

- **Przetokę jelitowo-pochwową.** Jest to nieprawidłowe połączenie pomiędzy światłem jelita a pochwą. Skutkuje to przedostawaniem się treści jelitowej do dróg rodnych. Typowymi objawami tej choroby są: nawracające, nie reagujące na leczenie infekcje dróg rodnych - upławy, wyciek treści jelitowej – stolca - przez pochwę, wydostawanie się gazów przez pochwę, bóle brzucha, gorączka lub stany podgorączkowe, zaczerwienienie skóry okolicy krocza, dolegliwości bólowe krocza.
- **Przetokę jelitowo-jelitową.** Jest to nieprawidłowe połączenie pomiędzy różnymi odcinkami jelita cienkiego i grubego. Typowymi objawami tej choroby są: bóle brzucha, gorączka lub stany podgorączkowe, utrata masy ciała, biegunka.

III. Opis przebiegu proponowanej procedury medycznej lub operacji

Operacja przeprowadzana jest w znieczuleniu ogólnym (dokładnych informacji na temat znieczulenia i możliwych jego powikłaniach udzieli lekarz anestezjolog podczas badania). Po znieczuleniu zakładamy cewnik do pęcherza moczowego.

W zależności od rodzaju przetoki zabieg polega na:

- Otwarciu jamy brzusznej, a następnie wypreparowaniu jelita dochodzącego do powłok jamy brzusznej, będącego przyczyną przetoki jelitowo-skórnej. Kolejnym etapem operacji jest usunięcie fragmentu zmienionego chorobowo jelita oraz wykonaniu zespolenia jelitowego w zakresie zdrowych tkanek. Niekiedy jednak występują okoliczności, które uniemożliwiają wykonanie zespolenia jelitowego (niedrożność jelit, niedokrwienie, nasilone zmiany zapalne w okolicy przetoki, czy też odmienności anatomiczne). **W tych przypadkach konieczne jest wytworzenie stomii, czyli wyłonienie jelita na powierzchnię brzucha, które następnie jest zaopatrywane workiem, do którego odchodzi treść jelitowa.** Po zabiegu w jamie brzusznej najczęściej pozostawione będą dreny. Ten rodzaj operacji wykonywany jest najczęściej w przypadku takiej choroby jaka występuje u Pani/Pana. W sytuacji, kiedy proces chorobowy będzie dotyczył dodatkowo innych narządów, np. pęcherza moczowego, pochwy, żołądka konieczne będzie rozszerzenie zakresu operacji.
- Otwarciu jamy brzusznej, a następnie wypreparowaniu jelita dochodzącego do pęcherza moczowego, będącego przyczyną przetoki jelitowo-pęcherzowej. Kolejnym etapem operacji jest usunięcie fragmentu zmienionego chorobowo jelita oraz wykonaniu zespolenia jelitowego w zakresie zdrowych tkanek. Niekiedy jednak występują okoliczności, które uniemożliwiają wykonanie zespolenia jelitowego (niedrożność jelit, niedokrwienie, nasilone zmiany zapalne w okolicy przetoki, czy też odmienności anatomiczne).

W tych przypadkach konieczne jest wytworzenie stomii, czyli wyłonienie jelita na powierzchnię brzucha, które następnie jest zaopatrywane workiem, do którego odchodzi treść jelitowa. Otwór w pęcherzu moczowym zostanie zaopatrzony poprzez zeszywanie ściany pęcherza.

W przypadku dużego otworu w ścianie pęcherza lub nasilonego odczynu zapalnego w obrębie tego narządu **konieczne jest częściowe usunięcie pęcherza.** Po zabiegu w jamie brzusznej najczęściej pozostawione będą dreny. Również konieczne będzie pozostawienie cewnika w pęcherzu moczowym. Ten rodzaj operacji wykonywany jest najczęściej w przypadku takiej choroby jaka występuje u Pani/Pana.

W sytuacji, kiedy proces chorobowy będzie dotyczył dodatkowo innych narządów, np. dodatkowego odcinka jelita, pochwy, żołądka konieczne będzie rozszerzenie zakresu operacji.

- Otwarcu jamy brzusznej, a następnie wypreparowaniu jelita dochodzącego do pochwy, będącego przyczyną przetoki jelitowo-pochwowej. Kolejnym etapem operacji jest usunięcie fragmentu zmienionego chorobowo jelita oraz wykonaniu zespolenia jelitowego w zakresie zdrowych tkanek. Konieczne może być również częściowe wycięcie pochwy z wtórnym zeszcieniem jej ścian. Niekiedy jednak występują okoliczności, które uniemożliwiają wykonanie zespolenia jelitowego (niedrożność jelit, niedokrwienie, nasilone zmiany zapalne w okolicy przetoki, czy też odmienności anatomiczne). **W tych przypadkach konieczne jest wytworzenie stomii, czyli wyłonienie jelita na powierzchnię brzucha, które następnie jest zaopatrywane workiem, do którego odchodzi treść jelitowa.** Po zabiegu w jamie brzusznej najczęściej pozostawione będą dreny. Ten rodzaj operacji wykonywany jest najczęściej w przypadku takiej choroby jaka występuje u Pani. W sytuacji, kiedy proces chorobowy będzie dotyczył dodatkowo innych narządów, np. pęcherza moczowego, dodatkowego odcinka jelita, żołądka konieczne będzie rozszerzenie zakresu operacji.
- Otwarcu jamy brzusznej, a następnie wypreparowaniu jelit tworzących przetokę jelitowo-jelitową. Kolejnym etapem operacji jest usunięcie jednego lub kilku fragmentów zmienionego chorobowo jelita oraz wykonaniu zespolenia jelitowego w zakresie zdrowych tkanek. Niekiedy jednak występują okoliczności, które uniemożliwiają wykonanie zespolenia jelitowego (niedrożność jelit, niedokrwienie, nasilone zmiany zapalne w okolicy przetoki, czy też odmienności anatomiczne). **W tych przypadkach konieczne jest wytworzenie stomii, czyli wyłonienie jelita na powierzchnię brzucha, które następnie jest zaopatrywane workiem, do którego odchodzi treść jelitowa.** Kolejną sytuacją, która może zmienić przebieg operacji, jest duże odczyn zapalny wokół pętli jelitowych tworzących przetokę, który uniemożliwia wycięcie fragmentów jelita tworzących przetokę - w tych przypadkach zespala się dwa fragmenty jelita – poniżej i powyżej przetoki, aby umożliwić ominięcie przez treść pokarmową chorobowo zmienionego miejsca.

Po zabiegu w jamie brzusznej najczęściej pozostawione będą dreny. Takie rodzaje operacji wykonywane są najczęściej w przypadku takiej choroby jaka występuje u Pani/Pana. W sytuacji, kiedy proces chorobowy będzie dotyczył dodatkowo innych narządów, np. pęcherza moczowego, pochwy, żołądka konieczne będzie rozszerzenie zakresu operacji.

IV. Opis innych dostępnych metod leczenia

Należy podkreślić, że obecnie podstawą leczenia przetok jelitowo-skrónych, jelitowo-pęcherzowych, jelitowo-pochwowych, jelitowo-jelitowych jest postępowanie operacyjne. W niektórych przypadkach przetok, które występują w przebiegu choroby Leśniowskiego Crohna pewną skuteczność wykazuje terapia farmakologiczna z wykorzystaniem leków zmniejszających odpowiedź zapalną organizmu – tzw. terapia biologiczna. Dalszych informacji dotyczących tej terapii udzieli Pani/Panu lekarz prowadzący.

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

Zabieg operacyjny nie przebiega identycznie u każdego chorego. Zależy to od jego budowy anatomicznej, stanu odżywienia, stopnia zaawansowania choroby podstawowej i chorób współistniejących oraz od jego stanu ogólnego. Różne, trudne do przewidzenia trudności techniczne występujące podczas zabiegu operacyjnego mogą spowodować, że pomimo starań lekarzy podczas operacji, jak i po jej zakończeniu może dojść do wystąpienia powikłań.

Do powikłań tych należą:

- krwawienia śródoperacyjne i pooperacyjne, niekiedy wymagające przetoczenia krwi lub ponownej operacji;
- uszkodzenie innych narządów (np. innego odcinka jelita, śledziony, wątroby, moczowodu, nerwów, naczyń krwionośnych). Ryzyko takiego uszkodzenia wzrasta przy znacznej otyłości, przy zaburzonych stosunkach anatomicznych, po przebytych zabiegach operacyjnych w obrębie jamy brzusznej, radioterapii lub w stanach zapalnych w jamie brzusznej.
- nieszczelność szwu na jelicie i rozejście zespolenia, mogące prowadzić do powstania przetoki jelitowej, do zapalenia otrzewnej i konieczności ponownej operacji;
- całkowite lub częściowe rozejście się rany na skutek powikłań jej gojenia lub zaburzeń ukrwienia wymagające ponownej interwencji chirurgicznej;
- zakażenia rany pooperacyjnej na skutek infekcji, co prowadzi do przedłużonego gojenia rany, wydłużenia czasu hospitalizacji, gorszego efektu kosmetycznego i osłabienia blizny. Wszystkie operacje podczas których otwiera się światło jelita wiążą się z podwyższonym ryzykiem zakażenia rany pooperacyjnej i jamy otrzewnej przez bakterie znajdujące się w przewodzie pokarmowym;
- zakażenia wewnątrztrzewnowe, w wyniku których mogą rozwinąć się ropnie w jamie brzusznej;
- infekcje innych układów, w szczególności układu moczowego oraz oddechowego;
- zaburzenia oddawania moczu – niepełne opróżnianie pęcherza moczowego, nietrzymanie moczu. W niektórych przypadkach konieczne jest stałe cewnikowanie pęcherza moczowego.
- powikłania związane z zakładaniem i obecnością wkłuc dożylnych (miejscowa infekcja, krwiak, obrzęk, zakażenie wkłucia)
- tworzenie się zakrzepów z zamknięciem naczyń krwionośnych co może grozić np. zakrzepicą naczyń w jamie brzusznej;
- powstawanie zatorów tętnic, które mogą spowodować zawał serca, udar mózgu, zator tętnicy płucnej lub niedokrwienie kończyn;
- powikłania ze strony układu krążenia – nasilenie niewydolności krążenia, zaburzenia rytmu serca, niedokrwienie mięśnia sercowego
- niekiedy mogą wystąpić uszkodzenia lub oparzenia skóry przez środki dezynfekujące lub prąd elektryczny stosowane podczas zabiegu;
- alergie na leki stosowane w okresie okołoperacyjnym – szczególnie leki stosowane podczas znieczulenia, antybiotyki oraz środki przeciwbólowe;
- duże i zniekształcające blizny, które mogą powstawać w przypadku skłonności osobniczych lub powikłań w procesie gojenia;

- zakażenie wirusem zapalenia wątroby typu B i C (tzw. żółtaczkę zakaźną) lub HIV;
- zrosty w jamie brzusznej, które nawet po latach mogą doprowadzić do niedrożności jelit;
- zwężenie zespolenia jelitowego zaburzające pasaż treści jelitowej;
- przedłużająca się pooperacyjna niedrożność porażenna jelit;
- biegunki będące konsekwencją znacznego skrócenia jelita;
- uszkodzenia gałązek nerwów skórnych, powodujące czasowe lub stałe zaburzenia czucia okolicy blizny pooperacyjnej;
- powstanie przepukliny pooperacyjnej - z reguły po kilku miesiącach. Ryzyko jej wystąpienia wzrasta u chorych otyłych i przy zaburzeniach gojenia się rany;

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

Po zabiegu pozostaje Pani/Pan zazwyczaj w sali pooperacyjnej (zazwyczaj od kilku do 24 godzin), gdzie monitorowane są podstawowe funkcje życiowe – ciśnienie krwi, akcja serca, wydolność układu oddechowego, co gwarantuje maksymalnie bezpieczną opiekę medyczną bezpośrednio po zabiegu i znieczuleniu. W sali tej najczęściej nie są możliwe odwiedziny bliskich. Następnie będzie Pani/Pan przetransportowana do oddziału chirurgii. Przeprowadzona operacja wymaga w pierwszych dobach podawania płynów dożylnie, nie jest natomiast możliwe przyjmowanie płynów czy też pokarmów drogą doustną. Czas podawania płynów i włączenia diety doustnej uzależniony jest od przebiegu pooperacyjnego. Decyzja o rozpoczęciu żywienia doustnego jest podejmowana przez lekarza prowadzącego. Najpierw otrzyma Pani/Pan doustnie płyny, następnie w przypadku dobrej tolerancji kolejno pokarmy płynne (zupy, kleiki), a później dietę stałą. Po operacji będzie Pani/Pan odczuwać dolegliwości bólowe związane z raną pooperacyjną, mogą także wystąpić nudności i wymioty. Należy się także spodziewać większej częstości wypróżnień, jak również luźniejszych (w porównaniu z okresem przed zabiegiem) stolców. Około 6-7 doby po zabiegu będzie Pani/Pan wypisana do domu. Dalsza opieka pooperacyjna sprawowana jest ambulatoryjnie. Częstotliwość wizyt ustala lekarz opiekujący się Panią/Panem w poradni. W przypadku operacji przetoki jelitowo-pęcherzowej konieczne będzie pozostawienie w pęcherzu moczowym cewnika, który jest standardowo utrzymywany przez około 14 dni.

Powyższy opis dotyczy niepowikłanego i standardowego przebiegu pooperacyjnego. Powinniście Państwo być świadomi, że operacja jest zawsze związana z ryzykiem powikłań, zarówno wymienionych powyżej, jak i innych, rzadziej występujących, trudnych do przewidzenia .

Wystąpienie powikłań może wymagać kolejnych operacji, zmiany sposobu leczenia, przedłużenia jego okresu i może być także przyczyną śmierci.

Nie można zatem z całą pewnością oczekiwać, że podczas leczenia operacyjnego lub po nim nie dojdzie do ich wystąpienia.

VIII. Opis możliwych następstw rezygnacji z proponowanego leczenia

Rezygnacja z proponowanego leczenia wiąże się z dużym prawdopodobieństwem braku możliwości wyleczenia przetoki. Tylko w nielicznych przypadkach udaje się ją wyleczyć przy zastosowaniu leczenia zachowawczego. Przetoka jelitowo-skórna oraz jelitowo-jelitowa prowadzi do zaburzeń wchłaniania jelitowego oraz postępującego wyniszczenia organizmu. Sprzyja również powstawaniu ropni wewnątrzbrzusznych oraz ropowicy powłok – są to poważne choroby wymagające szybkiej interwencji chirurgicznej.

Przetoka jelitowo-pochwowa w znacznym stopniu upośledza komfort życia. Prowadzi również do zapalenia tkanek krocza, często o bardzo dużym nasileniu oraz do zaburzeń wchłaniania jelitowego oraz postępującego wyniszczenia organizmu.

Przetoka jelitowo-pęcherzowa skutkuje zakażeniem układu moczowego, nie reagującym na leczenie farmakologiczne. Może to prowadzić do trwałego uszkodzenia układu moczowego – pęcherza moczowego i nerek.

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*