlenül kicsiny valószínűséggel
- műtéttechnikai szövődmények, 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. Általában 2 cm-es végtaghosszkülönbség funkcionális eltérést nem okoz, ha ennél nagyobb a differencia, az a cipőre szerelt sarokemelővel korrigálható.
- csonttörés: a rossz csontállomány, szűk térszabályozások miatt sérülhet, törhet a vápa a 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 feltárás során kiürítésre szorulhat.
- 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 feltárás nélkül, érzéstelenítésben, röntgen- képerősítő segítségével helyére lehet tenni (ún. 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 protézis komponenseinek nem megfelelő állása
- 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.
- végtaghossz-különbség nem minden esetben egyenlíthető ki teljesen a műtét során, az is előfordulhat, hogy fokozódik (például ellenoldali beteg végtag esetén). Ilyen esetben a csípő belső vagy külső talpmelésével lehet korrigálni azt.
- protézis kilazulása, amely lehet mechanikus (steril) vagy fertőzőes eredetű, ellátása általában ismételt műtétet igényel.

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

A műtéti területben kialakult vérömleny, sebváladék, vagy gulladás következményeként kialakult gennyképződés esetén sebfeltárás, többszöri kötészcsere, antibiotikum adása. Az előbbi módszerekkel nem uralható fertőzőes szövődmény esetén szükséges lehet a protézis eltávolítása.

14. 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:** része a fájdalom csökkentése, az ízület hasznos mozgásterjedelmének a növelése, izomerő fokozása, sántítás csökkentése

ennek eszköze: gyógyszeres kezelés (gyulladáscsökkentők, fájdalomcsillapítók, izomgörcsoldók és lazítók alkalmazása), reumatológiai kezelések (fizioterápia, gyógyfürdő-kezelés), mozgásterjedelm-bővítő torna

- **műtéti beavatkozás:** amennyiben a fenti kezelési módok hatástalannak bizonyulnak, illetve a klinikai és diagnosztikai (Rtg) vizsgálatok igazolják annak szükségességét, orvosi javaslatra műtetre kerül sor.

15. 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 Manninger Jenő Országos Traumatológiai Intézet
1081 Budapest, Fiumei út 17. Telefon: 06-1-299-7700 / az Ön műtétjét végző osztály melléke

16. 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, léggőz 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 mobilizációt 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. 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. gyógytornásztól kap felvilágosítást. Mind a hétköznapi mozgások, mind a gyógytorna során van néhány szabály, amelynek betartása elengedhetetlen az ízület stabilitásának megtartása érdekében.

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 ún. 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 indokló esetben a beavatkozást végző orvos személyét előre megadni nem lehet, azonban a beavatkozást végző orvos minden esetben megfelelő felkészültséggel rendelkezik a beavatkozás elvégzéséhez.

17. A beteg kérdései:

18. A kérdésekre adott válaszok:

19. Egyéb megjegyzés:

Tájékoztatásul közöljük a következőket:

1. Az ön által írásban felhatalmazott személy – egészségügyi ellátásának ideje alatt – a betegségével kapcsolatos dokumentációba betekinthez és arról másolatot készíttethet.
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 kényszersztól 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 tájékoztattott. Tudomásul veszem, hogy kezelőorvosom folyamatosan kész tájékoztatni állapotomról.

A beszélgetés során megválaszoltak minden engem foglalkoztató kérdést a műtétrel, a műteti kockázatokkal és a lehetséges szövődeményekkel 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, szövetmintákat szövettani vizsgálat után laboratóriumban megőrizték 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 orvosi indokolt kiterjesztéséhez, amely előre nem volt látható, hozzájárulásomat adom. Egyetértek az orvosi indokolt változtatásokkal, az érzéstelenítés módosításával, illetve kiterjesztésével.

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

Ha a műtét esetleges kiterjesztésébe és a vérkészítmények 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

név nyomtatott betűvel

lakcím:

aláírás

név nyomtatott betűvel

lakcím