

Operace bederní páte e p edním a zadním p ístupem

Pacient (ztíteek)

Jméno a p íjmení:

Rodné íslo:

Bydliýt :

Zákonný zástupce

Jméno a p íjmení:

Rodné íslo:

Vážená paní, vážený pane,

v předkládaném formuláři si přečtete informace o operaci bederní páteře předním a zadním přístupem.

Pomohou Vám připravit se na rozhovor s lékařem, který Vás bude informovat o navrhovaném postupu, abyste se mohl(a) rozhodnout a dát souhlas k jeho provedení.

Co je operace bederní páte e p edním a zadním p ístupem:

Operace bederní páteře předním a zadním přístupem je zákrok, který řeší útlak (kompresi) nervových kořenů, cévních struktur nebo v oblasti 1. a 2. bederního obratle přímo na míchu.

Jaký je d vod (indikace) tohoto výkonu:

Důvodem operace bederní páteře předním a zadním přístupem je zejména degenerativní proces, při kterém meziobratlová ploténka ztrácí své elastické vlastnosti, zmenšuje se její objem, dochází ke snížení meziobratlového prostoru s vyklenutím ploténky do páteřního kanálu.

Kompresi nervových struktur se může projevit bolestí, oslabením a poruchou citlivosti jedné dolní končetiny. Při tlaku na více kořenů pak oslabením, bolestí, poruchou citlivosti obou dolních končetin s poruchou chůze, kolem přirození a konečníku s poruchou vyprazdňování.

Další indikace k operaci:

- zúžení páteřního kanálu v důsledku osteoproduktivních změn se vznikem výrůstků zužujících páteřní kanál
- spondylolistézy, při kterých dochází k posunu obratlového těla
- předchozí operace s přetrváváním bolestí – FBSS syndrom
- poranění bederní páteře, při kterých je narušena stabilita páteře s rizikem poškození nervových struktur
- zánětlivé procesy v oblasti bederní páteře postihující tělo a meziobratlovou ploténku s rizikem vzniku instability postižené oblasti s možností komprese nervových struktur
- nádorové procesy krční páteře postihující zejména tělo obratle
- neúspěšná konzervativní (neoperační) léčba

Jaký je režim pacienta p ed výkonem:

Operace je provedena v celkové anestezii, proto je požadováno interní předoperační vyšetření, které zajistí Váš praktický lékař. Pacientovi jsou před výkonem vysazeny léky, které mohou snižovat krevní srážlivost. Večer před plánovaným výkonem je pacient vyprázdněn a od půlnoci je nalačno, nekouří. Před operací je podáno antibiotikum a dle doporučení anesteziologa premedikace k zamezení nežádoucích stresových reakcí a bezpečnému uvedení do celkové narkózy. Předoperační příprava zahrnuje i zajištění žilního přístupu. Pacienti s cukrovkou, užívající léky, jsou v den operace převedeni na podkožně aplikovaný krátkodobě působící inzulin. Dolní končetiny jsou ošetřeny elastickou bandáží nebo elastickými punčochami jako prevence vzniku trombotické příhody.

Jaký je postup p i provád ní výkonu:

Přední přístup a boční přístup:

Operační výkon je proveden v poloze na zádech u předního přístupu a na pravém boku při bočním přístupu. Kožní řez je veden na přední nebo boční ploše břišní stěny. Proniká se kůží, podkožím, částečně se přerušují přímé břišní svaly. Pobříšnice a vnitřní orgány jsou odsunuty na stranu, obnažuje se přední plocha dolní bederní páteře. Pod RTG kontrolou se pomocí speciálních nástrojů odstraňuje meziobratlová ploténka a do připraveného prostoru se zavádí titanový implantát. Jeho správné postavení je ověřeno kontrolním RTG. Rána se nejčastěji šije vstřebatelným stehem a je pojištěna prvních 24–48 hodin Redonovou drenáží.

Zadní přístup

Operační výkon je proveden v poloze na břiše. Kožní řez je veden nad trnovými výběžky, po předchozím RTG ověření. Podle potřeby přístupu k páteřnímu kanálu mohou být odstraněny oblouky nebo trny obratlů. Další operační postup závisí na typu a lokalizaci onemocnění – prosté uvolnění páteřního kanálu při jeho zúžení, odstranění výhřezu meziobratlové ploténky, odstranění nádoru, krvácení nebo infekčního ložiska.

Při instrumentační operaci (degenerativní nemoci, trauma) se z meziobratlového prostoru odstraní ploténka a nahradí se implantátem ze speciálního materiálu. Do obratlových těl se zavedou šrouby, které jsou spojeny tyčemi a fixovány maticemi. Správné postavení je opět ověřeno RTG kontrolou. Rána se nejčastěji šije vstřebatelným stehem a je pojištěna prvních 24–48 hodin Redonovou drenáží.

Jaké jsou možné komplikace a rizika:

- krvácení v operačním poli – při velkém krvácení následuje operační revize s odsátím krevních sraženin
- poranění tvrdé pleny (durálního vaku) nebo obalu kořene s následným prosakováním mozkomíšního moku. Může se projevit likvorovou píštělí nebo meningitidou (velmi vzácná komplikace).
- poškození nervového kořene se zhoršením hybnosti nebo citlivosti dolní končetin – počet komplikací pod 1 %
- infekce rány povrchová (kůže a podkoží) – počet komplikací pod 5 %, léčba antibiotiky
- infekce rány hluboká
- epidurální absces – počet komplikací pod 1 % ó konzervativní nebo operační revize, antibiotika
- zánět meziobratlové ploténky a přilehlých obratlů (spondylodiscitida) – počet komplikací pod 3 % ó konzervativní terapie s antibiotiky nebo operační revize se stabilizační operací, následně dlouhodobý klidový režim na lůžku

- poškození obratlového těla nebo zavedení šroubu mimo obratlové tělo s následným poškozením nervových struktur
- selhání instrumentaria – zlomení šroubů, uvolnění z obratlového těla
- pooperační instabilita sousedního segmentu páteře (adjacement segment disease)
- komplikace z podložení pacienta (hluboká žilní trombóza)
- poškození nitrobřišních struktur (aorty, dolní duté žíly, močovodů, ilických cév) při průniku nástroji mimo meziobratlovou ploténku – raritní komplikace v počtu pod 0,05 %
- porucha vyprazdňování (močení, stolice) jako následek poranění míšních kořenů uložených v durálním vaku

Při operaci *předním a bočním přístupem*:

- poranění břišních orgánů nebo střeva s možností vzniku zánětu pobřišnice
- poranění cév a nervů vedoucích podél páteře s poruchou sexuálních funkcí, ejakulace
- poranění močovodu
- poranění nervů břišní stěny s možností jejího oslabení a vznikem kýly v jizvě nebo i v jiné části břišní stěny
- vycestování implantátu z meziobratlového prostoru s možným poraněním cév a nervů kolem páteře

Jaký je režim pacienta po provedení výkonu:

Po operaci je pacient podle klinického stavu převezzen zpět na standardní oddělení nebo na JIP (jednotku intenzivní péče), kde jsou pečlivě sledovány všechny životní funkce. Po 2–3 hodinách pacient smí přijímat v menším množství tekutiny, od dalšího dne postupně přechází na normální stravu.

Druhý až čtvrtý den po operaci (dle typu operace) pacient vstává, je mu provedeno kontrolní RTG vyšetření páteře ve stoje. Pokud je postavení implantátu vyhovující, následuje 4–5denní rehabilitace na oddělení ve speciálně vybavené tělocvičně pod dohledem rehabilitační sestry. 5–7 den po operaci je pacient propuštěn do domácího ošetření.

Po propuštění pacient dodržuje ochranný vertebropatický režim, pravidelně cvičí cviky naučené za hospitalizace. Pacienti po operaci páteře *předním přístupem* nosí po dobu 6 týdnů bederní plátěný korzet. Po 6 týdnech je provedena kontrola klinického stavu, RTG páteře a vyplnění příslušných dotazníků, které nás informují o stupni bolesti a možnosti uplatnění pacienta v soukromém a profesním životě. V tuto dobu je doporučeno zahájit ambulantní formu rehabilitace a s dostatečným odstupem od operace i lázeňskou léčbu. Následující kontroly jsou stanoveny po 3 měsících, po 6 měsících a po 12 měsících od operace, vždy s kontrolním RTG vyšetřením páteře.

Jaké jsou možné alternativy výkonu:

Alternativou operační léčby je konzervativní (neoperační) postup – analgetizace (podávání léků tlumících bolest ve formě infuze), klidový režim, následně rehabilitace.

Při *zlomeninách obratlů* je alternativou klidový režim do odeznění bolestivé složky a následné nošení ortézy páteře (korzet). Hrozí zde ale výrazné prohloubení stavu (progrese) zlomeniny, zhoršení neurologického stavu, nezhojení zlomeniny se vznikem chronické instability nebo deformity páteře.

Při *nádorovém procesu* je alternativní léčba v režii onkologa (radioterapie a chemoterapie).

U *zánětlivých procesů* konzervativní postup zahrnuje klidový režim, zevní fixaci páteře (korzet) a aplikaci antibiotik minimálně v délce 3 měsíců.

Riziko spojené s ionizujícím zá ením:

Ionizující (rentgenové) záření ve formě dlouhodobého menšího i krátkodobého velmi intenzivního záření má negativní účinky na člověka a živé organismy. Navozuje v živé hmotě řadu změn vedoucích k poškození struktur živé hmoty.

Radiodiagnostické výkony jsou prováděny erudovaným personálem. Při vyšetření je postupováno tak, aby dávka ionizujícího záření byla co nejnižší v poměru zachování kvality vyšetření. Pravidelně je prověřován stav RTG přístrojů, které musí splňovat přísné normy. Jsou používány ochranné prostředky k vykrytí citlivých partií mimo zájmovou oblast vyšetření. Obdržené dávky při vyšetření jsou sledovány a zaznamenávány.

Prohlašuji, že mi byl náležitě objasněn důvod, předpokládaný prospěch, způsob provedení, následky, možná rizika a komplikace plánovaného výkonu. Byly mi vysvětleny možné alternativy včetně jejich komplikací a zdravotní důsledky vyplývající z nepodstoupení plánovaného výkonu. Mí (a) jsem možnost zeptat se lékaře na všechno, co mě ve vztahu k plánovanému výkonu zajímá, a obdržel(a) jsem vysvětlení, kterému jsem porozuměl(a). Lékařem jsem byl(a) poučen(a) o možnosti svého souhlasu s navrženým postupem odvolat.

S provedením výše uvedeného výkonu souhlasím.

Datum:

Podpis pacienta nebo zákonného zástupce

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

Pacient(ka) není schopen(a) podpisu. Svůj souhlas vyjádřil(a):

popište způsob:

Jméno, příjmení a podpis svědka

Razítko oddělení, jméno, příjmení a podpis lékaře