



**INFORMOVANÝ SOUHLAS PACIENTA S OPERAČNÍM VÝKONEM
LAPAROSKOPICKÁ SLEEVE RESEKCE ŽALUDKU
(TUBULIZACE ŽALUDKU)**

Pacient (štítek) :

OBEZITA JE CHRONICKÉ ONEMOCNĚNÍ VYŽADUJÍCÍ DOŽIVOTNÍ LÉČBU. OPERACE VÁM V JEJÍ LÉČBĚ VÝRAZNĚ POMŮŽE, ALE PRO DOSAŽENÍ DOBRÉHO EFEKTU LÉČBY JE NUTNÁ VAŠE SPOLUPRÁCE!

CO JE TUBULIZACE ŽALUDKU?

„Sleeve resekce“ znamená „rukávovitou resekci“ – žaludek po operaci má tvar úzkého protáhlého rukávu. Jedná se o operaci, při které se odstraněním (resekcí) větší části žaludku zmenší jeho kapacita a tím se sníží množství přijímané stravy potřebné k dosažení pocitu sytosti. Tímto zmenšením žaludku jednak dosáhneme omezení příjmu většího množství potravy, jednak odstraňujeme tu část žaludku, ve které se tvoří hormon ghrelin, který je odpovědný za pocit hladu.

Účinnost této operační metody je ověřena již mnoha tisíci úspěšně provedených operací na celém světě. Průměrně je dosaženo úbytku více než poloviny nadváhy s dlouhodobou stabilizací. Výsledek u každého konkrétního klienta je však zejména závislý na dobré spolupráci a dodržování doporučeného režimu.

PRŮBĚH VÝKONU

Operace se provádí v celkové anestézii, výkon trvá asi 90-180 min. Výkon se primárně provádí laparoskopicky. Do břišní dutiny se z drobného řezu nad pupkem zavede jehla, pomocí které se do břicha insufluje (nafouká) oxid uhličitý, aby se vytvořil prostor pro operování. Pak se zavede většinou 4-5 operačních vstupů o průměru 5–12 mm pro optický přístroj (kameru) a operační nástroje. Pomocí speciálního operačního nástroje (tzv. stapleru) se postupně odstraní větší část žaludku a tím se změní jeho původně vakovitý tvar na tvar trubicovitý. Pro přesné naměření linie odstranění je přechodně během operace zavedena pacientovi ústy do žaludku silnější umělohmotná sonda, která se na konci operace odstraní.

Při hromadění tkáňové tekutiny nebo krve může být do břišní dutiny na přechodnou dobu vložen drén, který zajišťuje odtok tekutin z břišní dutiny. V prvních dnech po operaci se odstraní.

MOŽNÉ KOMPLIKACE

Jako každý operační výkon je i tato operace spojena s rizikem komplikací. Některé pooperační komplikace si mohou vynutit i operační revizi. V důsledku komplikací po tomto zákroku je v literatuře uváděna i smrt pacienta.

Komplikace po této operaci můžeme rozdělit na obecné – společné všem operačním výkonům – a komplikace specifické pro tuto konkrétní operaci.

OBECNÉ KOMPLIKACE

Alergická reakce se může vyskytnout na kterékoli léčivo nebo dezinfekční prostředek. Může mít formu kopřivky, zarudnutí, svědění kůže, dechových potíží, nízkého krevního tlaku až šokového stavu.

Po každé operaci může dojít v bezprostředním pooperačním průběhu ke krvácení. Může se jednat o krvácení v operační ráně. To se projeví modřinou v okolí operačního místa nebo vytékáním krve z operační rány. V případě nevelkého krvácení postačí vyměnit obvaz a krvácení ustane, vzácně si vyžádá novou operaci. Podstatně závažnější je krvácení do dutiny břišní. To se projeví pocitem slabosti, poklesem krevního tlaku a zrychlením pulsu. Pokud je krvácení většího rozsahu, je nutné ho zastavit další operací. Infekce operační rány nebo kolem komůrky v podkoží se projeví bolestivostí trvající déle než 48 hodin či znovuoobjevením se bolestí v operační ráně. Většinou je doprovázena teplotou. Zánět hlubokých žil může nastat po jakékoliv operaci. Projeví se napětím a bolestí v lýtku, otokem. Pokud se krevní sraženina z takto postižených žil utrhne a žilním řečištěm se dostane do plicních žil, dojde k tzv. plicní embolii. Při velké sraženině může dojít ke smrti. Plicní komplikace (zánět plic a dýchacích cest) se objevují častěji u osob s dříve přítomným onemocněním plic. Projeví se kašlem, teplotou, dušností, bolestmi v krku. Srdeční komplikace mohou mít podobu poruch srdečního rytmu či zhoršení prokrvení srdečního svalu (až infarktu myokardu). Keloidní jizva je kosmeticky nevyhovující vystouplá, široká jizva. Tvorba těchto jizev je geneticky podmíněná. Pokud je jizva výrazně namáhána ještě před úplným zhojením, může vznikat kýla v jizvě. Ta se může objevit při poruchách hojení rány (infekce, poruchy tvorby vaziva). Vhodná je její operační léčba s několikaměsíčním odstupem od prvního zákroku. Nelze ani jednoznačně vyloučit, že dojde k tak závažné změně zdravotního stavu či komplikaci, která povede k další operaci nebo až k úmrtí pacienta. Dále nelze vyloučit ani výskyt vzácných a ojedinělých komplikací, které nejsou součástí tohoto výčtu

SPECIFICKÉ KOMPLIKACE

KRVÁCENÍ

Existuje možnost závažného poranění nitroabdominálních orgánů při zavádění laparoskopických nástrojů do břišní dutiny, krvácení v ranách, ev. v břišní dutině při manipulaci s břišními orgány v rámci operačního výkonu. Krvácení v pooperačním období při operaci orgánů v dutině břišní není nic výjimečného, výjimkou nejsou ani operace žaludku. Často se jedná o doznívající prosakování krve z místa sešitých orgánů, přilehlého okolí či z operačních ran břišní stěny. I proto se při předpokladu větších krevních pooperačních ztrát již během operace zavádí břišní drény (ohebné silikonové trubičky vyvedené mimo dutinu břišní), aby odvedly zbytky krve.

Pokles v krevním obrazu dle stupně ztrát vyžaduje

1. někdy jen sledování;
2. někdy náhradu krve podáním krevních transfuzí;
3. někdy gastrokopické vyšetření a ošetření;
4. někdy ale je nutné přistoupit k nové operaci s cílem vyhledat zdroj větších pooperačních krevních ztrát a vyčištění dutiny břišní od krevních sraženin;
5. literatura udává výskyt krvácení 0–14 %, část pacientů musí podstoupit pro tuto komplikaci reoperaci.

PROSAKOVÁNÍ (tzv. leak) V MÍSTĚ SEŠITÍ ŽALUDKU

Po operaci může vzniknout v místě sešité části žaludku místo s prosakováním/únikem (tzv. leak) žaludečního obsahu do břišní dutiny s následným zánětem pobřišnice.

Jedná se o jednu z nejzávažnějších komplikací po sleeve resekci žaludku. Odborná literatura udává četnost prosakování u 1-5 % operací.

Sešití žaludku se během operace provádí pomocí speciálního operačního nástroje tzv. lineárního stapleru, který sešívá (a řeže najednou) stěnu žaludku, sešití je zajištěno drobnými kovovými svorkami v řadě za sebou (pro jistotu je přístroj vyroben tak, že klade celkem 3 řady svorek těsně vedle sebe). Během operace operátor opticky vidí a kontroluje kvalitu sešití tkáně.

Bohužel v chirurgických oborech obecně neplatí vždy fakt, že sešitá tkáň se optimálně i hojí a může dojít k vzniku místa, kde stehy (v našem případě svorky) tkáň neudrží pohromadě a v případě dutých orgánů může prosakovat jejich obsah do okolí.

Klinicky se tato komplikace projevuje bolestmi břicha, teplotou, vzestupem parametrů zánětu. Při objevení se těchto příznaků se provádí vyšetření s polknutím kontrastní látky se snahou o zobrazení místa prosakování žaludečního obsahu do břišní dutiny.

Možnosti léčby

1. při dobrém klinickém stavu a ohraničeném zatečení je možné postupovat neoperačně, vyloučením příjmu tekutin a jídla ústy, nasazením antibiotik, zavedení tenké hadičky rentgenologem pod kontrolou CT (počítačová tomografie) k místu průsaku s cílem umožnit odtok prosakujícího obsahu navenek;
2. v případě, že se jedná o neohrazené prosakování obsahu volně do břišní dutiny, je nutná operace s vyhledáním místa zatekání, zavedení drénu k tomuto místu a vyčištěním okolí.

Další léčba spočívá ve vyloučení příjmu stravy a tekutin ústy (k minimalizaci zatekání obsahu přes netěsné místo), doléčení zánětu antibiotiky a postupným povytahovávání drénu v horizontu dnů až týdnů, kdy dochází k postupnému hojení místa průsaku a zatahování kanálu po drénu (tzv. píštěle).

REŽIM PO OPERACI

Tento výkon samotný nezajistí snížení hmotnosti, důležitou a nutnou součástí procesu je spolupracující pacient.

Po operaci s odstupem asi 4 hodin je možné popíjet malé množství tekutin, postupně se přechází na tekutou a kašovitou stravu. Vzhledem k výrazně zmenšenému objemu žaludku nastává pocit sytosti již po malé porci jídla.

Tubulizace žaludku patří mezi tzv. restriktivní operace pro léčbu obezity. Tato operace má tedy bránit pacientovi, aby snědl větší porci jídla. V pooperačním období je tedy naprosto nezbytné změnit stravovací návyky. Předpokládá se, že po období adaptace (cca 2-3 měsíce) bude pacient denní příjem rozdělovat do 6 jídel, přitom jedna porce bude mít maximálně 100 gramů. V časném pooperačním období je nezbytné dodržovat přísný dietní režim. Správné přijímání tekutin a potravin během prvních dnů a týdnů po operaci je rozhodující pro dokonalé zhojení a funkčnost zbylé části žaludku.

První 2 týdny bude pacient dodržovat přísně tekutou dietu, další dva týdny potom dietu kašovitou. Teprve po 4-5 týdnech začne pacient opatrně zkoušet standardní tuhou dietu.

Já, níže podepsaný pacient (zákonný zástupce, opatrovník) prohlašuji, že jsem byl lékařem srozumitelně informován o účelu a povaze, předpokládaném prospěchu, následcích a možných rizicích plánovaného lékařského výkonu uvedeného výše. Měl/a jsem možnost klást



lékaři doplňující dotazy a veškeré mé dotazy byly srozumitelně zodpovězeny. Jsem si vědom/a toho, že při provádění operačního výkonu může nastat neočekávaná situace, která si vyžádá rozšíření původně plánovaného výkonu nebo provedení dalšího nutného výkonu pro záchranu mého zdraví či života. Na základě tohoto poučení prohlašuji, že souhlasím s uvedeným operačním výkonem i s podáním anestezie. Jsem srozuměn/a s tím, že operační výkon nemusí být proveden lékařem, který mne doposud ošetřoval. Souhlasí zaznamenané místo a lokalizace výkonu (zákroku).

Datum: _____

Podpis pacienta (zákonného zástupce, opatrovníka): _____

Prohlašuji, že jsem vysvětlil podstatu operačního výkonu pacientovi způsobem, který byl podle mého soudu pro pacienta srozumitelný. Se způsobem plánované anestezie/sedace byl seznámen lékařem – anesteziologem. Rovněž jsem pacienta seznámil s důsledky tohoto výkonu a s možnými častějšími komplikacemi, zejména s riziky uvedenými výše v tomto poučení. Dále jsem pacienta podrobně poučil o pooperačním režim především o dietních opatřeních po operaci.

Datum: _____

Jméno lékaře: _____ Podpis: _____