

## Abdominální oboustranná adnexektomie

### Pacientka (štítek)

---

Jméno a příjmení:

---

Rodné číslo:

Bydliště:

---

### Zákonný zástupce

---

Jméno a příjmení:

Datum narození:

---

### Vážená paní, vážení rodiče,

v předkládaném formuláři si přečtete informace o abdominální oboustranné adnexektomii. Pomohou Vám připravit se na rozhovor s lékařem, který Vás bude informovat o navrhovaném postupu, abyste se mohla rozhodnout a dát souhlas k jeho provedení.

### Co je abdominální oboustranná adnexektomie:

Abdominální oboustranná adnexektomie neboli oboustranné odstranění vaječníků a vejcovodů je laparotomická operace, tj. operace v otevřené dutině břišní z řezu v podbřišku. Řez je veden dle rozhodnutí operátora příčně nad sponou stydkou či podélně od pupku ke sponě stydké. Výhodou tohoto způsobu operování je dobrý přehled operačního pole a dobrá dostupnost jednotlivých orgánů. Nevýhodou je větší bolestivost v pooperačním období, delší doba hojení a rekonvalescence.

### Jaký je důvod (indikace) tohoto výkonu:

Důvodem abdominální oboustranné adnexektomie je onemocnění ženských pohlavních orgánů – vaječníků a vejcovodů. Toto onemocnění Vám bylo zjištěno na základě klinického a ultrazvukového vyšetření, proto Vám byla doporučena chirurgická léčba.

### Jaký je režim pacientky před výkonem:

V rámci předoperační přípravy budete odeslána do anesteziologické ambulance, kde lékař anesteziolog zhodnotí výsledky předoperačních vyšetření, informuje Vás o možnostech a druzích anestezie a předepíše premedikaci (zklidňující léky které se aplikují bezprostředně před operací). Budete informováni o tom, jak dlouho před zákrokem nesmíte jíst, pít a kouřit, případně které léky si vzít, pokud je trvale užíváte. Večer před operací je nutné vyprázdnění střev pomocí projímadel.

### Jaký je postup při provádění výkonu:

Den před operací Vás sestřičky na oddělení s Vaším souhlasem připraví k vlastnímu operačnímu výkonu (nálev, oholení zevních rodidel, podbřišku). Operace je prováděna na operačním sále v celkové anestezii. Dutina břišní se otevírá z příčného řezu v podbřišku nebo z podélného řezu, který je veden od stydké spony po pupek. Následně bude provedeno vyhodnocení nálezu v dutině břišní a při potvrzení klinického nálezu bude provedena operace v domluveném rozsahu. V případě patologického nálezu na jednom

nebo obou vaječnicích či vejcovodech mohou být tyto orgány odstraněny, rozsah operace bude předem domluven s přijímacím lékařem dle vašeho rozhodnutí. Odstraněný materiál bude odeslán na patologii k histologickému vyšetření.

## **Jaké jsou možné komplikace a rizika:**

Žádné pracoviště ani lékař Vám nemůže zaručit ideální a nekomplikovaný průběh operace. Všeobecné komplikace provázející operační výkony jsou díky pokroku v medicíně velmi ojedinělé. Ke komplikacím, které vzácně provázejí všechny typy operací, patří např. „trombóza“ (vytvoření krevních sraženin v žilách, např. dolních končetin), „embolie“ (uzavření žil krevní sraženinou, nejčastěji v plicích), krvácení během operace, „ileus“ (zauzlení střev) nebo infekce v operačním poli. I přes pečlivou operační techniku může dojít během operace k většímu krvácení s nutností podání krevní transfuze, k náhodnému a neúmyslnému poškození okolních orgánů, např. močového měchýře, močovodu, cévy, poranění střeva s nutností dočasného či trvalého vyšití vývodu střeva přes břišní stěnu, tzv. stomie. Tato poškození mohou vést k rozšíření stávajícího operačního výkonu nebo i k jinému operačnímu výkonu. Vzácně se vyskytující komplikací jsou „píštěle“ (komunikace), např. mezi močovým měchýřem a pochvou, které pak vyžadují další operační výkon. Další možné komplikace mohou vzniknout při podání anestezie a budou Vám vysvětleny lékařem anesteziologem.

Při odstranění obou vaječníků se mohou dostavit příznaky spojené s klimakteriem – návaly horka, pocení, změny nálady, poruchy spánku. Tyto změny lze zmírnit užíváním hormonální substituční terapie. Po odstranění obou vaječníků a obou vejcovodů již nebudete moci otěhotnět.

Možné následky u jinak nekomplikovaného výkonu mohou být: poruchy funkce trávicího ústrojí, utlumený odchod větrů a stolice, špatné hojení operační rány, vytvoření tzv. keloidní, hypertrofické jizvy – zhrubělá, tmavá jizva, dále chronické poruchy vyprazdňování v důsledku pooperačních srůstů v dutině břišní. V některých případech je nutné tyto následky řešit reoperací.

## **Jaký je režim pacientky po provedení výkonu:**

Bezprostředně po operaci budete při nekomplikovaném průběhu 24 hodin monitorována na jednotce intenzivní péče a poté budete přeložena na standardní oddělení. V pooperačním období budete mít zavedenou cévku v močové trubici k odlehčení drenáže močových cest, případně přes břišní stěnu drény odvádějící krevní a tkáňové sekrety z dutiny břišní, které se odstraňují za 2–4 dny po operaci. Běžná doba hospitalizace trvá 7 dnů, doba pracovní neschopnosti se odvíjí od průběhu léčby.

## **Jaké jsou možné alternativy výkonu:**

Tato operace má alternativu v laparoskopické adnexektomii, tj. endoskopickém odstranění vaječníků a vejcovodů.

## Upřesnění rozsahu operace dle domluvy s pacientkou:

Prohlašuji, že mi byl náležitě objasněn důvod, předpokládaný prospěch, způsob provedení, následky i možná rizika a komplikace plánovaného výkonu. Byly mi vysvětleny možné alternativy včetně jejich komplikací a zdravotní důsledky vyplývající z nepodstoupení plánovaného výkonu. Měla jsem možnost zeptat se lékaře na všechno, co mě ve vztahu k plánovanému výkonu zajímá, a obdržela jsem vysvětlení, kterému jsem porozuměla. Lékařem jsem byla poučena o možnosti svůj souhlas s navrženým postupem odvolat.

Prohlašuji, že mi byly sestrou/porodní asistentkou náležitě objasněny veškeré informace z hlediska ošetrovatelské péče vzhledem k provedení lékařského výkonu.

**S provedením výše uvedeného výkonu souhlasím.**

**Datum:**

\_\_\_\_\_  
Podpis pacientky nebo zákonného zástupce

\_\_\_\_\_  
Razítko oddělení, jméno, příjmení a podpis ošetřujícího lékaře, který vysvětluje pohovor provedl

\_\_\_\_\_  
Razítko a podpis sestry/porodní asistentky, která vysvětluje pohovor provedla

**Pacientka není schopna podpisu. Svůj souhlas vyjádřila:**  
popište způsob:

\_\_\_\_\_  
Jméno, příjmení a podpis svědka

\_\_\_\_\_  
Razítko oddělení, jméno, příjmení a podpis lékaře