INFORMOVANÝ SOUHLAS

Jméno a příjmení:	**r. č.:**
Zákonný zástupce pacienta (jméno, příjmení):	
Označení zdravotního výkonu (popřípadě několika výkonů): **LAPAROSKOPICKÝ ROUX-Y GASTRICKÝ BYPASS**	

Účel, povaha, předpokládaný prospěch, následky a možná rizika zdravotního výkonu:

Podstatou gastrického bypassu je chirurgické zmenšení žaludku, jeho prošití a protnutí (předělení) v oblasti těla a horní části. Na takto vzniklou, slepě uzavřenou malou horní část žaludku, je našita odvodná klička tenkého střeva (takzvaným „Roux-Y" způsobem). Tím dojde ke změně konfigurace zažívacího traktu, vznikne zkratka (bypass) mezi žaludkem a tenkým střevem, a v důsledku toho je cca 150-200 cm tenkého střeva (dle BMI = Body Mass Indexu tělesné hmotnosti) vyloučeno z trasy pro průchod potravy. Operace je prováděna s přihlédnutím na fyziologické vlastnosti trávicího traktu, trávící šťávy, které se v něm vytvářejí, nezůstávají v žádném rezervoáru, ale procházejí přirozenou cestou celým tenkým střevem. Potrava však díky bypassu část trasy tenkým střevem vynechá. Vlastní proces trávení živin nastává až ve společném úseku tenkého střeva, kde se cesty potravy a trávících šťáv setkají (Y spojka).

Pacienti po tomto typu zákroku redukují dvěma mechanismy. Vzhledem k omezenému (zmenšenému) objemu žaludku mohou jíst jen mnohem menší porce jídla (menší množství - restrikce). Navíc hubnou i v důsledku toho, že je z procesu trávení potravy vyřazena (bypassem) určitá část tenkého střeva, a tím je snížena i možnost zužitkovat všechny přijaté živiny (snížené vstřebávání - malabsorbce). Po bypassové operaci dochází ke sníženému vstřebávání nejen kalorického obsahu potravin (cukry, tuky), ale může docházet i ke sníženému vstřebávání některých minerálních látek a vitaminů, proto by po individuálním posouzení měl určitý pacient po takovém zákroku celoživotně užívat vitaminové a minerálové tabletové doplňky. Snížení hmotnosti jsou po gastrických bypassech (žaludku) výrazné, průměrně pacienti redukují kolem 40 kg za první rok, v dalších letech dochází k dalším váhovým úbytkům, až na průměrných 50 i více kilogramů. Váhové úbytky jsou dlouhodobé.

<u>Možné komplikace:</u>

Možné komplikace celkového znecitlivění jsou detailně probrány v informovaném souhlasu Kliniky anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny (KARIM) VFN.

Při vlastní operaci může dojít ke krvácení z cév ze stěny břišní při poranění trokarem (bodcem), dále krvácení v dutině břišní při preparaci (přípravě) přívodných cév zásobujících žaludek či tenké střevo, poranění velkých cév jako aorty nebo dolní duté žíly, poranění části trávicí trubice, poranění močovodu, močového měchýře, poranění jater, žlučových cest nebo sleziny. Tyto komplikace jsou zpravidla během výkonu okamžitě rozpoznány a operatérem příslušně ošetřeny, bez možných trvalých následků pro pacienta. V případě včas nerozpoznaných komplikací v průběhu výkonu by mohlo dojít k rozvoji zánětu pobřišnice, masivnímu krvácení do dutiny břišní, poškození žlučových cest, močových cest, a následně vzniku trvalých následků.

Z pooperačních břišních komplikací je nutno uvést jako nejzávažnější nezhojení anastomóz (spojek) mezi žaludkem a střevem či mezi kličkami střevními navzájem, nebo jejich netěsnost, které mohou vést k unikání žaludečního a střevního obsahu do dutiny břišní a rozvoji zánětu pobřišnice a celkové otravy organismu (sepse). Dále se mohou vyskytnout ohraničená ložiska infekce v dutině břišní, obsahující hnis (abscesy). Tyto komplikace je zpravidla nutné řešit další operací, některé eventuálně drenáží (zavedení trubiček) pod CT kontrolou (počítačový tomograv) závislé na rozsahu a umístění, většinou u malých, ohraničených, dobře

INFORMOVANÝ SOUHLAS

Jméno a příjmení: **r. č.:**

přes kůži dostupných ložisek.

Všechny tyto komplikace mohou v krajním případě vést až ke smrti pacienta.

Dalšími komplikacemi mohou být komplikace v operační ráně, vytvoření ložiska krevního výronu, hnisání v ráně, rozpad rány celkový či částečný s nutností operačního znovuuzavření rány. S odstupem měsíců až let může dojít k vytvoření kýly v jizvě. Rány se mohou zhojit esteticky nepěknou hypertrofickou nebo keloidní jizvou. Ke zhojení rány jsou individuální předpoklady, výsledný efekt jizvy se dá ovlivnit pooperační rehabilizací a péčí o jizvu.

U některých pacientů po laparoskopicky provedeném operačním výkonu se mohou přechodně objevit v prvních hodinách po operaci bolesti v ramenou, které jsou způsobeny drážděním bránice zbytkem kysličníku uhličitého v dutině břišní. Tyto bolesti zpravidla nesvědčí pro komplikaci a většinou během několika hodin po vstřebání zbytku plynu z dutiny břišní zcela spontánně odezní.

Jiné možnosti, jejich vhodnost, přínosy a rizika:

Operační výkon pro morbidní obezitu III. stupně (při BMI nad 50 pro superobezitu) je vždy stanoven na indikačním semináři týmem bariatrických specialistů (obezitolog, dietolog, psycholog, gastroenterolog, chirurg), a je pro daný typ obezity a určitého pacienta shledán jako nejvhodnější. Existuje sice celé spektrum bariatrických výkonů (chirurgická léčba obezity, od nejjednodušší bandáže žaludku po nejsložitější operace), které se liší svou účinností na hubnutí, ale pro daného pacienta nejsou vhodné a proto ani alternativní.

Zdravotní výkon bude probíhat takto:

Den před operací dostane pacient k jídlu naposledy lehkou večeři. Večer dostane lék na spaní. Od půlnoci pacient nesmí již pít ani kouřit, dostatek tekutin k udržení stabilních hladin glukózy v krvi je u diabetiků a rizikových pacientů zajištěn infúzemi. Ráno před operací dostane pacient premedikaci (viz informovaný souhlas Kliniky anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny VFN). Poté je transportován na dospávací pokoj, kde probíhá přeložení pacienta na operační stůl a bezprostřední příprava k operaci (holení, zajištění žilního vstupu, zavedení žaludeční sondy, močové cévky apod.). Následuje transport na operační sál, kde po nezbytné přípravě dojde k uvedení pacienta do celkového znecitlivění (narkózy).

Chirurgická část výkonu spočívá v dezinfekci a zarouškování břišní krajiny převážně nadbřišku.

Operaci téměř vždy provádíme miniinvazivním přístupem, laparoskopicky. Po naplnění dutiny břišní oxidem uhličitým jsou cestou obvykle šesti vpichů pomocí trokarů (bodce) velikosti 5-18 mm (dle šíře použitého trokaru) přes břišní stěnu zavedeny do dutiny břišní kamera se zdrojem světla a pracovní nástroje. Pokud je to nutné při komplikovaném nálezu v dutině břišní (špatná dostupnost díky velkému ztučnělému levému laloku jater překrývající žaludek, nepřehlednost díky velkému množství tuku v břišní dutině, srůsty po předchozích operacích, po zánětech, krvácení v dutině břišní, probíhající zánět, nepříznivé a nepřehledné anatomické uložení), v rámci maximální bezpečnosti operačního výkonu, lze v průběhu operace ukončit laparoskopický výkon a pokračovat cestou chirurgického řezu na stěně břišní, klasickým otevřeným operačním výkonem. Chirurgický řez je potom veden ve střední čáře v nadbřišku, eventuálně je možné kvůli špatné přístupnosti do dutiny břišní protažení řezu až pod pupek do podbřišku.

Vlastní operační výkon pak spočívá v chirurgickém zmenšení žaludku, dosažené jeho prošitím a protnutím (předělením) v oblasti těla a horní části. Na takto vzniklou, slepě uzavřenou malou horní část žaludku je následně našita odvodná klička tenkého střeva (takzvaným „Roux-Y“ způsobem). Všechny anastomózy

INFORMOVANÝ SOUHLAS

Jméno a příjmení:	**r. č.:**

(spojky) mezi žaludkem a střevem či mezi střevem navzájem jsou konstruovány pomocí automatických šicích aparátů (staplerů), a pojištěny ručně založenými stehy. Na konci operace chirurg zpravidla vkládá k operované oblasti jeden nebo více drenů, které jsou vyvedeny na stěně břišní mimo operační ránu.

Nakonec je vypuštěn plyn z břišní dutiny, vstupy odstraněny a rány takto vzniklé uzavřeny stehy.

Drény (trubičky) se odstraňují v pooperačních dnech v závislosti na odvodu sekretů z dutiny břišní, zpravidla 2.-3. pooperační den.

Po operaci je pacient transportován na jednotku intenzivní péče, kde je zajištěna příslušná pooperační péče. První pooperační den vždy provádíme kontrolní rentgenové vyšetření žaludku, po polknutí malého množství kontrastní látky si ověřujeme velikost nového žaludku, průchodnost anastomózy (spojky) mezi žaludkem a tenkým střevem a nezatékání obsahu žaludku a střeva mimo lumen.

S tímto vyšetřením se pojí zátěž dávkou rentgenového (ionizujícího) záření, která představuje pouze minimální riziko v porovnání s přínosem diagnostické informace z provedeného vyšetření. Postupy vyšetření jsou nastaveny tak, aby dávka ionizujícího záření byla při dosažení dostatečné diagnostické výtěžnosti co možná nejnižší. Radiační zátěž z vyšetření se tak pohybuje jen v oblasti velmi nízkých dávek.

Těhotenství je relativní kontraindikací provedení výkonu, a proto je nutné o případném těhotenství informovat lékaře poskytujícího toto poučení.

Omezení a doporučení ve způsobu života s ohledem na zdravotní stav a případné změny zdravotní způsobilosti po provedení uvedeného zdravotního výkonu:

Po výše uvedené operaci je doba rekonvalescence závislá na skutečnosti, zda se jednalo o laparoskopický výkon (zhojení tkání lze předpokládat přibližně do jednoho měsíce po operaci), nebo o výkon z klasického řezu stěnou břišní (zhojení tkání lze přepokládat nejdříve za šest až osm týdnů po operaci).

Po uplynutí čtyř až osmi týdnů, pokud se nevyskytnou výše zmíněné komplikace, je možný návrat pacienta k předoperačním aktivitám (zaměstnání, sport, apod.). Dietní a režimová opatření by měli pacienti po bariatrických výkonech dodržovat doživotně.

Další potřebná léčba:

Pravidelné kontroly na naší ambulanci.

Poznámka:

Ženy v reprodukčním věku svým níže uvedeným podpisem vylučují graviditu.

Prohlašuji, že lékař, který mi poskytl poučení, mi osobně vysvětlil vše, co je obsahem tohoto písemného informovaného souhlasu a měl/a jsem možnost klást mu otázky, na které mi řádně odpověděl. Prohlašuji, že jsem shora uvedenému poučení a informacím plně porozuměl/a a výslovně souhlasím s provedením tohoto zdravotního výkonu:

V případě, že pacient je **nezletilý/á nebo s omezenou svéprávností** a je přiměřeně rozumově a volně vyspělý/á:

Prohlašuji, že jsem byl/a poučen/a v rozsahu, který je uveden výše.

Pokud pacientovi nebyly takové údaje poskytnuty, uvede se důvod jejich neposkytnutí:

INFORMOVANÝ SOUHLAS

Jméno a příjmení:	**r. č.:**
V Praze dne ..... podpis pacienta / zákonného zástupce ..... podpis nezletilého pacienta / pacienta s omezenou svéprávností	..... jméno, příjmení a podpis lékaře
Pokud pacient / zákonný zástupce se nemůže s ohledem na svůj zdravotní stav podepsat: Důvod, pro něž pacient / zákonný zástupce není schopen/a se podepsat: Způsob, jak pacient / zákonný zástupce projevil/a svou vůli: ..... jméno, příjmení a podpis svědka	

Tento formulář je k dispozici také přímo v NIS.