



Przepuklina mieszana jest połączeniem przepukliny wślizgowej i okołoprzełykowej. Wrodzony krótki przełyk jest stanem, w którym żołądek jest na stałe zlokalizowany w klatce piersiowej lub dolny odcinek przełyku wysłany jest błoną śluzową żołądka.

Czynnikami sprzyjającym powstaniu przepukliny jest przede wszystkim wzrost ciśnienia w jamie brzusznej, np. podczas dźwigania ciężkich przedmiotów, uporczywego kaszlu, kichania czy wymiotów, napinania się podczas oddawania stolca w przebiegu zaparc, długotrwałego przesiadywania na muszli klozetowej, a u kobiet dodatkowo – w trakcie ciąży i porodu. Zwiększone ryzyko rozwoju przepukliny rozworu przełykowego dotyczy także osób otyłych, palących papierosy, zażywających niektóre leki i narażonych na stres. Skłonność do występowania omawianej dolegliwości może być też wrodzona lub związana z wiotkością przepony.

Rozpoznanie stawia się na podstawie badania rentgenowskiego z kontrastem lub gastrokopii. Leczenie przepukliny rozworu przełykowego jest w zasadzie operacyjne ze względu na możliwe powikłania, szczególnie w przypadku przepukliny okołoprzełykowej.

### **III. Opis przebiegu proponowanej procedury medycznej lub operacji**

Większość operacji wykonuje się przez jamę brzuszną, są również metody operacji przez klatkę piersiową. Podstawowym założeniem operacji przepuklin przeponowych jest sprowadzenie do jamy brzusznej przemieszczonych narządów, zwężenie światła rozworu przełykowego przepony, wytworzeniu mankietu z dna żołądka wokół brzusznej części przełyku (fundoplikacja) oraz umocowanie żołądka w jamie brzusznej. W ostatnich latach operacje te 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. Czasem żołądek mocujemy do przedniej ściany jamy brzusznej pojedynczymi szwami (gastropeksja przednia). W przypadku wystąpienia trudności w trakcie operacji może zaistnieć konieczność otwarcia jamy brzusznej i dokończenia operacji metodą otwartą. W trakcie operacji pacjenta z krótkim przełykiem, nacinamy żołądek wytwarzając kanał wydłużający przełyk a mankiety fundoplikacyjny wykonujemy z odciętego dna żołądka. Pozostałe elementy operacji są takie jak wyżej. O rodzaju znieczulenia wymaganego do przeprowadzenia opisanej operacji, jego przebiegu i możliwych zagrożeniach z nim związanych poinformuje Państwa lekarz anestezjolog.

### **IV. Opis innych dostępnych metod leczenia**

Oprócz leczenia operacyjnego stosuje się leki ograniczające wydzielanie kwasów żołądkowych i regulujące motorykę przewodu pokarmowego. Istotnym elementem terapii jest odpowiednia dieta, redukcja masy ciała oraz inne działania niedopuszczające do wzrostu ciśnienia śródbrzusznego. U pacjentów z niewielką przepukliną wślizgową można zastosować metodę endoskopową.

Jest ona alternatywą do leczenia operacyjnego w przypadkach o mniejszym zaawansowaniu zmian zapalnych i nie powikłanych. Stosuje się gastroplastykę endoskopową – założenie 2 – 3 szwów przewężających okolice połączenia żołądkowo – przełykowego pod kontrolą endoskopu (Esophyx). Wymieniona metoda stosowana jest od niedawna.

#### **V. Opis powikłań standardowych związanych z proponowaną procedurą medyczną lub operacją**

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
  1. ze ściany jamy brzusznej podczas zakładania wżerników (trokarów), przez które przeprowadza się operację
  2. naczyń żołądkowych krótkich
  3. naczyń przepony
  4. uszkodzenia wątroby przez refraktor
  5. 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 odmě.
- 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. żółtaczką zakaźną) lub HIV;
- 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.

## **VI. Opis zwiększonego ryzyka powikłań w związku ze stanem zdrowia pacjenta**

*(Miejsce w formularzu do indywidualnego wypełnienia przez lekarza opiekującego się pacjentem)*

.....

.....

.....

## **VII. Opis prognozy pooperacyjnej i powikłań odległych**

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

**Do późnych następstw tych operacji należy zaliczyć:**

1. przetrwałą dysfagię 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.
2. 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.
3. biegunki u 1 – 7% pacjentów jako efekt uszkodzenia nerwu błędnego.
4. utrzymujące pomimo operacji objawy refluksowe – powikłanie bardzo rzadkie, wymagające leczenia farmakologicznego.

## **VIII. Opis możliwych następstw 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.

Rezygnacja z operacji w przypadku przepukliny okołoprzełykowej i 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 przetyku.

**IX. Oświadczenie pacjenta**

Niniejszym oświadczam, iż zapoznałem/łam się z treścią niniejszego formularza oraz zostałem/łam poinformowany/na przez ..... o proponowanym rodzaju leczenia.

**Oświadczam, iż miałem/łam możliwość zadawania pytań dotyczących proponowanego leczenia i otrzymałem/łam na nie odpowiedź. Jeżeli ma Pan/Pani jeszcze jakieś pytania dotyczące proponowanego leczenia proszę wpisać je poniżej:**

.....  
.....  
.....

Data i czytelny podpis pacjenta .....

Data i czytelny podpis przedstawiciela ustawowego .....

**Wyrażam dobrowolnie zgodę na przeprowadzenie proponowanej operacji**

Data i czytelny podpis pacjenta .....

Data i czytelny podpis przedstawiciela ustawowego .....

**Nie wyrażam zgody na przeprowadzenie proponowanej operacji**

Data i czytelny podpis pacjenta.....

Data i czytelny podpis przedstawiciela ustawowego .....

**(Uzasadnienie przez pacjenta/przedstawiciela ustawowego\*\* odmowy wyrażenia zgody na przeprowadzenie proponowanej procedury medycznej /zabiegu\*\*)**

.....  
.....  
.....

**Oświadczam, że podczas wywiadu lekarskiego i badania nie zataiłem/łam istotnych informacji dotyczących stanu zdrowia , badań, oraz przebytych chorób.**

Data i czytelny podpis pacjenta .....

Data i czytelny podpis przedstawiciela ustawowego .....

Data, pieczętka i podpis lekarza udzielającego informacji o proponowanej metodzie leczenia

.....

*\* W przypadku braku numeru PESEL wpisać rodzaj i numer dokumentu tożsamości*

*\*\* niepotrzebne skreślić*