

# Operativa břišních kýl v době pandemie COVID-19

Petra Kintrová

---

Bakalářská práce  
2022



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně  
Fakulta humanitních studií

---

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně  
Fakulta humanitních studií  
Ústav zdravotnických věd

Akademický rok: 2021/2022

# ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení: **Petra Kintrová**  
Osobní číslo: **H19118**  
Studijní program: **B5341 Ošetřovatelství**  
Studijní obor: **Všeobecná sestra**  
Forma studia: **Kombinovaná**  
Téma práce: **Operativa břišních kýl v době pandemie COVID-19**

## Zásady pro vypracování

Rešerše a studium odborné literatury.  
Vymezení pojmů a teoretických východisek v oblasti operativy břišních kýl a organizace práce operačních sálů v době pandemie COVID-19.  
Příprava metodiky kvalitativního výzkumu.  
Formulace kritérií pro výběr participantů.  
Realizace výzkumu designem kazuistiky.  
Zpracování, vyhodnocení a interpretace informací.  
Prezentace výzkumu, její shrnutí a závěr.

Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam doporučené literatury:

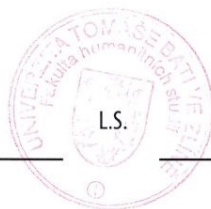
- CAMPANELLI, G. *The Art of Hernia Surgery. A Step-by-Step Guide*. Switzerland: Springer International Publishing, 2018. 685 p. ISBN 978-3-319-72626-7.
- HOCH, J. a J. LEFFLER. *Speciální chirurgie*. 3., rozš. a přeprac. vyd. Praha: Maxdorf, 2011. 590 s. ISBN 978-80-7345-253-7.
- HOPE, W., W. S. COBB and G. L. ADRALES. *Textbook of Hernia*. Switzerland: Springer International Publishing, 2017. 407 p. ISBN 978-3-319-43045-4.
- NOVITSKY, Y. W. *Hernia Surgery Current Principles*. Switzerland: Springer International Publishing, 2016. 521 p. ISBN 978-3-319-27470-6.
- ZEMAN, M., Z. KRŠKA a kol. *Chirurgická propedeutika*. 3., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2011. 512 s. ISBN 978-80-247-3770-6.

Vedoucí bakalářské práce: **PhDr. Pavla Kudlová, PhD.**  
Ústav zdravotnických věd

Datum zadání bakalářské práce: **22. října 2021**  
Termín odevzdání bakalářské práce: **27. května 2022**

---

**Mgr. Libor Marek, Ph.D.**  
děkan



**PhDr. Pavla Kudlová, PhD.**  
ředitelka ústavu

Ve Zlíně dne 10. ledna 2022

## PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby<sup>1)</sup>;
- beru na vědomí, že bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- na moji bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3<sup>2)</sup>;
- podle § 60<sup>3)</sup> odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60<sup>3)</sup> odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – bakalářskou práci - nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky bakalářské práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

- elektronická a tištěná verze bakalářské práce jsou totožné;
- na bakalářské práci jsem pracoval(a) samostatně a použitou literaturu jsem citoval(a). V případě publikace výsledků budu uveden(a) jako spoluautor.

Ve Zlíně 20.5.2022

1) Zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Zveřejňování závěrečných prací.

2) Vysoká škola nezávisle zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých probíhá obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledků obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví usnášení předpisů vysoké školy.

(2) *Dizertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlédnutí veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výtisky, opisy nebo rozmnoženiny.*

(3) *Platí, že odevzdáním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek obhajoby.*

2) *zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 35 odst. 3;*

(3) *Do práva autorského také nezahraje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, užíje-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacímu zařízení (školní dílo).*

3) *zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školní dílo:*

(1) *Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst. 3). Odpirá-li autor takového díla udělit svolení bez vádného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.*

(2) *Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užití či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.*

(3) *Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdělku jim dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlíží k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.*

## **ABSTRAKT**

Hlavním tématem bakalářské práce je zjistit, popsat a analyzovat důsledky odkladu elektivní operativy břišních a skrotálních kýl na zdraví pacientů a finanční dopad pro poskytovatele zdravotní péče v době pandemie COVID-19.

Dílčími cíli bakalářské práce bylo zjistit u vybraných participantů faktory vedoucí k odkladu plánované operace, zdravotní komplikace související s odkladem elektivní operace, porovnat průměrnou délku hospitalizace u plánovaného operačního výkonu versus akutního operačního výkonu a porovnat reálné finanční náklady dle DRG systému, vynaložené na léčbu u jednotlivých participantů.

Do výzkumu byli zařazeni tři muži a jedna žena ve věku od 49 do 79 let se skrotální nebo ventrální kýlou. V rámci kazuistik byly zjištěny příčiny odkladu operace ze strany pacienta (strach, neochota navštěvovat v době pandemie COVID-19 nemocniční zařízení), tak i ze strany samotného zdravotnického zřízení, z důvodu restrukturalizace jednotlivých oddělení a personálu na nově vzniklé oddělení pro pacienty s onemocněním COVID-19.

### **Klíčová slova:**

ventrální kýla, skrotální kýla, odklad elektivní operace, pandemie COVID-19, komplikace, kazuistika

## **ABSTRACT**

The main aim of this bachelor thesis is to investigate, describe and analyse the consequences of postponing elective surgeries of abdominal and inguinal hernia, its impact on patients' health and financial consequences for healthcare providers during COVID-19 pandemic. Particular objectives involve analysing factors leading to postponing planned operations, health complications connected with the postponement of the operations, the length of hospital stay in case of a planned surgery versus an acute surgery and comparing expenses on the treatment of individual patients.

Three men and one woman suffering from inguinal or ventral hernia were included, aged 49 to 79. Their case studies were used to uncover the causes of postponing hernia surgeries initiated either by the patients themselves (reluctance to visit a hospital during COVID-19 pandemic) or by the healthcare provider (restructuring hospital departments and staff due to COVID 19-pandemic).

### **Keywords:**

ventral hernia, scrotal hernia, postponement of elective surgery, COVID-19 pandemic, complications, case study

## Poděkování

Ráda bych poděkovala své rodině za podporu při psaní bakalářské práce, paní doktorce Pavle Kudlové za nesmírnou trpělivost, úžasné pedagogické vedení, ochotu, rady a zkušenosti, které mi poskytla a MUDr. Davidu Markovi za odbornou garanci.

Svou práci bych chtěla věnovat své kamarádce, kolegyni, člověku, kterého si velmi vážím – Bc. Martině Prosecké, která mne vlastně přivedla na myšlenku bakalářského studia, a bohužel zemřela z důvodu onemocnění COVID-19. A i když jsem po její smrti chtěla okamžitě končit se studiem, slib, který jsem jí dala, mne přivedl až k obhajobě mé bakalářské práce. Děkuji.

Prohlašuji, že odevzdaná verze bakalářské/diplomové práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou totožné.



# OBSAH

<b>ÚVOD .....</b>	<b>11</b>
<b>I TEORETICKÁ ČÁST .....</b>	<b>12</b>
<b>1 ÚVOD DO PROBLEMATIKY BŘIŠNÍCH KÝL .....</b>	<b>13</b>
1.1 HISTORIE OPERATIVY BŘIŠNÍCH KÝL .....	13
1.2 ETIOLOGIE BŘIŠNÍ KÝLY .....	13
1.2.1 Vrozené kýly .....	13
1.2.2 Získané kýly .....	14
1.2.3 Pravá kýla.....	14
1.2.4 Nepravá kýla .....	14
1.2.5 Zevní kýla .....	14
1.2.6 Vnitřní kýla .....	15
1.3 PŘÍZNAKY BŘIŠNÍ KÝLY .....	15
1.4 DIAGNOSTIKA BŘIŠNÍ KÝLY .....	15
1.4.1 Aspekce.....	15
1.4.2 Palpace .....	16
1.5 LÉČBA KÝLY .....	16
<b>2 TYPY BŘIŠNÍCH KÝL.....</b>	<b>18</b>
2.1 VENTRÁLNÍ KÝLA.....	18
2.2 EPIGASTRICKÁ KÝLA .....	18
2.3 PUPEČNÍ KÝLA .....	19
2.4 INCISIONÁLNÍ KÝLA.....	19
2.5 TRÍSELNÁ KÝLA .....	19
2.5.1 Skrotální kýla .....	20
2.5.2 Labiální kýla.....	20
2.6 VNITŘNÍ KÝLA .....	20
2.7 TRAUMATICKÁ KÝLA.....	20
2.8 TYPY KÝLNÍCH OPERACÍ.....	20
2.8.1 Konvenční operace břišní kýly.....	20
2.8.2 Laparoskopické operace břišní kýly .....	21
2.9 OPERAČNÍ TECHNIKY BŘIŠNÍCH KÝL.....	23
2.9.1 Konvenční operace .....	23
2.9.2 Laparoskopické operace.....	23
2.10 KOMPLIKACE BŘIŠNÍCH KÝL .....	23
2.10.1 Uskřínutí kýly.....	23
2.10.2 Pooperační komplikace.....	24
<b>3 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE PŘI LÉČBĚ BŘIŠNÍCH KÝL .....</b>	<b>25</b>

3.1	PŘEDOPERAČNÍ PŘÍPRAVA.....	25
3.1.1	Krátkodobá příprava .....	25
3.1.2	Bezprostřední příprava.....	25
3.2	PERIOPERAČNÍ PÉČE .....	26
3.3	POOPERAČNÍ PÉČE.....	26
<b>4</b>	<b>PANDEMIE COVID-19.....</b>	<b>27</b>
4.1	DEFINICE .....	27
4.2	ORGANIZACE PRÁCE PŘI PANDEMII COVID-19.....	27
4.2.1	Provoz operačních sálů Nemocnice Prostějov v době pandemie COVID-19.....	27
4.2.2	Ochrana GDPR.....	28
<b>II</b>	<b>PRAKTICKÁ ČÁST.....</b>	<b>29</b>
<b>5</b>	<b>CÍL BAKALÁŘSKÉ PRÁCE, METODIKA A POUŽITÉ METODY.....</b>	<b>30</b>
5.1	CÍL BAKALÁŘSKÉ PRÁCE.....	30
5.2	METODIKA VÝZKUMU.....	30
5.3	CHARAKTERISTIKA PARTICIPANTŮ VÝZKUMU.....	30
5.4	ORGANIZACE SBĚRU DAT.....	31
<b>6</b>	<b>KAZUISTIKY PARTICIPANTŮ.....</b>	<b>32</b>
6.1	KAZUISTIKA Č. 1 .....	32
	Fyzikální vyšetření .....	33
6.1.1	Analýza dat, interpretace a sdělení výzkumu u participanta P1.....	36
6.2	KAZUISTIKA Č. 2 .....	38
	Závěr fyzikálního vyšetření .....	40
6.2.1	Analýza dat, interpretace a sdělení výzkumu u participanta P2.....	41
6.3	KAZUISTIKA Č. 3 .....	45
6.3.1	Analýza dat, interpretace a sdělení výzkumu u participanta P3.....	48
6.4	KAZUISTIKA P4.....	50
6.4.1	Analýza dat, interpretace a sdělení výzkumu u participanta P4.....	54
<b>7</b>	<b>DISKUZE .....</b>	<b>58</b>
7.1	HODNOCENÍ.....	59
7.2	DOPORUČENÍ PRO PRAXI.....	61
	<b>ZÁVĚR.....</b>	<b>62</b>
	<b>SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY A INTERNETOVÝCH ZDROJŮ .....</b>	<b>63</b>
	<b>SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK.....</b>	<b>66</b>
	<b>SEZNAM OBRÁZKŮ.....</b>	<b>68</b>
	<b>SEZNAM PŘÍLOH .....</b>	<b>70</b>

## ÚVOD

Břišní kýla je vysunutí či vyklenutí orgánu dutiny břišní (nejčastěji střeva) oslabenou defektní částí stěny břišní. Kýla obecně je nejčastějším chirurgickým onemocněním.

Příčin vzniku kýly je celá řada. Kromě vrozených dispozic zde hraje roli i určité oslabení pojivové tkáně, chronický kašel, zácpa, obezita.

Léčba kýly je zásadně chirurgická a spočívá v plastice defektu břišní stěny, tyto operace patří mezi nejčastěji prováděné výkony na pracovištích všeobecné chirurgie. Výkon lze provést klasicky – konvenčně nebo laparoskopicky. Trendem je provedení plastiky tzv. beznapěťové, což lze ve většině případů dosáhnout jen s použitím sítě vyrobené ze speciálních materiálů. Cílem beznapěťové operace je dosáhnout maximálního komfortu pro pacienta a omezení rizika znovuvytvoření kýly, tzv. recidivy.

Neléčená kýla, tzn. neoperovaná kýla, může mít pro pacienta fatální následky. Naléhavým operacím je třeba předcházet včasnou elektivní léčbou.

Kýlní centrum v nemocnici Prostějov se řadí mezi vybraná pracoviště v České republice, která se specializují na onemocnění kýl, využívá nejmodernější materiály a nejnovější přístrojové vybavení. Centrum pro řešení kýl Nemocnice Prostějov pravidelně pořádá mezinárodní workshopy. V rámci workshopu tak v Nemocnici Prostějov operují přední chirurgové v oboru herniologie, ze zahraničí a celé České republiky. V Nemocnici Prostějov se ročně odoperuje téměř 350 pacientů s diagnózou břišní kýla.

Teoretická část bakalářské práce se stručně zabývá problematikou břišních kýl, typy kýlních operací a ošetrovatelskou péčí, která zahrnuje předoperační přípravu, perioperační péči a pooperační péči u pacientů s diagnózou břišní kýla.

V praktické části bakalářské práce jsou zpracovány čtyři kazuistiky pacientů s diagnózou břišní kýla, klíčové je vyhodnocení stanovených cílů této bakalářské práce.

## **I. TEORETICKÁ ČÁST**

## 1 ÚVOD DO PROBLEMATIKY BŘIŠNÍCH KÝL

Jeden ze zakladatelů české chirurgie, profesor Karel Maydl (1853–1903) v jedné ze svých monografií popisuje kýlu jako „*abnormální vysunutí či vyklenutí orgánu dutiny břišní oslabenou nebo defektní částí stěny břišní*“. Kýla se může vytvořit také v oblasti pánevního dna, známé a časté jsou brániční kýly a velice zálučné jsou takzvané kýly vnitřní. Obsahem kýly bývá nejčastěji střešní klička uložená ve vaku tvořeném pobřišnicí, ale v kýlním vaku se může ocitnout u některých typů kýl prakticky kterýkoli orgán dutiny břišní (Campanelli, 2018; Zeman, Krška a kol. 2011).

### 1.1 Historie operativy břišních kýl

Problematikou léčby břišních kýl se zabývalo lidstvo již v době před Kristem. Postupně získávané anatomické znalosti vyvrcholily v 19. století popisem tříselného kanálu. S prohlubujícími zkušenostmi, rozvojem anestezie a technickým pokrokem se postupně vyvíjely operační postupy v léčbě břišních kýl. Nejmarkantněji to bylo viditelné při operacích tříselné kýly. Slovy klasika, který se zabýval léčbou břišních kýl E. Bassiniho (1889): „*Hernie je onemocnění vyžadující nejvyšší kombinaci přesných anatomických poznatků a chirurgické zručnosti. O výsledku operace kýly rozhoduje především chirurg, jeho přístup a odpovědnost. Zvolená metoda je až na druhém místě...*“ a například Sir Cecile Wakely, prezident Royal College of Surgeons v roce 1948 řekl: „*Chirurg operující kýly s nízkým počtem recidiv může pro společnost udělat více, než kdyby operoval zhoubné nádory.*“ (Campanelli, 2018; Zeman, Krška a kol., 2011).

Zajímavostí z historie je, že od roku 1930 pozoroval známý zlínský podnikatel Tomáš Baťa pupeční kýlu a v roce 1931 mu byla v Baťově nemocnici ve Zlíně v lokální anestezii operována. Dle dobových záznamů pooperační průběh proběhl bez komplikací.

### 1.2 Etiologie břišní kýly

Obecně dělíme kýly na vrozené x získané, pravé x nepravé a zevní x vnitřní.

#### 1.2.1 Vrozené kýly

Vrozené kýly jsou nejčastěji pupeční nebo tříselné. Komplikací pro novorozence (zejména s nízkou porodní hmotností) mohou být právě různé typy bráničních defektů a kýl. Určitá obecná dispozice ke vzniku kýly existuje. Pokud budeme hovořit o té nejčastější, tříselné

kýle – zde je to anatomické utváření tříselného kanálu. Často se hovoří o vrozené „méněcennosti“ některých tkání, například vaziva a podobně. Jde o podobnou rodinnou zátěž jako u nemocných s varixy dolních končetin - křečovými žilami, tzv. predispozici ke vzniku kýly. Kýla se často objeví u lidí, kteří náhle změní svoji tělesnou hmotnost, ať už ve smyslu přírůstku, nebo naopak úbytku (např. při vyčerpávajícím onemocnění), také usilovný kašel, zácpa a podobné problémy mohou napomáhat ke vzniku kýl. Závažnější poranění stěny břišní, kterým je i operační rána, může ve svém důsledku vést ke vzniku kýly (Novitsky, 2016).

Obecně nejčastější je kýla tříselná, a to v přibližně 79 %, která postihuje zejména muže po 50. roce života. Další nejčetnější je s 5 % kýla pupeční, o zbylá procenta se dělí vzácnější typy kýl.

Obecně jsou možnosti prevence vzniku kýly omezené. Samozřejmostí je důležitá zdravá životospráva, udržení odpovídající hmotnosti bez většího kolísání, přiměřená fyzická aktivita s posilováním břišních svalů, rychlá chůze, rekreační běh, jízda na kole (Campanelli, 2018; Zeman, Krška a kol., 2011).

### 1.2.2 Získané kýly

Ke vzniku získané kýly vede prakticky vše, co způsobuje zvýšení intraabdominálního tlaku, oslabení svalových a vazivových struktur: těhotenství, ascites, obtížná defekace, chronický kašel, obezita, stáří, kachexie, silové cvičení (tzv. hernia per effort – jednorázová těžká námaha, zvedání těžkých břemen) operační výkon (Campanelli, 2018; Zeman, Krška a kol., 2011).

### 1.2.3 Pravá kýla

Orgán, který je vyklenutý, kryje pobřišnice.

### 1.2.4 Nepravá kýla

Nazýváme ji též průtrž. Nastává, když chybí pobřišnice – např. při úrazu.

### 1.2.5 Zevní kýla

Kýla je viditelná zvenčí. Vzniká, když je defekt ve stěně břišní, nejčastěji je diagnostikována kýla tříselná.

### 1.2.6 Vnitřní kýla

Kýla se nachází v dutině břišní, což je například brániční kýla.

## 1.3 Příznaky břišní kýly

Subjektivně značí kýlu bolest stupňující se po zapojení břišního lisu. Můžeme pozorovat vyklenutí, které se zvětšuje při zvětšení břišního tlaku, pohmatem lze vyšetřit hladký ohraničený útvar a v přítomnosti střevní kličky nacházíme bubínkový poklep. Volnou kýlu lze reponovat do dutiny břišní. Je-li branka i vak jsou dobře hmatné, diagnostika kýly nečiní obtíže (Ferko, Šubrt a Dědek, 2015, s. 318).

## 1.4 Diagnostika břišní kýly

Subjektivně – bolest stupňující se po zapojení břišního svalu, vyklenutí, poruchy střevní pasáže.

Objektivně – vyklenutí v predilekčním místě, pohmatem lze zjistit hladký ohraničený útvar. Diagnostické metody – ultrazvukové vyšetření, CT vyšetření. Fyzikální vyšetření – aspekce, palpance (Duda a kol., 2017, s. 1).

### 1.4.1 Aspekce

U tříselných kýl se zjišťuje asymetrie tříselných krajin, velikost kýlního vaku a varixy. Důležité je posouzení stavu kůže genitofemorální rýhy, kde se mohou vyskytovat mykózy a kožní impetigo, které mohou být možným zdrojem pooperačních zánětlivých komplikací (Duda a kol., 2017, s. 1).

Zpočátku pacient nemusí mít žádné subjektivní příznaky, nebo jsou příznaky minimální. Pacienta ve většině případů zavede k lékaři nález různě velkého vyklenutí v oblasti třísla. Další příznakem je tlak v tříselné oblasti, nemusí se objevit ale vždy. Ve většině případů se projeví po větší fyzické námaze, po delší chůzi. Postupně se kýlní vak zvětšuje při každém zvýšení nitrobřišního tlaku, jako například při kašli nebo zvednutí břemene. Postupem času dochází ke zvětšování kýly, rozšíření kýlní branky. Kýlní vak je objemnější a delší. Indikací k akutní operaci je podezření na uskřinutí, kdy pacient přichází k lékaři pro bolest a nemožnost repozice kýlního vaku, kterou si uměl sám provést – toto jsou časné příznaky uskřinutí kýly. Nález rezistence v třísele je objektivním příznakem (Duda a kol., 2017, s. 1).

Vyšetření se provádí vleže, vestoje nebo při kašli (Doležel, Vlček, Veverková, Jedlička a Jeřábek, 2009, s. 2).

#### 1.4.2 **Palpace**

Nejlépe pacienta vyšetřujeme vestoje, kdy se kýla více zvětší. Palpačním vyšetřením lékař posoudí velikost naplněného vaku, konzistence obsahu a bolestivost. Je vhodné vyšetřit obě tříselné krajiny. Pro lepší diagnostiku může lékař požádat pacienta, aby zakašlal – vnitřním tlakem v důsledku kašle se kýla lehce vyklene (Duda a kol., 2017, s. 1).

### 1.5 **Léčba kýly**

Pokud se nejedná o gravidní ženu, nemocného s extrémní obezitou, některými závažnými druhy vnitřních onemocnění nebo člověka s výrazně pokročilým zhoubným onemocněním, potom je chirurgická léčba kýly vždy indikována. U starších mužů s onemocněním prostaty vyžadující neodkladné operační řešení je vhodné operaci kýly provést až v následující době.

Operace se doporučuje i z toho důvodu, že právě malé počínající kýly se mohou spíše komplikovat náhlým uskřinutím. Jde o závažnou komplikaci, kdy se malou kýlní brankou do kýlního vaku dostane střešní klička, předstěra, slepé střevo apod. a následně dojde k „zaškrcení“ této tkáně. V takovém případě musí být operace provedena vždy, a to co nejdříve (nejlépe v rozsahu 6–8 hodin). Přes veškerou snahu chirurga často nelze zabránit nevratnému poškození uskřinutého orgánu, který je poté nutno při operaci odstranit. Operace je pro nemocného složitá, zbytečně zatěžující a výsledky nebývají tak dobré jako u kýl, které jsou operovány plánovaně a dle možnosti chirurgickým týmem, který se na tyto operace specializuje (Hoch a Leffler, 2011).

Konzervativní léčbou nazýváme spíše režimová opatření před operací: nezvedat těžká břemena, pečovat o pravidelnou a měkkou stolicí – příjem dostatku vlákniny a tekutin, preventivní užívání laxativ, kýlní pás, u kojenců a batolat náplast'ová fixace.

Konzervativní léčbu považujeme dnes za zcela obsolentní. Kýlní pás tuto diagnózu nevyřeší, často obtěžuje pacienta, zhoršuje hygienu v tříselné oblasti a pelota pásu v třísle dobře nedrží, potažmo měkké tkáně v okolí kýlní branky jsou trvalým tlakem peloty pásu chronicky ischemizovány a tím dále oslabovány. Stále platí, že jedinou správnou léčbou kýly je léčba operační. Kýla v dospělosti se nikdy sama nezhojí, naopak se kýlní vak

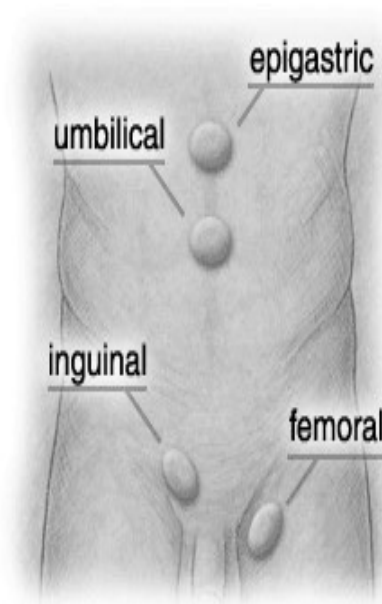


postupem času zvětšuje. Přitom platí, že malé kýly mají také menší výskyt recidivy, a to bez ohledu na použitou operační metodu (Doležel, Vlček, Veverková, Jedlička a Jeřábek, 2009; Duda a kol., 2017).

## 2 TYPY BŘIŠNÍCH KÝL

V odborné literatuře se kýly dělí na epigastrické, umbilikální, tříselné (Hope, Cobb a Adrales, 2017).

Na obrázku jsou znázorněny jednotlivé typy břišních kýl



Obrázek 1 Typy břišních kýl (Campanelli, 2018)

### 2.1 Ventrální kýla

Kýla přední stěny břišní s typicky projevujícím se vyklenutím kůže, v důsledku defektu břišní fascie.

### 2.2 Epigastrická kýla

Jedná se většinou o preperitoneální lipom. Vyskytuje se častěji u mužů, většinou jsou malé, ale poměrně bolestivé – neúměrně své velikosti, dochází často k inkarceraci preperitoneálního tuku.

Terapie: standardní plastika prostou suturou, implantace sítěky (Campanelli, 2018; Zeman, Krška a kol., 2011).

### 2.3 Pupeční kýla

Velká část případů pupeční kýly je doménou dětského věku. Jejím podkladem je zeslabení pupeční jizvy, které může být navíc alterováno infekcí. Stěna pupku je pak tvořena amniem (amniovým váčkem). Fyziologická pupeční hernie se sice ve správné době zreponuje, mezi rozvolněnými snopci pupečního vaziva se však po podvázání pupečníku do podkoží znovu vyklene kýlní vak. Kýla se vydouvá během námahy, křiku a kašle (Šedý, 2007, s. 45–46).

Terapie: převážně konvenční operace bez implantace sít'ky i s implantací sít'ky.

### 2.4 Incisionální kýla

Zaujímá až 20 % veškerých ventrálních kýl, 2krát častěji se vyskytuje u žen. Nejčastěji jako důsledek laparotomie, ale může vzniknout i v jizvě po laparoskopickém trokaru. Poměrně rychle se zvětšuje a může způsobit až dýchací obtíže, navíc v kýlním vaku dochází k porušení struktury orgánů a jejich reparace bývá velmi obtížná, takže navrácení orgánu do dutiny břišní může vést ke kompartment syndromu (Hope, Cobb a Adrales, 2017).

Terapie: dnes spíše již výjimečně klasická operační plastika bez nutnosti implantace sít'ky, ale s použitím dlouhodobě vstřebatelného šicího materiálu, alloplastika – dosud zlatý standard v léčbě břišní kýly (Campanelli, 2018; Zeman, Krška a kol. 2011).

### 2.5 Tříselná kýla

Tříselná kýla je nejčastější, a proto také nejznámější hernií vůbec. Podkladem vzniku tříselné kýly je nedostatečnost břišní stěny v místě šikmo probíhajícího tříselného kanálu – canalis inguinalis, uloženého kraniálně od tříselného vaziva – ligamentum inguinale. Zmíněná část je nazývána tříselnou krajinou a považuje se za součást hypogastria (Šedý, 2007, s. 54).

Podle anatomického vztahu k dolnímu epigastrickému cévnímu svazku dělíme kýlu na přímou a nepřímou.

Přímá kýla prochází v místě Haselbachova trojúhelníku do vnějšího kruhu mediálně od cévního svazku. Nepřímá prochází do vnějšího kruhu cestou anulus inguinalis profundus zevně od daného cévního svazku – nejedná se o „díru“ v transversální fascii, ale fascie přechází na semenný provaz a následně do skrota (Hope, Cobb a Adrales, 2017).

### 2.5.1 Skrotální kýla

Tříselná kýla, která se u mužů, vlivem ochablé břišní stěny rozšíří až do oblasti šourku.

### 2.5.2 Labiální kýla

Tříselná kýla u žen, která v místě oslabení břišní stěny vstoupí až do podkoží labia.

Tříselná kýla je nejčastějším druhem kýly (až 80 %), postihuje 5 % populace a v absolutní většině muže, a to v poměru 25 : 1 (muž – žena). Častěji se vyskytuje nepřímá kýla a o něco častěji na pravé straně, což je dané opožděním atrofie processus vaginalis peritonei na pravé straně (Hope, Cobb a Adrales, 2017).

Terapie: klasická konvenční operace tzv. napět'ové – bez sítěky, beznapět'ové – se sítěkou (op. Lichtenstein), laparoskopická operace (TAPP, TEP) – vždy s implantací sítěky (Campanelli, 2018; Zeman, Krška a kol., 2011).

## 2.6 Vnitřní kýla

Mezi vnitřní kýly patří např. hiátová hernie, která obsahuje vždy pouze žaludek, který je vysunut kraniálně do hrudníku přes hiátus. Její nebezpečí spočívá v tom, že není vidět, jak je tomu u ostatních druhů kýl. Dále zde patří vzácné kýly v recesech peritonea dutiny břišní.

Terapie: napět'ová i beznapět'ová, laparoskopická i konvenční operace (Šedý, 2007, s. 38).

## 2.7 Traumatická kýla

Traumatická hernie se obvykle projevuje jako přímý následek tupého poranění břicha, při kterém dochází k poškození pevnosti útvarů břišní stěny (Šedý, 2007, s. 98–99). Nejčastěji vyskytované traumatické kýly: brániční a bederní. Terapie: dle lokalizace kýly může být napět'ová a beznapět'ová.

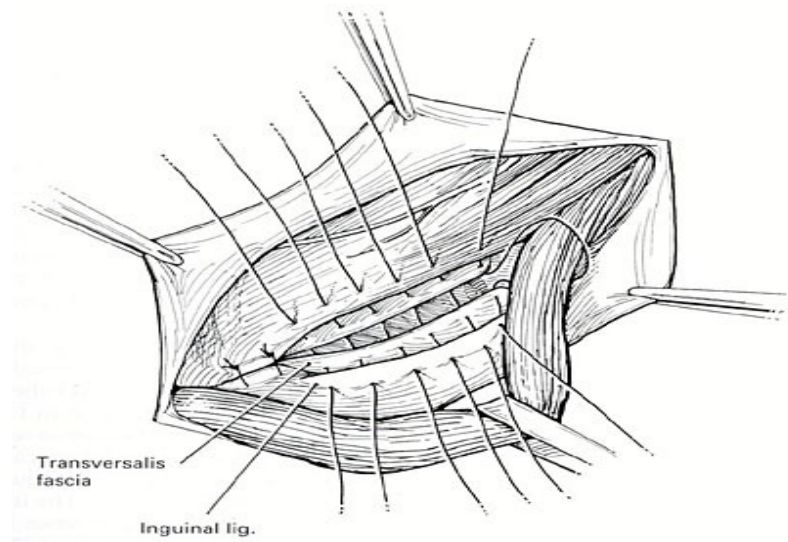
## 2.8 Typy kýlních operací

Břišní kýly lze operovat konvenční i laparoskopickou technikou. Mezi nové metody se řadí i kombinace laparoskopie a otevřené operace (operační technika MILOS).

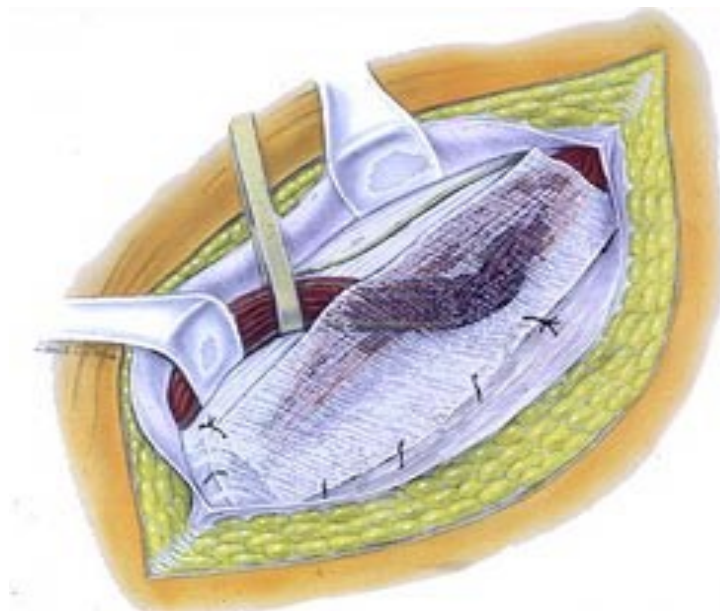
### 2.8.1 Konvenční operace břišní kýly

Konvenční operace je preferována u dětí, u pacientů po rozsáhlých operacích v dolní etáži břicha a u opakovaných recidivách břišní kýly. Konvenční operace je výhodnější

u rozsáhlejších, špatně reponibilních kýl. Snižuje se tak riziko rozsáhlých hematomů, zvláště u pacientů s koagulopatií. Konvenční operace je také často volena u pacientů s velkým rizikem celkové anestezie (ASA III a výše), kdy je poté volena anestezie spinální a epidurální (Hoch a Leffler, 2011).



Obrázek 2 Napěťová operace tříselné kýly (Campanelli, 2018)



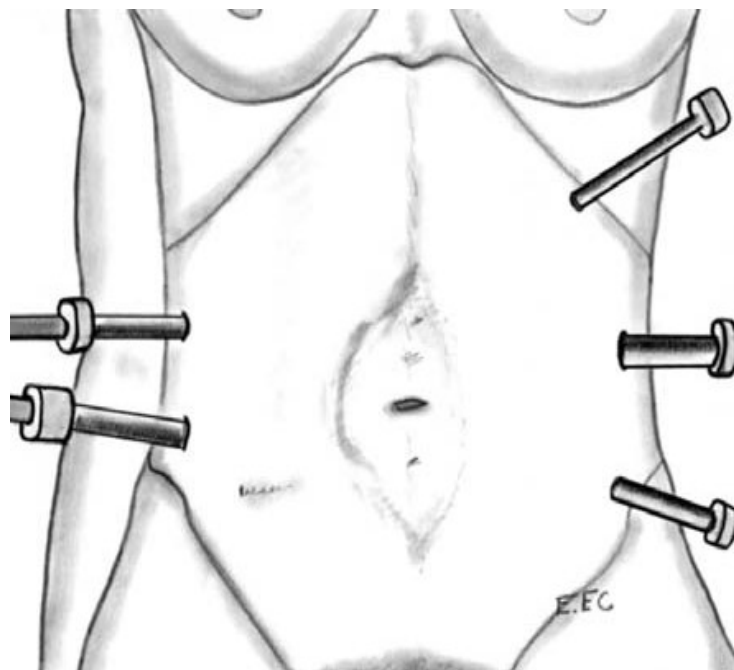
Obrázek 3 Beznapěťová operace tříselné kýly (Campanelli, 2018).

### 2.8.2 Laparoskopické operace břišní kýly

Touto metodou lze operovat prakticky jakýkoli typ kýly, kdy volíme z několika pracovních postupů. Obecně: na začátku operace je dutina břišní naplněna CO<sub>2</sub> (oxidem uhličitým),

tím dojde k získání potřebného prostoru a přehledu v dutině břišní. Pod kontrolou kamery jsou do dutiny břišní zavedeny další dva nebo tři pracovní porty, kterými se zavádějí vlastní nástroje obdobné klasickým. Tedy nůžky, jehelce, pinzety, ale v podstatně menším a delším provedení. Kýlní vak je odpreparován od okolních struktur a defekt ve stěně břišní je překryt sítíkou ze speciálního materiálu. Tato se ke stěně břišní fixuje vruty, tkáňovým lepidlem, stehy a pak je opět překryta pobřišnicí (Novitsky, 2016; Zeman, Krška a kol., 2011).

Laparoskopická operace je výhodná u oboustranných tříselných kýl, u recidivujících kýl a u některých typů velkých břišních kýl v jizvách po operaci. Zásadní profit přináší tento způsob operace v řešení bráničních kýl a refluxní nemoci jícnu. Výhodou při laparoskopické operaci je, že lze přehlédnout a zkontrolovat i jiné orgány dutiny břišní, pooperační průběh bývá méně bolestivý, nemocní jsou schopni jít domů často již druhý nebo třetí den po operaci, ranky dlouhé 5–12 mm se hojí většinou bez komplikací. Toto přispívá k rychlejší rekonvalescenci. Navíc u žen nelze opomenout i příznivý kosmetický efekt. U některých typů zaměstnání (např. kancelářská činnost) lze předpokládat i rychlejší návrat do pracovního procesu do sedmi až deseti dnů. Pokud jsou pacienti operováni ve specializovaných kýlních centrech, je prokázáno, že procento výskytu recidiv (znovuvytvoření kýly) je výrazně nižší (Novitsky, 2016; Zeman, Krška a kol., 2011).



Obrázek 4 Umístění laparoskopických portů (Campanelli, 2018)

## 2.9 Operační techniky břišních kýl

### 2.9.1 Konvenční operace

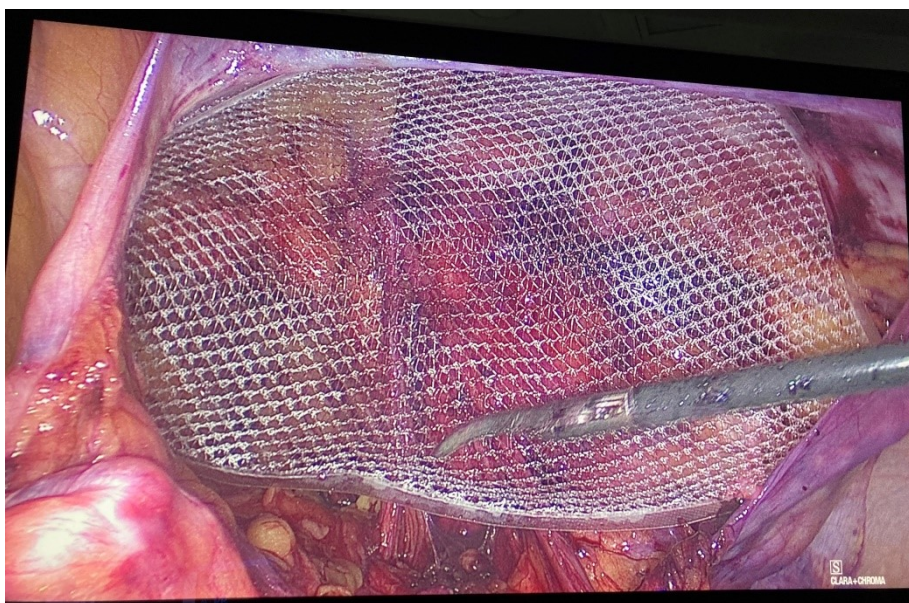
Napěťové operace – Bassiho plastika, Shouldice plastika, McVay plastika, Mayo plastika (Novitsky, 2016).

Beznapěťové operace – Lichtensteinova plastika, Sublay, Patch, Onlay plastika (Novitsky, 2016; Zeman, Krška a kol., 2011).

### 2.9.2 Laparoskopické operace

Vždy s implantací kýlní sítě – TAPP, TEP, IPOM, MILOS (Campanelli, 2018; Zeman, Krška a kol., 2011).

Snímek zachycuje laparoskopickou operaci – TAPP s implantací sítě.



Obrázek 5 Implantace kýlní sítě při laparoskopické operaci (vlastní zdroj)

## 2.10 Komplikace břišních kýl

### 2.10.1 Uskřinutí kýly

Uskřinutí je hlavní komplikací při konzervativní léčbě. Konzervativní léčba kýly je volena u pacienta, který odmítá operaci, u rizikových pacientů, kdy přidružená onemocnění znemožňují operační výkon, u nadměrně obézních pacientů, kde je doporučeno snížení hmotnosti před výkonem a v současné době dochází k vynucenému odkladu elektivní operativy z důvodů pandemie COVID-19.

Jedná se o uskřinutí obsahu kýly v kýlní brance, uskřinutí kýly řadíme mezi náhlé příhody břišní.

Typy uskřinutí:

- elastické – jednorázové roztažení břicha;
- sterkorální – střevní obsah v kýlním vaku.

Příznaky:

- kůže napjatá otokem, bolesti, zarudnutí (temná fialová barva), zvracení;
- kolikovitě bolesti břicha, zástava odchodu plynů a stolice, nauzea,
- vzedmuté břicho, následně až známky strangulace a difúzní peritonitida.

Diagnostika: anamnéza, fyzikální vyšetření, RTG břicha, sonografie, CT dutiny břišní

Terapie: pokus o šetrnou repozici, pokud je kýla nereponibilní, vždy se přistupuje se k neodkladnému chirurgickému řešení. Zde platí pravidlo zkušených chirurgů „*nad uskřinutou kýlou by nemělo zapadnout slunce*“ (Hoch a Leffler, 2011; Zeman, Krška a kol., 2011).

### 2.10.2 Pooperační komplikace

Mezi pooperační komplikace řadíme bezprostřední infekce, hematomy, seromy, poranění orgánů dutiny břišní (např. střeva, močového měchýře), pooperační močová retence, infekce, migrace síťky, poruchy výživy varlete, poranění struktur funikulu u tříselných kýl, poranění cév a orgánů při zavádění operačních portů, pooperační vznik adhezí se střevní neprůchodností nebo i nově vzniklá kýla v samotné jizvě (Doležel, Vlček, Veverková, Jedlička a Jeřábek, 2009, s. 3).



### 3 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE PŘI LÉČBĚ BŘIŠNÍCH KÝL

Mezi ošetrovatelskou péčí v rámci operativy břišních kýl řadíme předoperační přípravu a pooperační péči.

#### 3.1 Předoperační příprava

Je nutné provést důkladné předoperační vyšetření. Předoperační vyšetření před plánovanou operací provádí praktický lékař, před akutní operací službu konající lékař ve spolupráci s anesteziologem, internistou, radiologem. Předoperační přípravu dále dělíme na krátkodobou a bezprostřední.

Podle předoperačního rizika anesteziologický lékař rozhodne, jaký typ anestezie pro pacienta zvolí. Jestliže není pacient schopen celkové anestezie, volí se operace v epidurální nebo lokální anestezii (Doležel, Vlček, Veverková, Jedlička a Jeřábek, 2009, s. 3).

##### 3.1.1 Krátkodobá příprava

Jedná se o dobu, kdy je pacient přijatý k hospitalizaci, a to 24 hodin před operačním výkonem. Pacient je přijat na oddělení, lékař zkontroluje výsledky předoperačního vyšetření, které nesmí být starší než 14 dní, potom provede celkové vyšetření pacienta, zkontroluje lokální nález, informuje pacienta o průběhu operace a pooperačních komplikacích, na základě těchto informací poté pacient podepíše informovaný souhlas s operací (viz Příloha P V a P IV).

Všeobecná sestra sepíše s pacientem ošetrovatelskou dokumentaci, uloží ho na pokoj, edukuje pacienta, že nesmí od půlnoci jíst ani pít a kouřit. Dále anesteziolog pacientovi naordinuje premedikaci. V krátkodobé přípravě proběhne i edukace pacienta o pooperačním režimu (Juřeníková a kol., 1999, s. 13).

##### 3.1.2 Bezprostřední příprava

Jedná se o den samotné operace asi 2 hodiny před operací. Je nutné pacienta uklidnit, zajistit klid. U pacienta se provede celková hygiena, nesmí mít žádné šperky, nutné je odlakování nehtů, vyjmutá zubní protéza, kontrola a oholení operačního pole, bandáž DKK, změření fyziologických funkcí a kontrola lačnění. Před podáním premedikace spontánní vyprázdnění močového měchýře. Podání premedikace 30–60 minut před výkonem, po podání premedikace nesmí pacient vstávat z lůžka (Juřeníková a kol., 1999, s. 17).

### 3.2 Perioperační péče

V rámci perioperační péče je velmi důležitý tzv. check-list pacienta. Perioperační sestra před úvodem do anestezie (velmi důležité) provede check-list: zeptá se pacienta na jméno, příjmení, rok narození (kontrola společně s bezpečnostním náramkem pacienta), zjistí případné alergie a kontroluje pečlivě, zda je fixou označena operovaná strana, vše kontroluje společně s dokumentací pacienta a než začne operatér připravovat operační pole, tak pečlivě hlásí operatérovi jméno a příjmení pacienta, alergie, aplikované ATB jako profylaxe, jaký výkon, která strana (v případě kýly) má být operována, zda je označená a zaznamenaná v dokumentaci.

### 3.3 Pooperační péče

Po skončení operace je pacient převezen na dospávací pokoj, kde je pod neustálým dohledem zdravotnického personálu, monitorují se fyziologické funkce, stav kůže, operační rána, vyvedené drény, bolest, močení, nauzea. V případě nekomplikovaného pooperačního průběhu, je po dvou hodinách pacient převezen na standardní oddělení, kde nadále probíhá monitoring fyziologických funkcí, bolesti, kontrola operačních ran, proběhne pooperační edukace pacienta (Juřeníková a kol., 1999, s. 21).

## 4 PANDEMIE COVID-19

V roce 2019 byla v Číně popsána série náhle vzniklých pneumonií neurčitého původu. Za oficiální prohlášení se zatím považuje skutečnost ze dne 31. prosince 2019 z oblasti Wu-chanu, kde byl nahlášen výskyt několika případů vzniku pneumonií s nejasnou příčinou původu (Hubáček a kol., 2020).

### 4.1 Definice

COVID-19 je vysoce infekční onemocnění, které je způsobeno novým typem koronaviru SARS-CoV-2. Jedná se o virus přenesený kontaktem člověka s nakaženým hostitelem několika typů koronavirů. Onemocnění se přenáší přímým přenosem kapénkami. Virus je poměrně životaschopný a je schopen ve vzduchu přežít až tři hodiny, na povrchu až 24 hodin. COVID-19 způsobuje nejen postižení plic a dechového ústrojí, ale může výrazně ohrozit i funkci jiných tělesných orgánů a následně zanechat i chronické následky (Hubáček a kol., 2020).

### 4.2 Organizace práce při pandemii COVID-19

Zhoršující se epidemická situace v České republice zapříčinila omezení elektivní péče, a to z důvodu přetížení zdravotnických zařízení pacienty s onemocněním COVID-19.

Opatření v souvislosti s pandemií mělo výrazný dopad na běžný chod nemocnic. Neurgentní a nenádorové operační výkony na centrálních operačních sálech byly pozastaveny z důvodu přerozdělení perioperačních sester, anesteziologů, chirurgů na JIP jednotky pro pacienty s COVID-19. Bylo potřeba z operačních sálů uvolnit i přenosné plicní ventilátory (Simone, 2020).

Došlo k restrukturalizaci oddělení jednotlivých zdravotnických zařízení, zároveň bylo nutné přesunutí ošetřujícího personálu na covidové jednotky (Medical Tribune, online, 2021).

#### 4.2.1 Provoz operačních sálů Nemocnice Prostějov v době pandemie COVID-19

V rámci nařízení ministerstva zdravotnictví byla prvotně omezena, posléze plně zastavena elektivní operativní chirurgického, ortopedického, gynekologického a ORL oddělení. Prováděla se pouze operativní onkologických diagnóz a neodkladné výkony. Polovina personálu byla přesunuta na covidové jednotky a odběrové stany. Personál na pracovišti

byl zajištěn jen na akutní provoz tří operačních sálů. V běžném režimu je plně funkčních šest operačních sálů. Část personálu sloužila 24hodinové služby a operační sály byly mnohdy využity 24 hodin (Nemocnice Agel Prostějov, online, 2022).

#### **4.2.2 Ochrana GDPR**

Právo na ochranu soukromí prostupuje veškerým poskytováním zdravotních služeb (Těšinová, 2019, s. 33).

Jeho součástí je právo na ochranu osobních údajů pacienta. Mimo ústavní úrovně je vyjádřeno v institutu povinné mlčenlivosti, v pravidlech pro nakládání se zdravotnickou dokumentací a pro poskytování informací o zdravotním stavu pacienta (Zoláková, 2017).

V Nemocnici Prostějov je plně dodržována ochrana GDPR s ohledem na pacienta a jeho soukromí. Při zpracovávání bakalářské práce bylo dodržováno veškeré ustanovené nařízení o ochraně GDPR (viz Příloha P III – Žádost o umožnění k přístupu k informacím).

## **II. PRAKTICKÁ ČÁST**

## **5 CÍL BAKALÁŘSKÉ PRÁCE, METODIKA A POUŽITÉ METODY**

### **5.1 Cíl bakalářské práce**

Hlavním cílem je zjistit, popsat a analyzovat důsledky odkladu elektivní operativy břišních kýl na zdraví pacientů a pro poskytovatele zdravotní péče (zejména finanční).

Dílčí cíle:

Cíl 1: Zjistit, popsat a analyzovat negativní faktory, které měly vliv na odklad plánované operace.

Cíl 2: Zjistit, popsat a analyzovat zdravotní komplikace u vybraných participantů související s odkladem elektivní operace břišní kýly.

Cíl 3: Srovnat průměrnou délku hospitalizace u plánovaného výkonu versus u akutní operace břišní (incisionální a skrotální) kýly.

Cíl 4: Zjistit reálné finanční náklady (dle DRG systému) vynaložené na léčbu u jednotlivých participantů a tyto mezi sebou porovnat.

### **5.2 Metodika výzkumu**

Kvalitativní výzkum byl proveden designem kazuistiky u čtyř participantů, s indikací k plánované operaci břišní kýly, u kterých byla operace v době pandemie COVID-19 odložena. Šlo o tři muže a jednu ženu ve věkovém rozmezí od 49–79 let. U těchto participantů došlo vzhledem k náhle vzniklým potížím k neodkladné či akutní operaci. Klinická kazuistika nabízí možnost sdílet zkušenosti z klinického prostředí v podobě zajímavých, ojedinělých a atypických případů (Chrastina, 2019).

Ke sběru dat byly použity záznamy z rozhovorů vedených s ošetřujícími lékaři a samotnými pacienty, záznamové archy z pozorování včetně pořizování snímků z operace, dále pak záznamy ze zdravotnické dokumentace participantů – ambulantní záznam pacientů z Centra pro léčbu kýl Nemocnice Prostějov, chorobopisy, ordinační listy, operační protokoly.

### **5.3 Charakteristika participantů výzkumu**

Participant vybraní pro tento účel výzkumu museli splňovat tato kritéria:

- pacienti s diagnózou břišní kýla;

- pacienti dispenzarizovaní v Centru pro řešení kýl Nemocnice Prostějov;
- pacienti, u kterých došlo k odkladu plánované operace;
- pacienti, kteří byli akutně hospitalizováni v Nemocnici Prostějov v době od 1. ledna 2021 do 31. ledna 2022;
- na věku ani pohlaví participantů nezáleželo.

Participantům byla odložena plánovaná operace z důvodů restrikcí spojených s pandemií COVID-19 a nařízení Ministerstva zdravotnictví, kdy došlo k omezení a úplnému přerušení elektivní operativy. Na základě těchto událostí byl participantům termín plánované operace odložen na neurčito. Sběr dat začal ve chvíli, kdy byli participanté přijati do zdravotnického zařízení pro akutní řešení vzniklých komplikací.

#### 5.4 Organizace sběru dat

S povolením primáře operačních sálů a vrchní sestry byl proveden kvalitativní výzkum designem kazuistik u neodkladně operovaných pacientů s diagnózou břišní kýla. Samotný sběr dat pro tvorbu kazuistiky byl proveden autorkou bakalářské práce – perioperační sestrou, která byla přítomna při neodkladných operacích a následně dále sledovala pooperační průběh daných participantů.

Tabulka 1 Seznam participantů

Participanté (pacienti – P)	Sociodemografické údaje	Diagnóza	Důvod přijetí
P1	Muž, JH, 79 let, starobní důchodce	Skrotální kýla	Náhle vzniklé bolesti břicha, objemné skrotum s defektem
P2	Žena, MM, 76 let, starobní důchodkyně	Ventrální incisionální kýla	Bolesti břicha, píštěl vzniklá v oblasti ventrální kýly
P3	Muž, ZD, 69 let, starobní důchodce	Inkarcerovaná ventrální kýla	Bolesti břicha, ileózní stav
P4	Muž, JH, 49 let, zámečnick	Skrotální kýla	Bolesti skrotální kýly, diagnostikovaný vstup ureteru do kýlní branky

## 6 KAZUISTIKY PARTICIPANTŮ

### 6.1 Kazuistika č. 1

Participant P1 – pacient JH (muž 79 let) byl od roku 2019 dispenzarizován v Centru pro řešení kýl Nemocnice Prostějov s diagnózou *skrotální kýla vpravo*. Při poslední kontrole v říjnu 2020 byl po domluvě s pacientem stanoven termín k plánovanému operačnímu řešení na leden 2021. Pacient byl poučen o dodržování léčebného režimu v podobě omezení fyzické námahy, zvedání těžkých břemen. Z plánované operace sešlo z důvodů zhoršující se pandemie COVID-19 a rizika náhle vzniklé zátěže nemocnic byla omezována elektivní chirurgická operativa.

#### Nynější onemocnění

Participant P1 (dále jen pacient JH) byl v červenci 2021 přivezen převozní sanitou na akutní příjem chirurgické ambulance na doporučení praktického lékaře k chirurgickému vyšetření pro vzniklé bolesti břicha, otok, zarudnutí skrota a palpační bolestivost skrota. Pacient JH byl po chirurgickém vyšetření lékařem přijat na standardní chirurgické oddělení k urgentní operační revizi skrota a tříselné kýly vpravo.

#### Klinický obraz

Bolesti břicha trvající 2 dny v oblasti pravého třísla, palpační bolestivost, zarudnutí a otok objemného skrota s rozsáhlou hnilobně zapáchající nekrózou na skrotu o velikosti 5 x 2 cm.

**Provedená vyšetření:** Sonografické a CT vyšetření:

- hydrokéla vpravo, ve skrotu;
- herniace střevních kliček, varlata intaktní;
- RTG srdce a plíce: nález v mezích normy;
- Laboratorní vyšetření: biochemický screening, krevní obraz;
- koagulační vyšetření (APTT, QUICK).

Patologické laboratorní hodnoty při přijetí: CRP – 293 mg/l /ref. hodnota méně než 5mg/l/, GLYKEMIE – 17,8 mmol/l /ref. hodnota 3,35–6,1 mmol/, UREA – 20,0 umol/l /ref. hodnota 1,7–8,3 mmol/l/, KREATININ – 146 umol/l /ref. hodnota 64104 umol/l/, LEUKOCYTY – 17,37 10<sup>9</sup>/l /ref. hodnota 4–10 mil/l/.



**Anamnéza**

Pacient JH plně mobilní, orientovaný, spolupracuje s personálem.

Tabulka 2 Participant P1 – anamnéza

Osobní anamnéza	Hypertenzní nemoc na terapii, Diabetes mellitus II. typu na dietě, ICHS Dispensarizace v Centru pro řešení kýl od roku 2019 – termín plánované operace stanoven na březen 2021 – následně odložen na neurčito. Fumátor – pět cigaret denně
Alergická anamnéza	Alergii neudává
Rodinná anamnéza	Matka zemřela v 76 letech na IM, otec zemřel v 89 letech
Farmakologická anamnéza	Digoxin 0.125 mg tbl. p.o. 1 – 0 – 0 (antiarytmikum) Verospiron 25 mg. tbl. p.o. 0 – 0 – 1 (diuretikum) Siofor 500 mg p.o. 1 – 1 – 1 (antidiabetikum)
Sociální anamnéza	Bydlí doma sám, syn bydlí mimo okres Prostějov, pacient neví přesně kde
Infektologická anamnéza	Očkován proti COVID-19 dvěma dávkami – 2. dávka 6/2021 Proveden antigenní test – negativní

**Fyzikální vyšetření**

Tabulka 3 Participant P1 – fyzikální vyšetření

HLAVA	pokleповě nebolestivá, zornice izokorické, sklery anikterické, jazyk plazí středem, nepovleklý
KRK	pulsace karotid symetrická, náplň žil neztvětšena
HRUDNÍK	fyzilogicky vyklenutý, srdce pravidelná akce, plíce sklípkové dýchání
BŘICHO	v niveu dýchá v celém rozsahu, měkké, hůře prohmatné, bolestivé, poklep diferencovaný, bolestivé, peristaltika normokinetická, bez známek odporu; patrná herniace tříselné kýly vpravo do skrota
HKK	fyzilogický nález
DKK	bez otoků, varixů, pulzace hmatné do periferie

Tabulka 4 Participant P1

Hmotnost	63 kg
Výška	176 cm
BMI	20,34 – normální váha
Dechová frekvence	14 / min.
Saturace	95 %
TK	105/70
Puls	140

### Závěr fyzikálního vyšetření

Výrazný otok a zarudnutí skrota, nekróza na skrotu o velikosti 5 x 2 cm, hnilobně zapáchající, fluktuující. V pravém tříslu patrná herniace tříselné kýly do skrota.

### Katamnéza

Po uložení pacienta na lůžko provedeno dle ordinace lékaře interní a anesteziologické konzilium a pacient indikován k akutní chirurgické operační revizi pravého třísla a skrota v celkové anestezii. Slova ošetřujícího lékaře „*zanedbaná kýla, nevyšetřitelné břicho i skrotum, bůh ví, co nás čeká, taky to může být pořádný průšvih*“. Informovaný souhlas s anestezií a operačním výkonem pacientem JH podepsán.

U pacienta JH byla zahájena bezprostřední předoperační příprava – hygiena, příprava operačního pole, prevence TEN (bandáž DK elastickým obinadlem), podána premedikace dle ordinace anesteziologa a pacient urgentně převezen na operační sál.

Po přijetí pacienta JH na operační sál provedena bezpečnostní procedura prevence záměny pacienta, výkonu a strany, po úvodu do anestezie bylo přistoupeno k zavedení PMK za aseptických kautel a posléze dezinfekci a zarouškování operačního pole.

### Popis operačního výkonu

Operační revize zahájena laparoskopickým přístupem s diagnostickým záměrem a pokusu o repozici kýly laparoskopem, která byla neúspěšná, proto se přistoupeno ke konverzi, provedena incize nad pravým tříslu a následným proniknutím přes silný objemný vak do dutiny břišní. Obsahem velmi objemného kýlního vaku bylo cékum s infiltrátem.

Při resekci kýlního vaku došlo „*k iatrogennímu poranění močového měchýře*“, následně byla provedena okamžitá sutura močového měchýře, dále provedena cekální staplerová resekce, orchiektomie l. dx. a necrektomie kůže skrota a obalů skrota. Na závěr operace

vložen drén do skrota přes tříslu, provedena řídká sutura incize v tříslu, do skrota vložena tamponáda s Betadinovým roztokem, preparát céka a varlete odeslán k patologickému vyšetření.

### **Pooperační péče**

Po ukončení operačního výkonu pacient převezen na JIP chirurgických oborů Nemocnice Prostějov, oběhově nestabilní, na UPV, s velmi nejistou prognózou, stav pacienta byl vyhodnocen jako „*kritický*“.

U pacienta JH byly provedeny tyto ošetrovatelské činnosti: monitoring FF, péče o operační rány, CŽK, PMK a drény. Operátorem indikován převaz skrota na operačním sále v analgosedaci 2. pooperační den.

Medikace na JIP: Cefotaxim (ATB), Tazocin (ATB), Fraxiparine (antikoagulancium) Furorese (diuretikum), Controloc (inhibitor protonové pumpy), Isolyte (krystaloidní roztok).

Převazy operační rány a skrota v analgosedaci na operačním sále.

Třetí pooperační den – převaz v analgosedaci na operačním sále, nekrektomie, laváž, snesení nektróz.

Šestý pooperační den v analgosedaci na operačním sále na operační ránu v tříslu a skrotum přiložen VAC systém.

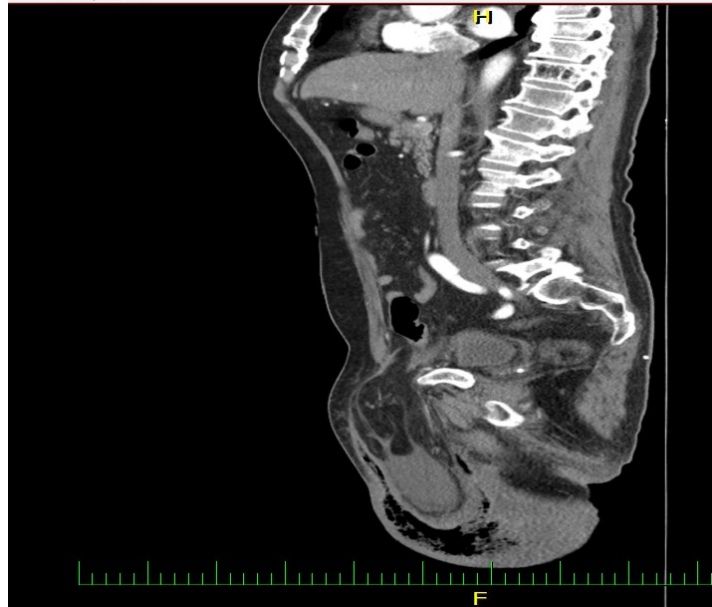
Patnáctý pooperační den ve stabilizovaném stavu – TK110/80, P 90, glykemie 10,5 mmol/l, přeložen s veškerou zdravotní dokumentací na standardní chirurgické oddělení Nemocnice Prostějov, pro nedostatek akutních lůžek na chirurgii pacient JH 20. pooperační den s propouštěcí zprávou přeložen na LDN oddělení Nemocnice Prostějov. V průběhu hospitalizace (od 20.–35. pooperační den) na LDN Nemocnice Prostějov se u pacienta JH rozvinul imobilizační syndrom, snížený deficit sebeděže, zvýšené riziko dekubitů a riziko malnutrice.

35. pooperační den pacient zemřel na LDN oddělení Nemocnice Prostějov.

### 6.1.1 Analýza dat, interpretace a sdělení výzkumu u participanta P1

#### CT vyšetření participanta P1 v den přijetí.

CT snímek zobrazující objemné skrotum, do něhož zasahuje skrotální hernie i báze céka.



Obrázek 6 CT snímek participanta P1 (vlastní zdroj)

Na snímku je zobrazeno objemné skrotum s nekrózami a provedený operační řez v pravém třísele v celkové anestezii.



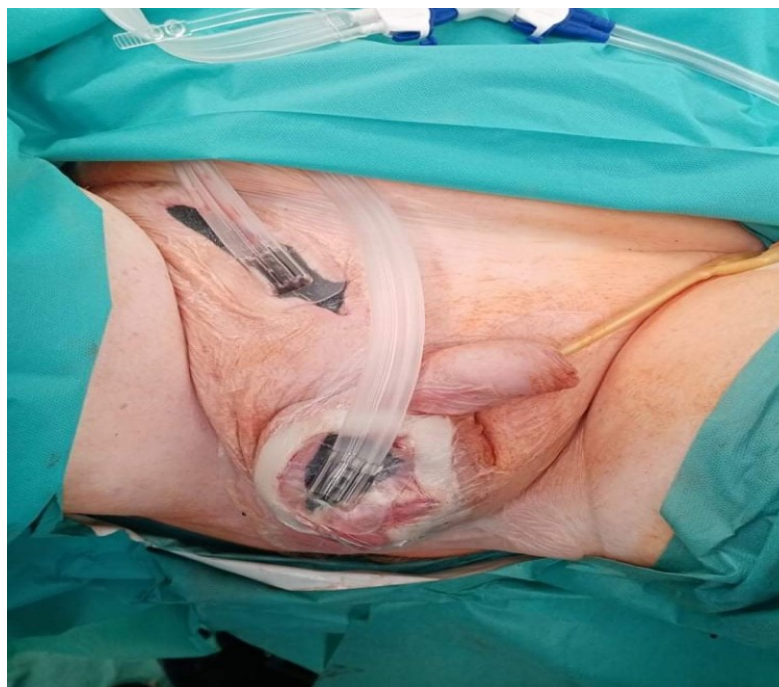
Obrázek 7 Operační revize participanta P1 (vlastní zdroj)

Snímek zobrazuje převaz na operačním sále, defekt skrota – rána povleklá o velikosti 10 x 5 cm, fluktuující, okraje rány nekrotické.



Obrázek 8 Přebaz na operačním sále – participant 1 (vlastní zdroj)

Snímek zobrazuje přiložení VAC systému v analgosedaci na operačním sále na skrotum a operační ránu v pravém třísele.



Obrázek 9 Přiložení VAC systému u participanta P1 (vlastní zdroj)

### Diskuze a závěr

Pacient JH zemřel v důsledku rozvinutého septického stavu, celkového vyčerpání organismu a rozvinutí imobilizačního syndromu. Otázkou zůstává, zda by došlo k rozvinu septického stavu a celkovému multiorgánovému selhání, kdyby byl pacient operován v plánovaném termínu, kdyby mohl být operován po důkladné předoperační přípravě a plném komfortu intenzivní péče.

Jak sám pacient JH řekl: „*Kdybych se tak dlouho nerozmýšlel, už jsem mohl být po operaci, a ne se teď tak trápit.*“

### Posouzení lékaře

Slova ošetřujícího lékaře: „*Diagnostikovanou břišní kýlu bez operačního řešení nevyléčíme, odklad elektivní operace může mít pro pacienta i fatální následky. Akutní operace sebou nese rozvoj septického šoku u pacienta, vysoké riziko infekce, velkou zátěž pro organismus a celkový stav pacienta.*“

### Negativní faktory, které ovlivnily odklad plánované operace u participanta P1

1. Strach pacienta JH z operace;
2. Vysoký věk (79 let) a přidružené onemocnění pacienta JH – hypertenze, diabetes II. typu, ICHS;
3. Odklad plánované operace z důvodu pandemie COVID-19 o devět měsíců.

## 6.2 Kazuistika č. 2

Participantka P2 – pacientka MM (žena 76 let) od roku 2020 v péči Centra pro řešení kýly Nemocnice Prostějov, kde byla indikována k operaci pro diagnózu **recidivující ventrální kýla** (v roce 1991 operace umbilikální kýly ve FN Olomouc). Termín k plánované operaci stanoven na únor 2021. Z plánované operace sešlo vlivem opatření v důsledku zhoršující se situace s pandemií COVID-19 a nařízení vlády ČR, kdy došlo ke zrušení elektivní operativy. Pacientce MM byl zrušen termín plánovaného výkonu a odložen na neurčito.

### Nynější onemocnění

Pacientka MM přišla v srpnu 2021 v doprovodu manžela na akutní chirurgickou ambulanci (na doporučení praktického lékaře) k ošetření drobné fluktuující píštěle v oblasti ventrální kýly. Pacientka MM po vyšetření lékařem přijata na standardní chirurgické oddělení Nemocnice Prostějov k subakutní operaci ventrální incisionální kýly s píštělí. Převaz píštěle za aseptických podmínek a překryta sterilním krytím s Octeniseptem.

**Klinický obraz**

Mírná palpační bolestivost v oblasti ventrální kýly, v oblasti ventrální kýly drobná píštěl povrchově o velikosti 2 mm, při vyšetření sondou do hloubky zjištěn kanál píštěle o velikosti až 9 cm. Z píštěle vytéká zkalená tekutina bez zápachu a příměsi hnisu. Množství zkalené tekutiny cca 4 ml.

**Provedená vyšetření**

- Sonografie a CT břicha s kontrastem – hernia ventralis;
- RTG srdce a plíce: bez známek patologie;
- Laboratorní vyšetření: biochemický screening, krevní obraz, koagulační vyšetření (APTT, QUICK).

Patologické hodnoty laboratorního vyšetření: Leukocyty  $14,5 \cdot 10^9/l$  / ref. hodnota 1,7–8,3 mmol/l/

Interní vyšetření a anesteziologické vyšetření – pacientka MM schopna výkonu v celkové anestezii.

**Anamnéza**

Pacientka MM plně mobilní, orientována, při vyšetření spolupracuje.

Tabulka 5 Participant 2 – anamnéza

Osobní anamnéza	Hypertenze 1991 operace hiátová hernie FN OL 1992 operace umbilikální kýly FN OL 2002 reoperace umbilikální kýly FN OL Dispenzarizována v Centru pro řešení kýl od roku 2020 – termín plánované operace břišní kýly 4/2021
Alergická anamnéza	Algifen, Novalgin
Rodinná anamnéza	Otec zemřel na IM v 83 letech, matka zemřela na CMP v 80 letech
Farmakologická anamnéza	Bisoprolol 2,5 mg tbl. ¼ – 0 – 0 (antihypertenzivum)
Sociální anamnéza	Žije ve společné domácnosti s manželem
Infektologická anamnéza	Očkován proti COVID-19 dvěma dávkami – 2. dávka 6/2021, proveden antigenní test - negativní

**Fyzikální vyšetření**

Tabulka 6 Participant P2 – fyzikální vyšetření

HLAVA	Pokleповě nebolestivá, zornice izokorické, skléry anikterické, jazyk plazí středem, bez povlaku
KRK	Štítná žláza nezvětšena, pulsace karotid symetrická, náplň žil nezvětšena
HRUDNÍK	Fyziologicky klenutý, pravidelná srdeční akce, plíce sklípkové dýchání
BŘICHO	Dýchá v celém rozsahu, měkké, palpačně mírně bolestivé, bez známek peritoneálního dráždění, poklep diferencovaný, peristaltika pravidelná, bez známek odporu, drobná píštěl v oblasti ventrální kýly
HKK	Fyziologický nález
DKK	Bez otoků a varixů, pulzace hmatné do periferie

Tabulka 7 Participant 2

Váha	85 kg
Výška	157 cm
BMI	34,48 – obezita I. stupně
TK a P	138/90, 86´
TT	36,5 °C
Dech	16/min

**Závěr fyzikálního vyšetření**

Nereponibilní incisionální ventrální kýla s drobnou píštělí do hloubky 9 cm. Obezita I. stupně.

**Katamnéza**

Pacientka MM přijata na standardní chirurgické oddělení Nemocnice Prostějov a uložena na lůžko. Provedena krátkodobá předoperační příprava – lačnění, hygiena, edukace před operací, ošetření píštěle sterilním krytím, bandáž DK v rámci prevence TEN. Pacientka



MM plně informována o postupu léčby, průběhu operace a pooperačním průběhu – vše zaznamenáno v rámci dokumentu tzv. Informovaný souhlas s postupem léčby.

### **Popis operačního výkonu**

Po návozu na operační sál provedena bezpečností procedura prevence záměny pacienta, výkonu a strany. Po klidném úvodu do celkové anestezie přistoupeno k zarouškování a dezinfekci operačního pole. Proveden příční řez v mesogastriu, včetně kožního ústí píštěle, poté přes vysoké podkoží proniknuto k vaku incisionální kýly, preparace kanálu píštěle, jehož vnitřní část ústí končí v intraperitoneálně uložené síťce po předchozích operacích, pooperačně odebrán stěr na bakteriologické vyšetření.

Do intraperitoneální síťky bohužel vrůstají klíčky tenkého střeva, provedena adhesiolýza, extrakce síťky, opakované výplachy Braunolovým roztokem dutiny břišní, implantována nová síťka retroperitoneálně. Zaveden Redonův drén k síťce a do podkoží. Sutura podkoží ve dvou vrstvách a kůže svorkami.

### **Pooperační péče**

Pacientka MM pooperačně hospitalizována v rámci restrukturalizace z důvodu pandemie COVID-19 momentálně na neurologické JIP. U pacientky MM byly provedeny tyto ošetrovatelské činnosti – monitoring FF, podávání analgetik, včasná vertikalizace, převazy operační rány za aseptických kautel.

Druhý pooperační den pacientka přeložena na standardní chirurgické oddělení Nemocnice Prostějov, pacientka mobilní s dopomocí, zatížena stravou, extrakce Redonových drénů pro minimální odpad (5 ml).

Dvanáctý pooperační den pacientka MM propuštěna do domácího léčení.

### **6.2.1 Analýza dat, interpretace a sdělení výzkumu u participanta P2**

Extrahovat intraperitoneálně uloženou síťku infikovanou píštělí a následně implantovat retroperitoneálně novou síťku už samo o sobě značí problém v protražované době léčení a obrovským rizikem infekcí fascie a podkoží. Pokud je nutno extrahovat síťku, vždy je přínosem plánovaný operační výkon, komfortní předoperační příprava. Již vzniklá infekce v podobě píštěle, která se vytvořila během odkladu elektivní operace incisionální kýly přinesla pacientce protražovanou dobu léčení a diskomfort před operací vlivem vzniku píštěle.

Snímek zobrazuje CT břicha s kontrastní látkou při přijetí na akutní chirurgické ambulanci – ventrální kýla jednoznačně viditelná.



Obrázek 10 CT snímek u participanta P2 (vlastní zdroj)

Další snímek zobrazuje přípravu operačního pole, zarouškování, označení křížkem přesného místa píštěle.



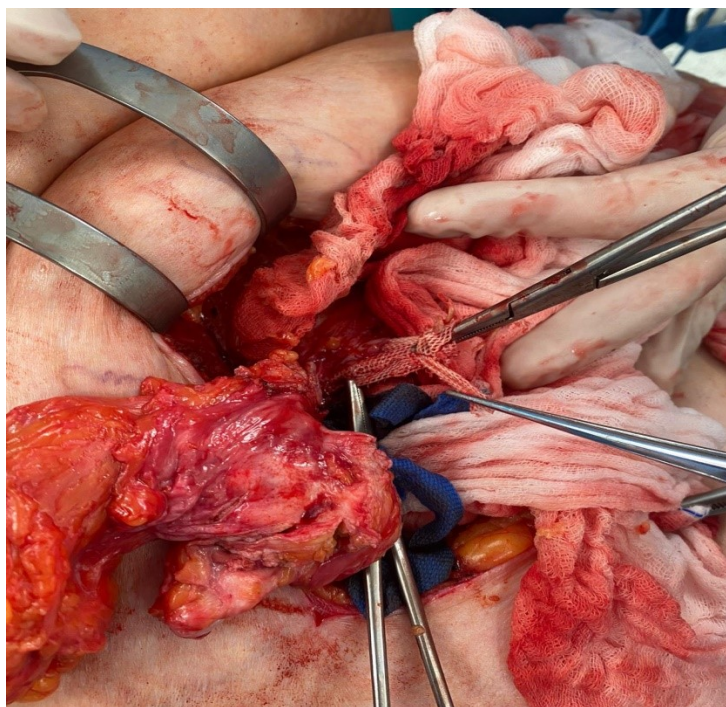
Obrázek 11 Příprava operačního pole u participanta P2 (vlastní zdroj)

Snímek zobrazuje vypreparovanou píštěl a extrahovanou intraperitoneálně uloženou kýlní síťku (operace 1991?).



Obrázek 12 Vypreparovaná píštěl participanta P2 (vlastní zdroj)

Následující snímek zobrazuje extrakci intraperitoneální uložené síťky a preparaci kanálu píštěle.



Obrázek 13 Extrakce intraperitoneální síťky u participanta P2 (vlastní zdroj)

### **Diskuze a závěr**

Pacientka MM po ukončení hospitalizace konstatovala: „*Kdyby nebylo korony, mohla jsem být už dávno operována a nemusela jsem se tady tak dlouho trápit, a ještě se otravovat s tím, že mi něco vytéká z břicha, to bylo fakt strašné.*“

### **Posouzení lékaře**

Názor ošetřujícího lékaře: „*Infikovaná píštěl je vždy velký problém, je potřeba ji extrahovat v co nejdřívějším termínu, odkladem této operace byla pacientka vystavena dlouhodobé hospitalizaci, podávání ATB a mnohem většímu riziku infekce v podobě nehojící se operační rány.*“

### **Negativní faktory, které ovlivnily odklad plánované operace u participantky P2**

1. Odklad plánované operace o sedm měsíců z důvodu pandemie COVID-19 – nařízení vlády ČR;
2. Prvotní neochota pacientky MM řešit zdravotní problém v jeho počátku;
3. Strach pacientky MM z hospitalizace a nákazy COVID-19 v průběhu hospitalizace.

### 6.3 Kazuistika č. 3

Participant P3 – pacient ZD (muž 69 let) dispenzarizován v Centru pro řešení kýly Nemocnice Prostějov od listopadu 2020 pro diagnózu *incisionální ventrální kýla v jizvě po appendectomii*. Pacient objednan k plánované operaci ventrální kýly na leden 2021.

Vlivem opatření v důsledku zhoršující se situace s pandemií COVID-19 a nařízení vlády ČR odvolána neodkladná elektivní chirurgická operativa, pacientovi zrušen termín plánovaného výkonu a odložen na neurčito.

#### Nynější onemocnění

Pacient ZD byl přivezen RZP na akutní chirurgickou ambulanci v pozdních nočních hodinách se silnými bolestmi břicha a zvracením. Po vyšetření lékařem diagnostikována urgentní operační revize pro diagnózu *inkarcerovaná incisionální hernie*.

#### Klinický obraz

Břicho palpačně velmi bolestivé, špatně prohmatné – břišní stěna napjatá, tachykardie, zvracení, nauzea.

#### Provedená vyšetření

RTG vyšetření břicha – známky akutní inkarcerace kýly v jizvě po appendectomii, v pravém meso – hypogastriu.

Laboratorní vyšetření – biochemický screening, krevní obraz, koagulační vyšetření (APTT, QUICK).

Patologické hodnoty – LEUKOCYTY –  $21,10 \cdot 10^9/l$  /ref. hodnota 4–10 mil/l/.

Interní vyšetření, anesteziologické vyšetření – pacient ZD schopen výkonu v celkové anestezii.

#### Anamnéza

Pacient ZD mobilní s dopomocí, schvácený.

Tabulka 8 Participant P3 – anamnéza

Osobní anamnéza	Hypertenzní nemoc na terapii, stp. appendektomii 2014 Dispensarizace v Centru pro řešení kýly od roku 2020 – termín plánované operace stanoven na leden 2021 – následně odložen na neurčito.
Alergická anamnéza	Alergii neudává
Rodinná anamnéza	Matka zemřela v 81 letech na embolii, otec zemřel v 67 letech na CA recta
Farmakologická anamnéza	Prestarium Neo Combi 10 mg 1 – 0 – 0
Sociální anamnéza	Bydlí doma s manželkou
Infektologická anamnéza	Očkován proti COVID-19 dvěma dávkami – 2. dávka 6/2021, proveden antigenní test – negativní

**Fyzikální vyšetření**

Tabulka 9 Participant P3 – fyzikální vyšetření

HLAVA	pokleповě nebolestivá, zornice izokorické, sklery anikterické, jazyk plazi středem, nepovleklý
KRK	pulsace karotid symetrická, náplň žil nezvětšena
HRUDNÍK	fyziologicky vyklenutý, srdce pravidelná akce, plíce sklípkové dýchání
BŘICHO	Palpačně velmi bolestivé – Pleniesův příznak pozitivní, vzedmuté, viditelná kýla v jizvě po appendectomii
HKK	fyziologický nález
DKK	bez otoků, varixů, pulzace hmatná

Tabulka 10 Participant P3

Váha	89 kg
Výška	173 cm
BMI	29,74 – mírná nadváha
TK, P	118/76, 110' tachykardie
TT	36,6 °C
Dech	21

### **Katamnéza**

Pacient ZD akutně přijat na standartní chirurgické oddělení Nemocnice Prostějov a indikován k bezprostřední operační revizi inkarcerované ventrální kýly. Slova ošetřujícího lékaře: „*Ted' v noci, s asistencí, co je tu dva měsíce, se pouštět do takových velkých výkonů je vražedné.*“ Pacient ZD uložen na lůžko, zavedena nasogastrická sonda, periferní žilní katetr, provedena bezprostřední předoperační příprava na operační sál a pacient v doprovodu všeobecné sestry a sanitáře odvezen na operační sál.

### **Popis operačního výkonu**

Po návozu na operační sál provedena bezpečností procedura prevence záměny pacienta, výkonu a strany. Po klidném úvodu do celkové anestezie přistoupeno k zarouškování a dezinfekci operačního pole. V původním pararektálním řezu proveden řez prodloužením v pravém meso- hypogastriu nad hmatnou bolestivou rezistencí, proniknuto vysokým podkožím k inkarcerovanému obsahu kýly, po jejím uvolnění revize obsahu kýly nalezeno intarzované omentum a gangrenózní klička tenkého střeva asi 70 cm – indikace k resekci tenkého střeva v rozsahu cca 20 cm. Za pomoci harmonického skalpelu přistoupeno k resekci tenkého střeva end to end ve dvou vrstvách a sutuře defektu mesenteria.

Zaveden soft drén do malé pánve a Redonův drén do podkoží. Po sutuře kůže a ošetření operační rány přiložen břišní pás.

### **Pooperační průběh**

Pacient ZD po operaci přeložen ke komplexní péči na JIP Nemocnice Prostějov, u pacienta ZD byly provedeny tyto ošetřovatelské činnosti – monitoring FF, podávání analgetik dle ordinace lékaře, péče o drény, PŽK, NGS, PMK, převazy operační rány za aseptických kautel.

První pooperační den pacient přeložen na standardní chirurgické oddělení pro akutní nedostatek lůžek na JIP;

Druhý pooperační den extrahována nasogastrická sonda pro nulový odpad a provedena postupná vertikalizace do sedu a následně do stoje. Po extrakci nasogastrické sondy podávány tekutiny po douškách – pacient toleruje bez problémů. Pacient přeložen na standardní chirurgické oddělení Nemocnice Prostějov;

Třetí pooperační drén extrahován, Redonův drén z podkoží pro minimální odpad /3 ml/ a zatížen tekutou stravou;

Čtvrtý pooperační den extrahován silikonový drén z malé pánve /10 ml/ a pacient zatížen kašovitou stravou, kterou toleruje bez potíží;

Pátý až devátý pooperační den pacient zatěžován stravou, vertikalizován, střevní pasáž obnovena bez problémů a v uspokojivém stavu se zhojenou ránou propuštěn domů.

### 6.3.1 Analýza dat, interpretace a sdělení výzkumu u participanta P3

Snímek zobrazuje RTG břicha vestoje v rámci vyšetření na akutní chirurgické ambulanci – viditelná tenkostřevní hladinka.



Obrázek 14 RTG snímek participanta P3 (vlastní zdroj)



Následující snímek zobrazuje inkarcerovaný obsah incisionální ventrální kýly v jizvě po appendectomii.



Obrázek 15 Operační nález u participanta P3 (vlastní zdroj)

Další operační snímek zobrazuje gangrenózní kličku tenkého střeva participanta P3.



Obrázek 16 Gangrenózní klička participanta P3 (vlastní zdroj)

### Diskuze a závěr

Kdyby nedošlo k odkladu plánované operace a pacient ZD byl operován v řádném termínu, byl by „ušetřen“ následné resekce střeva, která může pro pacienta znamenat doživotní následky v podobě narušení střevní peristaltiky a netoleranci běžné stravy.

Slova pacienta ZD během hospitalizace: „*Kéž by nedošlo ke zrušení mého termínu operace, hned jak mi pan doktor řekl, že budu muset na operaci, tak jsem chtěl jít co nejdříve. Bohužel jsem to nestihl a taky jsem měl strach, abych se v nemocnici nenakazil koronavirem. Snad nebudu mít nějaké velké problémy a ta bolest – ta byla vážně velká, to už bych nechtěl nikdy zažít.*“

### Posouzení lékaře

Slova ošetřujícího lékaře: „*Břišní kýlu právě z těchto výše uvedených důvodů léčíme operací, aby nedošlo ke komplikaci v podobě nutné resekce střeva, která může pacienta v mnoha ohledech poškodit – narušení střevní peristaltiky, větší operační rána, velké riziko vzniku další kýly.*“

### Negativní faktory, které ovlivnily odklad plánované operace u participanta P3

1. Odklad plánované operace o osm měsíců z důvodu pandemie COVID-19 – nařízení vlády ČR;
2. Omezený provoz akutních lůžek pro nutnost uvolnění lůžkových oddělení a personálu pro pacienty s COVID-19 – organizace v daném zařízení;
3. Strach pacienta ZD z hospitalizace v době pandemie – strach z nákazy v nemocničním zařízení onemocněním COVID-19.

## 6.4 Kazuistika P4

Participant P4 – pacient JH (muž 49 let) dispenzarizován v Centru pro řešení kýly od roku 2020 s diagnózou *skrotální kýla*, po domluvě s pacientem (pacient si žádal operaci v zimních měsících z důvodu jeho stávajícího zaměstnání) indikována operace skrotální kýly na únor 2021, plánovaná operace odložena z důvodu nařízení vlády ČR v souvislosti s pandemií COVID-19.

### Nynější onemocnění

Pacient JH se dostavil do Centra pro řešení kýly pro zhoršující se potíže s močením a objemností skrotální kýly. Provedeno CT vyšetření břicha, kde byla diagnostikována hydronefrosa vlevo (zablokovaná levá ledvina) a ureter který vstupuje do kýlní branky

skrotální kýly. Pacient JH objednan k subakutní plánované operaci skrotální kýly a nefrektomii vlevo.

### **Klinický obraz**

Viditelná objemná skrotální kýla o velikosti cca 20 x 20 cm, dysurie – obtížné močení.

### **Provedená vyšetření**

CT břicha s kontrastem, předoperační vyšetření u praktického lékaře, anesteziologické vyšetření – pacient schopen výkonu v celkové anestezii.

Laboratorní vyšetření: biochemický screening, krevní obraz, koagulační vyšetření (APTT, QUICK).

Slova ošetřujícího lékaře: „*Tak dlouho se odkládá operace skrotální kýly, až to dopadne takhle, že mladý pacient skrze kýlu přijde i o ledvinu.*“

### **Anamnéza**

Pacient JH plně mobilní, spolupracuje.

Tabulka 11 Participant P4 – Anamnéza

Osobní anamnéza	Dispenzarizace v Centru pro řešení kýl od roku 2020 – termín plánované operace stanoven na leden 2021 – následně odložen na neurčito.
Alergická anamnéza	Alergii neudává
Rodinná anamnéza	Matka DM II. typu, otec zemřel v 67 letech na IM
Farmakologická anamnéza	neudává
Sociální anamnéza	Bydlí doma s manželkou
Infektologická anamnéza	Očkován proti COVID-19 dvěma dávkami – 2. dávka 9/2021, proveden antigenní test – negativní

**Fyzikální vyšetření**

Tabulka 12 Participant P4 – Fyzikální vyšetření

HLAVA	Poklepově nebolestivá, zornice izokorické, sklery anikterické, jazyk plazí středem, nepovleklý
KRK	Pulsace karotid symetrická, náplň žil nezvětšena
HRUDNÍK	Fyziologicky vyklenutý, srdce pravidelná akce, plíce sklípkové dýchání
BŘICHO	V nivěu dýchá v celém rozsahu, měkké, volně prohmatné, nebolestivé, objemná skrotální kýla vlevo
HKK	Fyziologický nález
DKK	Bez otoků, varixů, pulzace hmatné do periferie

Tabulka 13 Participant P4

Váha	105 kg
Výška	175 cm
BMI	34,29 – obezita I. stupně
TK a Puls	124/80, 80
TT	36,5 °C
Dechová frekvence	18/min.

**Katamnéza**

Pacient JH přijat na standardní chirurgické oddělení Nemocnice Prostějov k plánované operaci *skrotální kýly s nefrektomií vlevo*.

Provedeno přijetí ošetřujícím lékařem. Pacient JH uložen na lůžko a připraven k plánované operaci, seznámen s průběhem hospitalizace, předoperačním a pooperačním průběhem – vše zaznamenáno v dokumentu – Informovaný souhlas pacienta. Krátkodobá předoperační příprava před plánovanou operací spočívala v poučení pacienta JH „*od půlnoci nic nejíst nepít, nekouřit*“, příprava (oholení) operačního pole. V bezprostřední přípravě před operací byl pacientovi JH zaveden periferní žilní katetr a v rámci prevence TEN provedena

elastická bandáž dolních končetin a pacient JH byl odvezen na operační sál v doprovodu sanitáře a všeobecné sestry.

### **Popis operačního výkonu**

Po návozu na operační sál provedena bezpečnostní procedura prevence záměny pacienta, výkonu a strany. Po klidném úvodu do celkové anestezie přistoupeno k zarouškování a dezinfekci operačního pole. V součinnosti s urologem proveden sdružený operační výkon.

Nejprve provedena levostranná nefrektomie z pararektálního řezu, vložen drén k lůžku po ledvině, poté prodloužen pararektální řez do třísla, kde byl vypreparován objemný kýlní vak, který byl z velké části následně odstraněn. Odsáto 250 ml kýlní vody, uzavřena zadní stěna tříselného kanálu, vložena kýlní síťka, která je fixována po celém jejím obvodu.

Vložen drén do dutiny břišní pod játra, do skrota a do podkoží. Po ukončení operace a ošetření operační rány, přiložen kýlní pás.

### **Pooperační průběh**

Pacient pooperačně, vzhledem k náročnosti výkonu, přeložen na JIP Nemocnice Prostějov, kde byl hospitalizován, 24 hodin po operaci byly u pacienta provedeny ošetrovatelské činnosti dle ordinace lékaře – monitoring FF, péče o drény a operační rány, PMK, PŽK, podávání analgetik, sledování diurézy.

První pooperační den v plně stabilizovaném stavu – TK 120/80, puls 80, spontánní ventilace, operační rány klidné, přeložen na standardní chirurgické oddělení Nemocnice Prostějov. Následně provedena postupná vertikalizace, zatížení stravou, péče o operační ránu a drény, které byly postupně extrahovány dle množství odpadu. Drén k lůžku po ledvině extrahován 3. pooperační den (20 ml), drén z pod jater extrahován 2. pooperační den (10 ml), drén ze skrota extrahován 3. pooperační den (20 ml), Redonův drén do podkoží extrahován 4. pooperační den (15 ml). Pacient JH 8. pooperační den propuštěn do domácího léčení, při propuštění operační rány klidné, pacient plně vertikalizován, poučen o klidovém režimu 6 týdnů, kontrola na akutní chirurgické ambulanci za tři dny, v Centru pro řešení kýly Nemocnice Prostějov kontrola za 4 týdny po operaci.

#### 6.4.1 Analýza dat, interpretace a sdělení výzkumu u participanta P4

Snímek zachycuje objemnou skrotální kýlu vlevo, obsahující kličky tenkého střeva a močovod dislokované ledviny



Obrázek 17 CT snímek participanta P4 (vlastní zdroj)

Snímek pořízený před zahájením operace zobrazuje objemnou skrotální kýlu pacienta JH.



Obrázek 18 Objemná skrotální kýla participanta P4 (vlastní zdroj)

Snímek zobrazuje operační přístup – pararektální řez vlevo, který je poté po nefrectomii prodloužen ke skrotu vlevo.



Obrázek 19 První část operace – nefrektomie (vlastní zdroj)

Snímek zobrazuje odstraněnou levou ledvinu s močovodem, který byl součástí objemné skrotální kýly.



Obrázek 20 Vyoperovaná ledvina s močovodem participanta P4 (vlastní zdroj)

Následující snímek zobrazuje obsah skrotální kýly – tenké kličky, kličku sigmoidu a močovod.



Obrázek 21 Obsah skrotální kýly participanta P4 (vlastní zdroj)

Snímek zobrazuje zavedené drény v průběhu operace – vpravo do dutiny břišní pod játra, vlevo – do lůžka po nefrektomii, do skrota, do podkoží.



Obrázek 22 Operační rána a zavedené drény u participanta P4 (vlastní zdroj)



### **Diskuze a závěr**

Odkladem plánované operace objemné skrotální kýly došlo k nepříjemné komplikaci v podobě odstranění ledviny. Odstranění ledviny sebou nese riziko do budoucnosti – s jednou ledvinou je možné žít plnohodnotný život, je na místě však už doživotní opatrnost, aby si pacient nezpůsobil úraz, či aby nevzniklo onemocnění, které ohrozí funkci ledviny. Pacient musí být častěji sledován lékařem, aby se ev. včas zahájila adekvátní léčba. Pacient pravidelně podstupuje vyšetření moči.

Slova pacienta JH: *„Ano, měl jsem velký strach jít do nemocnice, jít na operaci, omezovalo mne i mé povolání – nechtěl jsem jít na operaci hned, protože jsem měl hodně práce, pak mi byla operace odložena – byl jsem za to v podstatě rád, protože jsem se bál jít do nemocnice kvůli koruně, jenže pak se mi kýla strašně zvětšila a začaly problémy s močením. Měl jsem jít do nemocnice hned, i když jsem se bál. Tak teď nemám ledvinu, sice se s tím prý dá normálně žít, ale co kdyby děti třeba potřebovaly moji ledvinu – už jim nemůžu pomoci... jsem naštvaný, hlavně sám na sebe.“*

### **Posouzení lékaře**

Slova ošetřujícího lékaře: *„Nadarmo se neříká, že strach je největší nepřítel. V případě pacienta JH to byl strach, ale i neinformovanost o daném onemocnění, liknavý přístup k onemocnění, dá se říct, že až kosmetický efekt ho přivedl zpět do naší poradny, ale to už byla bohužel zjištěna další komplikace, podle které je kosmetický efekt nulový.“*

### **Negativní faktory, které ovlivnily odklad plánované operace u participanta P4**

1. Extrémní strach pacienta JH z hospitalizace v době pandemie COVID-19;
2. Neochota pacienta vyslechnout informace o diagnóze skrotální kýla;
3. Upřednostnění vlastních zájmů v podobě povolání před vlastním onemocněním.

## 7 DISKUZE

Cílem bakalářské práce bylo designem kazuistik čtyř participantů zjistit a analyzovat negativní dopad na zdraví pacienta po odkladu elektivního operačního výkonu. Dále popsat viditelné komplikace způsobené odkladem elektivní operace a zjistit reálné finanční náklady dle DRG systému (viz Příloha P II).

Za neviditelné komplikace lze stanovit i sociální izolaci během pandemie COVID-19, strach z návštěvy nemocničního zařízení a hospitalizace v nemocnici. Pacienti mnohdy raději zůstávali doma, nenavštěvovali lékaře z obav z nákazy COVID-19 a tyto absence návštěv lékařů byly a jsou pro pacienty téměř život ohrožující, mnohdy bohužel i fatální.

Navzdory přítomnosti znepokojivých příznaků pacienti návštěvu lékaře odkládali a tato skutečnost vedla ke zhoršení zdravotního stavu, následně i ke zhoršení podmínek pro chirurgické výkony. Často i strach z nákazy infekcí COVID-19 byl příčinou ignorování prvotních příznaků (Stafel, 2020).

Propuknutí pandemie COVID-19 nepochybně ovlivnilo urgentní a elektivní chirurgii v celosvětovém měřítku. Podle zkušeností a zveřejněných údajů v souladu s nedávnou pandemií COVID-19 došlo k poklesu urgentně přijímaných pacientů. Co se týče chirurgie – zejména urgentní chirurgie břišních kýl, byl zaznamenán trend opožděného přijetí od začátku vzniklých symptomů. Zajímavostí je, že průměrná doba počátků vzniklých symptomů a doba urgentního přijetí byla například oproti roku 2019 prodloužena o téměř 30 hodin, a to mělo za následek výrazný nárůst střevních resekcí z důvodu neživotaschopnosti herniovaných útroby (Charalampos, 2021).

Odklad plánované operace způsobil u všech participantů komplikaci v prodloužené době hospitalizace, u dvou participantů komplikaci v podobě nehojící se rány a u dvou pacientů doživotní následky.

Protrahovaná hospitalizace sebou nese i nepříjemné riziko v podobě vzniku nozokomiální nákazy. „*Nemocniční /nozokomiální/ nákazou se rozumí nákaza vnitřního nebo vnějšího původu, která vznikla v příčinné souvislosti s pobytem nebo výkony prováděnými v zařízení léčebně preventivní péče nebo ústavu sociální péče v příslušné inkubační době*“ (Novák, Chudáček a Neoral, 2001, s. 177).

Konzervativní léčbu považujeme dnes za neadekvátní. Kýlní pás tuto diagnózu nevyřeší, často obtěžuje pacienta, zhoršuje hygienu v tříselné oblasti a pelota pásu v třísle dobře

nedrží, potažmo měkké tkáně v okolí kýlní branky jsou trvalým tlakem peloty pásu chronicky ischemizovány a tím dále oslabovány. Stále platí, že jedinou správnou léčbou kýly je léčba operační. Kýla v dospělosti se nikdy sama nezhojí, naopak se kýlní vak postupem času zvětšuje. Přitom platí, že malé kýly mají také menší výskyt recidivy, a to bez ohledu na použitou operační metodu (Doležel, Vlček, Veverková, Jedlička a Jeřábek, 2009; Duda a kol., 2017).

Analýza Ewy Plonowské z polské univerzity v Białystoku potvrdila, že v roce 2020, kdy svět začala ohrožovat pandemie COVID-19, bylo provedeno více urgentních operací tříselné kýly, laparoskopických cholecystectomií a appendectomií, incisionálních kýl, zároveň byla i potvrzena vyšší hladina C-reaktivního proteinu u pacientů podstupujících urgentní operační výkon, pacienti vykazovali závažnější příznaky a jejich celkový stav byl zhoršen. Ewa Plonowska se domnívá, že tato analýza by mohla být užitečným nástrojem pro lepší řízení podobné pandemické krize v budoucnu (Plonowska, 2022).

Z výzkumu dále vyplývá, že je třeba dbát také na prevenci a seznámení pacientů s jejich diagnózou. Pacienti by při stanovení diagnózy měli být seznámeni se všemi možnými důsledky, které by mohly nastat z důvodu odkládání plánované operace (viz Příloha P VII).

V době pandemie COVID-19 se opět více oživila i otázka „*jednodenní chirurgie*“, která v České republice není ještě zcela ve zdravotnických zařízeních řízených státem zdravotními pojišťovnami uznávaná. Tato otázka je v chirurgických oborech velmi často diskutována, názory odborníků se na ni hodně liší. Nese bezesporu spoustu výhod pro pacienta, ale konkrétně v břišní chirurgii i spoustu rizik.

## 7.1 Hodnocení

Hlavní cíl bakalářské práce byl splněn, negativní dopad odkladu elektivní operativy břišních kýl nejen na zdraví pacienta, ale i zdravotnické zařízení byl v jednotlivých kazuistikách vybraných participantů popsán a analyzován.

Stanovené cíle bakalářské práce byly splněny, negativní faktory, které ovlivnily odklad plánované operace, byly zjištěny, komplikace vzniklé odkladem plánované operace byly přesně popsány a srovnání časového intervalu plánované a akutní hospitalizace bylo zaznamenáno. Reálné finanční náklady dle DRG systému byly vyčísleny.

Odkládání jakékoliv plánované operace (nejen břišní kýly) je pro pacienta vždy velmi rizikové.

**Cíl 1: Zjistit, popsat a analyzovat faktory, které vedly u vybraných participantů k odkladu plánované operace břišní kýly**

Participant P1: strach z hospitalizace, neochota pacienta podstoupit léčbu, omezení elektivní operativy

Participant P2: omezení elektivní operativy, strach z hospitalizace

Participant P3: omezení elektivní operativy

Participant P4: neochota pacienta podstoupit léčbu z pracovních důvodů, omezení elektivní operativy

**Cíl 2: Zjistit, popsat a analyzovat vzniklé zdravotní komplikace u vybraných participantů související s odkladem elektivní operace břišní kýly**

Participant P1: septický stav pacienta, smrt

Participant P2: vznik píštěle, prodloužená hospitalizace, větší operační rána

Participant P3: velké bolesti, resekce střeva, velká operační rána

Participant P4: velká operační rána, odstranění ledviny, doživotní následek

**Cíl 3: Srovnat průměrnou délku hospitalizace u plánovaného výkonu versus akutní operace břišní kýly nebo skrotální kýly**

Participant P1: rozdíl mezi plánovanou a akutní operací činí 30 hospitalizačních dnů

Participant P2: rozdíl mezi plánovanou a akutní operací činí 40 hospitalizačních dnů

Participant P3: rozdíl mezi plánovanou a akutní operací činí 20 hospitalizačních dnů

Participant P4: rozdíl mezi plánovanou a akutní operací činí 5 hospitalizačních dnů (viz Příloha P I).

**Cíl č. 4: Zjistit reálné finanční náklady (DRG systému) vynaložené na léčbu u jednotlivých participantů a tyto mezi sebou porovnat**

Participant P1: finanční náklady byly o více než 1 143 500 Kč vyšší než při běžné plánované operaci.

Participant P2: finanční rozdíl činí zhruba 408 000 Kč

Participant P3: finanční náklady byly navýšeny o 572 000 Kč

Participant P4: nejmenší finanční rozdíl s paradoxně největším operačním výkonem, rozdíl činí 45 000 Kč (viz Příloha P II).

## 7.2 Doporučení pro praxi

1. Zlepšit informovanost pacientů (viz Příloha P VII) a neopomenout empatický přístup k pacientovi při stanovení diagnózy.
2. Pravdivě seznámit pacienta s jeho zdravotním stavem a možnými léčebnými postupy, včetně operačního výkonu (jaké jsou jeho přínosy, důsledky, rizika a jaké jsou jiné možnosti). Důrazně seznámit pacienta se všemi možnými důsledky, které by mohly nastat při odkladu plánované operace.
3. Pravidelně vzdělávat zdravotnický personál v novinkách v operativě (např. nové technologie a implantáty – jako jsou šicí materiál, kýlní sít'ky apod.) a v novinkách souvisejících s perioperační péčí o pacienty s břišní kýlou.

## ZÁVĚR

Plánovaná operace, akutní operace jsou pojmy, které jsou všem lékařským i nelékařským zdravotnickým pracovníkům velmi známé. V bakalářské práci je formou kazuistiky pacientů s diagnózou břišní kýla poukázáno na to, jak důležité je neodkládání plánovaných výkonů a jak je velmi důležitá i informovanost pacientů o jejich onemocnění.

Bakalářská práce se zabývá přesně problematikou odkladu elektivní operace břišní kýly. Tento problém je větší, než se na první pohled zdá. Plánované operace se provádějí za plného komfortu nejen pacienta, kterému je diagnostikována břišní kýla, ale i personálu. Jakékoliv vybočení „z *normálu*“ sebou nese spoustu viditelných i neviditelných komplikací. I z těchto důvodů Nemocnice Prostějov pořádá pravidelné kýlní workshopy, při kterých operují nejen zdejší lékaři, ale i odborníci z celého světa, aby si vzájemně předali nové zkušenosti a poznatky v léčbě břišních kýl.

Závěrem by ráda autorka bakalářské práce připomněla, že informovanost pacientů o jejich diagnóze je nezbytná a velmi důležitá. Při stanovení diagnózy břišní kýla by měl mít pacient vždy prostor pro dotazy, které se týkají jeho onemocnění, měl by být seznámen se všemi možnými komplikacemi, které by mohly nastat, kdyby se rozhodl pro odklad plánované operace. Empatický a citlivý přístup k pacientovi by měl být samozřejmostí.

Autorka bakalářské práce se domnívá, že naléhavým operacím je třeba předcházet včasnou elektivní léčbou. Dlouhým pooperačním pobytům a pooperačním komplikacím je třeba předcházet správnými a dobře načasovanými předoperačními kontrolami a přesně stanovenou léčbou.

**SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY A INTERNETOVÝCH ZDROJŮ**

CAMPANELLI, Giampiero, 2018. *The Art of Hernia Surgery a Step-by-Step Guide*. Switzerland: Springer International Publishing. ISBN 978-3-319-72626-7.

DOLEŽEL, Jan a kol. 2009. Trendy v léčbě břišních a tříselných kýl. *Medicína pro praxi*. 2009, 6(4): 209–213 [online]. [cit. 2022-04-26]. Dostupné z: <http://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2009/04/10.pdf>

DUDA, Miloslav a kol., 2017. Diagnostika a léčba kýl dutiny břišní. Základní výkony ve všeobecné chirurgii. In *Speciální chirurgie* [online]. II. Chirurgická klinika Olomouc: ©2017 [cit. 2022-04-10]. Dostupné z: [http://eportal.chirurgie.upol.cz/portal\\_final/?page\\_id=2459](http://eportal.chirurgie.upol.cz/portal_final/?page_id=2459)

FERKO, Alexander, Zdeněk ŠUBRT a Tomáš DĚDEK, 2015. *Chirurgie v kostce*. 2., dopl. a přeprac. vyd. Praha: Grada, ISBN 978-80-247-1005-1.

GLADKIJ, Ivan, 2003. *Management ve zdravotnictví: ekonomika zdravotnictví: řízení lidských zdrojů ve zdravotnictví: kvalita zdravotní péče a její vyhodnocování*. Brno: Computer Press. ISBN 80-7226-996-8.

HARTMANOVÁ, Veronika, 2013. *Znalosti sester o možnostech operace tříselné kýly se zaměřením na laparoskopii* [online]. Zlín, Univerzita Tomáše Bati, 2013 [cit. 2022-04-28]. Dostupné z: <http://digilib.k.utb.cz/handle/10563/21099>

HOCH, Jiří a Jan LEFFLER, 2011. *Speciální chirurgie*. 3., rozš. a přeprac. vyd. Praha: Maxdorf, Jessenius. ISBN 978-80-7345-253-7.

HOPE, William, William S. COBB and Gina L. ADRALES, 2017. *Textbook of Hernia*. Switzerland: Springer International Publishing. ISBN 978-3-319-43045-4.

HUBÁČEK, Petr, 2020. Nově popsáný koronavirus SARS-CoV-2 a jeho biologické souvislosti. *Farmakoterapeutická revue*, 2020 5(1) ISSN 2533-6878.

CHARALAMPOS Seretis, 2021. Emergency hernia surgery during COVID-19 outbreak: delayed presentations, more resections. *Turk J Surg* [online]. 2021, 37(2): 19–198 [cit. 2022-05-14]. DOI: 10.47717/turkjsurg.2021.5267. Dostupné z: <https://turkjsurg.com/full-text-pdf/1789/eng>

CHRASTINA, Jan, 2019. *Případová studie – metoda kvalitativní výzkumné strategie a designování výzkumu*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244-5373-6.

JUŘENÍKOVÁ, Petra et al., 1999. *Ošetřovatelství – učební text pro střední zdravotnické školy: 2. část – chirurgie, pediatrie, gerontologie*. Uherské Hradiště: Středisko služeb školám.

LICHTENSTEIN, Irving L., 1994. *Plastika kýly – nové směry*. Jinočany: H & H. ISBN 80-85787-70-9.

MEDICAL TRIBUNE. *Opět dochází k odkládání péče* [online]. 22. listopadu 2021 [cit. 2022-04-13]. Dostupné z: <https://www.tribune.cz/zdravotnictvi/opet-dochazi-k-odkladani-pece/>

MICHALSKÝ, Rudolf, Pavel PAFKO a Igor SATINSKÝ, 2000. *Operační léčení tříselné kýly*. Praha: Grada. ISBN 80-7169-971-3.

MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČR. *Mimořádné opatření – nařízení poskytovatelům akutní lůžkové péče a poskytovatelům následné péče s účinností od 31. 12. 2020*. [online]. 30. prosince 2020 [cit. 2022-04-13]. Dostupné z: <https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/2020/12/Mimoradne-opatreni-narizeni-poskytovatelum-akutni-luzkove-pece-a-poskytovatelum-nasledne-luzkove-pece-s-ucinnosti-od-31-12-2020.pdf>

NEMOCNICE AGEL PROSTĚJOV [online]. ©2022 [cit. 2022-04-13]. Dostupné z: <https://nemocniceprostejov.agel.cz/index.html>

NOVÁK, Karel, Zdeněk CHUDÁČEK a Čestmír NEORAL, 2001. *Infekce v chirurgii: miniinvazivní radiodiagnostické a chirurgické trendy a další aktuální pohledy*. Praha: Grada, ISBN 80-247-0229-0.

NOVITSKY, Yuri W., 2016. *Hernia Surgery Current Principles*. Switzerland: Springer International Publishing. ISBN 978-3-319-27470-6.

PLONOWSKA Ewa and DIEMIESZCZYK Inna, 2022. The influence of COVID-19 pandemic on number of patients reporting to the Emergency Department and operated of acute cholecystitis and incarcerated hernias. *Medical Research Journal* [online]. 2022, 7(1): 17–23 [cit. 2022-05-14]. DOI: 10.5603/MRJ.a2022.0004. Dostupné z: [https://journals.viamedica.pl/medical\\_research\\_journal/article/view/MRJ.a2022.0004](https://journals.viamedica.pl/medical_research_journal/article/view/MRJ.a2022.0004)



ROSEN, Michael J., 2017. *Atlas of Abdominal Wall Reconstruction, Second edition*. Philadelphia: Elsevier. ISBN 978-0-323-37459-0.

SIMONE, De B. and E. CHOUILLARD et al., 2020. Emergency surgery during the COVID-19 pandemic: what you need to know for practice. *Ann R Coll Surg Eng* [online]. 2020, 102(5): 323–332 [cit. 2022-05-14]. DOI: 10.1308/rcsann.2020.0097 Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32352836/>

STAFEL, Philip F., 2020. How to risk-stratify elective surgery during the COVID-19 pandemic? *Patient Safety in Surgery* [online]. 2020, 14(8): 1–4 [cit. 2022-05-14]. DOI: <https://doi.org/10.1186/s13037-020-00235-9>. Dostupné z: <https://pssjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13037-020-00235-9>

ŠEDÝ, Jiří, 2007. *Chirurgická anatomie hernií*. Praha: Triton. ISBN 978-80-7254-923-8.

ŠTENCL, Ján a Pavol HOLÉZCY, 2001. *Základné laparoskopické operácie v chirurgii*. Martin: Osveta. ISBN 80-8063-0057-7.

TĚŠINOVÁ, Jolana, Tomáš DOLEŽAL a Radek POLICAR, 2019. *Medicínské právo*. 2. vydání. Praha: C. H. Beck. ISBN 978-80-7179-318-2.

ZEMAN, Miroslav, Zdeněk KRŠKA a kol., 2011. *Chirurgická propedeutika*. 3., přeprac. a dopl. vyd. [i.e. 4. vyd.]. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3770-6.

ZOLÁKOVÁ, Zuzana, 2017. Všeobecné nariadenie o ochrane údajov (GDPR) a jeho dopady na spracovanie osobných údajov v zdravotníctve. *Časopis zdravotníckeho práva a bioetiky*, 2017, 7(3). ISSN 1804-8137.

**SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK**

aj.	a jiné
amp.	ampule
apod.	a podobně
APPE	appendektomie
ATB	profylaxe antibiotická profylaxe (podání antibiotik)
BMI	Body Mass Index (index tělesné hmotnosti)
CMP	cévní mozková příhoda
DM	diabetes mellitus
DKK	dolní končetiny
EKG	elektrokardiogram
et al. „	et alii (a kolektiv)
ev.	eventuálně
FN OL	Fakultní nemocnice Olomouc
HN	hypertenze
HKK	horní končetiny
CHOPN	chronická obstrukční plicní nemoc
i.m.	intramuskulárně
IM	infarkt myokardu
ISBN	International Standard Book Number (mezinárodní standardní číslo knihy)
ISSN	International Standard Serial Number (mezinárodní standardní číslo seriálové publikace)
i.v.	intravenózně
JIP	jednotka intenzivní péče
min.	minimálně
mj.	mimo jiné
mmHg	milimetrů rtuťového sloupce
NGS	nasogastrická sonda
P	puls
PAD	perorální antidiabetika
PMK	permanentní močový katetr
PŽK	periferní žilní katetr
p. o.	per os (perorální, podávaný ústy)

---

popř.	popřípadě
s. c.	subkutánně
stp.	status post (stav po)
tbl.	tablety
TEN	tromboembolická nemoc
TK	krevní tlak
tzv.	takzvaný
UPV	umělá plicní ventilace
VAS	Visual Analogue Scale (vizuální analogová škála)

**SEZNAM OBRÁZKŮ**

Obrázek 1	Typy břišních kýl (Campanelli, 2018).....	18
Obrázek 2	Napěťová operace tříselné kýly (Campanelli, 2018).....	21
Obrázek 3	Beznapěťová operace tříselné kýly (Campanelli, 2018).....	21
Obrázek 4	Umístění laparoskopických portů (Campanelli, 2018).....	22
Obrázek 5	Implantace kýlní sítěky při laparoskopické operaci (vlastní zdroj).....	23
Obrázek 6	CT snímek participanta P1 (vlastní zdroj) .....	36
Obrázek 7	Operační revize participanta P1 (vlastní zdroj).....	36
Obrázek 8	Převaz na operačním sále – participant 1 (vlastní zdroj) .....	37
Obrázek 9	Příložení VAC systému u participanta P1 (vlastní zdroj).....	37
Obrázek 10	CT snímek u participanta P2 (vlastní zdroj) .....	42
Obrázek 11	Příprava operačního pole u participanta P2 (vlastní zdroj).....	43
Obrázek 12	Vypreparovaná píštěl participanta P2 (vlastní zdroj) .....	43
Obrázek 13	Extrakce intraperitoneální sítěky u participanta P2 (vlastní zdroj) .....	44
Obrázek 14	RTG snímek participanta P3 (vlastní zdroj) .....	48
Obrázek 15	Operační nález u participanta P3 (vlastní zdroj) .....	49
Obrázek 16	Gangrenózní klička participanta P3 (vlastní zdroj).....	49
Obrázek 17	CT snímek participanta P4 (vlastní zdroj) .....	54
Obrázek 18	Objemná skrotální kýla participanta P4 (vlastní zdroj) .....	54
Obrázek 19	První část operace – nefrektomie (vlastní zdroj).....	55
Obrázek 20	Vyoperovaná ledvina s močovodem participanta P4 (vlastní zdroj).....	55
Obrázek 21	Obsah skrotální kýly participanta P4 (vlastní zdroj) .....	56
Obrázek 22	Operační rána a zavedené drény u participanta P4 (vlastní zdroj) .....	56

**SEZNAM TABULEK**

Tabulka 1 Seznam participantů.....	31
Tabulka 2 Participant P1 – anamnéza .....	33
Tabulka 3 Participant P1 – fyzikální vyšetření .....	33
Tabulka 4 Participant P1.....	34
Tabulka 5 Participant 2 – anamnéza .....	39
Tabulka 6 Participant P2 – fyzikální vyšetření .....	40
Tabulka 7 Participant 2.....	40
Tabulka 8 Participant P3 – anamnéza .....	46
Tabulka 9 Participant P3 – fyzikální vyšetření .....	46
Tabulka 10 Participant P3.....	47
Tabulka 11 Participant P4 – Anamnéza .....	51
Tabulka 12 Participant P4 – Fyzikální vyšetření .....	52
Tabulka 13 Participant P4.....	52

## SEZNAM PŘÍLOH

Příloha P I: Srovnání délky pooperační léčby elektivní versus akutní operace ventrální a skrotální kýly

Příloha P II: Vyhodnocení finančních nákladů dle DRG systému

Příloha P III: Žádost o umožnění přístupu k informacím

Příloha P IV: Informovaný souhlas pacienta s laparoskopickou operací tříselné kýly

Příloha P V: Informovaný souhlas pacienta s operací ventrální kýly

Příloha P VI: Informovaný souhlas pacienta s celkovou anestezií

Příloha P VII: Nejčastější otázky pacienta při stanovené diagnóza břišní kýla

## PŘÍLOHA P I: SROVNÁNÍ DÉLKY POOPERAČNÍ LÉČBY ELEKTIVNÍ VERSUS AKUTNÍ OPERACE VENTRÁLNÍ A SKROTÁLNÍ KÝLY

Srovnání délky pooperační léčby elektivní versus akutní operace ventrální a skrotální kýly

Diagnóza	Elektivní operace	Akutní operace
Skrotální kýla participant P1	Hospitalizace 5–7 dní Tělesné šetření 6–8 týdnů	Hospitalizace 35 dní Pacient zemřel
Incisionální ventrální kýla participantka P2	Hospitalizace 5–7 dní Tělesné šetření 6–8 týdnů	Hospitalizace 33 dní Pacientka i po propuštění stále v ambulantní péči z důvodu nutnosti převazů operační rány pod dohledem lékaře.
Incisionální ventrální kýla v jizvě po appendectomii participant P3	Hospitalizace 3–4 dny Tělesné šetření 4–6 týdnů	Hospitalizace 10 dnů Diskomfort v podobě velké operační rány, tělesné šetření nejméně 12 týdnů, dietní opatření.
Skrotální kýla objemná participant P4	Hospitalizace 7–10 dní Tělesné šetření 4–6 týdnů	Hospitalizace 8 dnů Pacient z důvodu prolongované plánované operace, byl nucen podstoupit i odstranění ledviny.

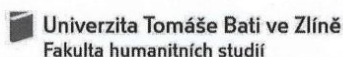
## PŘÍLOHA P II: VYHODNOCENÍ FINANČNÍCH NÁKLADŮ DLE DRG SYSTÉMU

Vyhodnocení finančních nákladů dle DRG systému

Diagnóza	Plánovaná operace s hospitalizací, komplikací bez	Akutní operace, hospitalizace na standardním oddělení a JIP.
Skrotální kýla	40 000 – 50 000 Kč	Participant P1 – 1 144 000 Kč Participant P4 – 95 000 Kč
Ventrální kýla	45 000 – 50 000 Kč	Participant P2 – 458 000 Kč Participant P3 – 622 000 Kč



## PŘÍLOHA P III: ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ PŘÍSTUPU K INFORMACÍM



### ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ PŘÍSTUPU K INFORMACÍM

Obracíme se na Vás s žádostí o umožnění přístupu k informacím na Vašem pracovišti, pro níže uvedeného studenta. Tento student v rámci ukončení studia bude zpracovávat bakalářskou práci, jejíž součástí je teoretická a empirická část. K tomu, aby mohl práci dokončit, potřebuje pracovat s informacemi z Vašeho pracoviště. Student je poučen o povinné mlčenlivosti a ochraně dat, včetně důsledků, které mu při porušení mlčenlivosti hrozí. Jedná se o studenta 3. ročníku bakalářského studijního programu Ošetřovatelství, studijního oboru Všeobecná sestra (prezenční – kombinovaná forma studia).

Jméno a příjmení studenta	Petra Kintrová	
Téma bakalářské práce	Operativa břišních kýly v době pandemie COVID - 19	
Vedoucí bakalářské práce	PhDr. Pavla Kudlová, PhD.	
	..... podpis	
Skupina respondentů	Pacienti s diagnózou břišní kýly	
Pracoviště	Centrální operační sály, Chirurgické oddělení Nemocnice Prostějov	Podpis
Prim. MUDr. Jiří Šťastný	Souhlasím	<i>MUDr. Jiří Šťastný</i>
Věra Šimková	Souhlasím	<i>Věra Šimková</i>

Děkujeme za pochopení a spolupráci.

Ve Zlíně dne *1. 6. 2021* .....

.....  
ředitelka Ústavu zdravotnických věd

.....  
razítka a podpis zástupce zařízení

# PŘÍLOHA P IV: INFORMOVANÝ SOUHLAS S LAPAROSKOPICKOU OPERACÍ

AGEL Středomoravská nemocniční a.s., Nemocnice AGEL Prostějov, Mathonova 291/1,796	
Chirurgické oddělení	
Primář MUDr. Jiří Kubačák	Tel.:582 315 111 IČP: 78006045 (5H1)
Bydliště: <del>XXXXXXXXXX</del>	Dat. nar.: <del>XXXXXXXXXX</del> Č. poj.: <del>XXXXXXXXXX</del>
Hospitalizace od: <del>XXXXXXXXXX</del>	PRO-CHIR-B Chorobopis: <del>XXXXXXXXXX</del>

### ZÁZNAM O INFORMOVANÉM SOUHLASU

#### VÝKON (DRUH PÉČE), SE KTERÝM PACIENT/PACIENTKA VYSLOVUJE SOUHLAS

#### LAPAROSKOPICKÁ PLASTIKA TŘÍSELNÉ KÝLY ~~XXXXXXXXXX~~

##### INFORMACE O POVAZE ONEMOCNĚNÍ NEBO VÝKONU

**Účel výkonu a jeho průběh:**  
Na dno třísla je vložena síťka, laparoskopickou metodou z břišní dutiny (nafouknutí břišní dutiny medicínou CO2, zavedení instrumentária) a „záplatou zevnitř“ pomocí sítky která tříslu zpevní a někdy je pak připevněna do okolních tkání titanovými svorkami. Odstranění bolesti třísla, zamezení uskřinutí, zrušení vyklenutí.

**Proč je tento výkon prospěšný (význam pro stav pacienta):**  
Odstranění bolesti, zamezení komplikací, tzn. uskřinutí kýly a vznik náhlé příhody břišní.

**Rizika a možné důsledky výkonu:**  
Možné komplikace, které mohou vzniknout během operačního výkonu: krvácení, poranění nitrobřišního orgánu při zavádění medicínou CO2, trokarů pro nástroje, při preparaci defektu břišní stěny a možnostech jejich řešení.  
Komplikace, které mohou vzniknout po operačním výkonu: krvácení a zánět operačních ranek, infekce sítky, netolerance sítky, srůsty střeva se sítkou.  
Operace kýly je zatížena možností recidivy.

**Možné alternativy výkonu (stručné hodnocení):**  
Ponechání kýly s možností uskřinutí této kýly, provedení klasické operace v tříslu přes břišní stěnu s nutností jizvy v podbřišku a možnými ranými komplikacemi. Neléčená kýla se může rychle uskřinout s nutností urgentní operace.

**Možná následná omezení způsobu života či pracovní schopnosti spojená s výkonem:**  
Omezená fyzická zátěž po dobu rekonvalescence.

**Léčebný režim a preventivní opatření, ev. kontrolní a léčebné, či vyšetřovací výkony:**  
Do vytažení stehů za týden klidový režim, následně jen lehká zátěž do 6-8 mi týdnů po operaci.

**Následné změny způsobilosti:**  
Omezená fyzická schopnost po dobu rekonvalescence.

**Informace o zavedení implantabilního zdravotnického prostředku:**  
Součástí výkonu je možné ponechání sítky v těle, jedná se o zdravotnický prostředek. Jeho identifikace bude uvedena ve Vaší zdravotnické dokumentaci.

##### PROHLÁŠENÍ PACIENTA/PACIENTKY

Byl jsem lékařem srozumitelným způsobem informován o zdravotním výkonu v rozsahu výše uvedeném. Měl jsem možnost klást lékaři doplňující dotazy, které mi byly srozumitelně zodpovězeny. Na základě podaných informací **uděluji s výkonem souhlas**.

Prohlašuji, že v případě výskytu neočekávaných komplikací, vyžadujících neodkladné provedení dalších zákroků nutných k záchraně mého života nebo zdraví, souhlasím s tím, aby byly tyto zákroky provedeny.

Jsem si vědom toho, že pokud změním své stanovisko, mohu svůj souhlas písemně odvolat.

##### ZDRAVOTNICKÝ PRACOVNÍK/PRACOVNICE, KTERÝ/Á POUČENÍ POSKYTL/A

MUDr. ~~XXXXXXXXXX~~

**Datum a čas:** ~~XXXXXXXXXX~~ **Datum a čas:** .....

**Podpis lékaře/lékačky, který/á poučení poskytl/a** **Podpis pacienta/pacientky nebo jeho/její zákonného zástupce**

Vytisknuto dne: ~~XXXXXXXXXX~~ Tisk provedl(a): MUDr. ~~XXXXXXXXXX~~ Stránka 1 z 1

Zdroj: Databáze informovaných souhlasů Nemocnice Prostějov

## PŘÍLOHA P V: INFORMOVANÝ SOUHLAS S OPERACÍ VENTRÁLNÍ KÝLY

<b>AGEL Středomoravská nemocniční a.s., Nemocnice AGEL Prostějov, Mathonova 291/1,796</b>	
<b>Chirurgické oddělení</b>	
Primář MUDr. Jiří Kubačák	Tel.: 582 315 111 IČP: 78006045 (5H1)
Bydliště: .....	Dat. nar.: .....
	Č. poj.: .....
Hospitalizace od: .....	Kód poj.: .....
<b>PRO-CHIR-B</b>	
Chorobopis: .....	
<b>ZÁZNAM O INFORMOVANÉM SOUHLASU</b>	
<b>VÝKON (DRUH PÉČE), SE KTERÝM PACIENT/PACIENTKA VYSLOUJE SOUHLAS</b>	
<b>OPERACE VENTRÁLNÍ KÝLY, kýly přední stěny břišní</b>	
<b>INFORMACE O POVAZE ONEMOCNĚNÍ NEBO VÝKONU</b>	
<b>Účel výkonu a jeho průběh:</b>	
Kýla patří k nejčastějším chirurgickým onemocněním, přičemž kýly přední stěny břišní tvoří asi 10% z celkového počtu kýl. Jedná se o vysunutí útrobu dutiny břišní (nejčastěji střeva) krytých pobřišnicí defektem ve stěně břišní. V případě přední stěny břišní se jedná nejčastěji o kýlu pupeční či kýlu v jizvě po předchozí břišní operaci. Kýla se jeví jako elastické vyklenutí v místě defektu přední stěny břišní. Nejzávažnějším projevem je uskrtnutí kýly. V tomto případě se orgán tvořící obsah kýly zaškrtí v místě defektu stěny břišní a následně může dojít k jeho postupnému odumrtí. Plánovanou operací kýly se snažíme těmito komplikacím zabránit. Principem metody je pomocí řezu přes kůži ozřejmit a ošetřit vak kýly s jejím obsahem, nalézt defekt stěny břišní čili kýlní branku a následně uzavřít tento defekt sešitím okrajů. Pokud je defekt příliš velký, používáme k uzavření branky sítky (=záplaty) vyrobené ze speciálních materiálů.	
<b>Alternativy výkonu :</b>	
Ošetřit vak kýly a uzavřít defekt lze i laparoskopicky. Po naplnění dutiny břišní oxidem uhličitým pomocí speciálních nástrojů překrýváme branku kýly sítkou, operujeme tedy přístupem nikoliv zvnějšku řezem přes kůži ale naopak z vnitřní strany při pohledu do dutiny břišní. Výhodou je přehlédnutí dutiny břišní kamerou, uložení sítky s nižším rizikem znovuvytvoření kýly, rychlejší rekonvalescence s nižší pooperační bolestivostí, kosmetický efekt několika drobných ranek místo většího řezu. Naopak je zde riziko poranění orgánů dutiny břišní s nutností převedení operace na klasickou metodu. Výkon se provádí vždy v celkové anestezii, pacient musí být v relativně dobré kondici. Nejvhodnější operační metodu zvolí operátor po konzultaci s Vámi.	
<b>Rizika a možné důsledky výkonu:</b>	
Včasné komplikace, spočívají v riziku krvácení, dále poranění střeva či jiného orgánu, který tvoří obsah vaku. Při poranění střeva si stav může vynutit odstranění poraněného střeva nebo vyšití střevního vývodu stěnou břišní. Z pozdějších komplikací může dojít k infekci rány a sítky, či vzniku recidivy - znovuvytvoření kýly. Některé z těchto komplikací si mohou vyžádat další operaci, jiné způsobují delší hojení. Popsané situace se mohou podílet na psychické újmě z možných trvalých následků.	
<b>Proč je tento výkon prospěšný ( význam pro stav pacienta ) :</b>	
Operace kýly přední stěny břišní je vhodná vzhledem k riziku jejího zvětšování a dalšímu oslabování stěny břišní, hrozí i zaškrcení obsahu kýly vyžadující vždy urgentní operaci u nepřipraveného pacienta. Výkon je za těchto podmínek náročnější jak pro pacienta tak pro operátora, narůstá riziko komplikací. Plánovanou operací se snažíme této situaci předejít.	
<b>Možná následná omezení způsobu života či pracovní schopnosti spojená s výkonem:</b>	
Po dobu rekonvalescence omezení fyzické námahy, individuálně dle typu kýly a provedené operace zpravidla v rozmezí 6-8 týdnů.	
<b>Léčebný režim a preventivní opatření ev. kontrolní léčebné či vyšetřovací výkony:</b>	
Pooperační pobyt v nemocnici závisí na typu kýly a provedené operaci, zvykle v rozmezí 3-7 dnů, stehy jsou odstraněny 7.-10. den po operaci, omezení fyzické zátěže doporučujeme po dobu 6-8 týdnů, k odlehčení tlaku na břišní stěnu v určitých případech doporučujeme užívání kýlního pásu. Pacienty po operaci kýly sledujeme ve specializované kýlní poradně v intervalu 6 týdnů, 6 a 12 měsíců po výkonu. Poradna probíhá ve 3. patře budovy polikliniky každé pondělí od 9. do 12. hodiny, zde můžete konzultovat veškeré dotazy týkající se proběhlé či plánované kýlní operace.	
<b>Informace o zavedení implantabilního zdravotnického prostředku:</b>	
Vytlačeno dne: 04. května 2022	
Tisk provedl(a): MUDr. Martin Stokláška	
Stránka 1 z 2	

AGEL Středomoravská nemocniční a.s., Nemocnice AGEL Prostějov, Mathonova 291/1, 796 04 Prostějov, IČ: 27797660  
Chirurgické oddělení

**ZÁZNAM O INFORMOVANÉM SOUHLASU**  
**OPERACE VENTRÁLNÍ KÝLY, kýly přední stěny břišní**

Dat. nar.:                      od poj.:                      Č. poj.:

Součástí výkonu je možné ponechání sítky v těle, jedná se o zdravotnický prostředek. Jeho identifikace bude uvedena ve Vaší zdravotnické dokumentaci.

**PROHLÁŠENÍ PACIENTA/PACIENTKY**

Byl jsem lékařem srozumitelným způsobem informován o zdravotním výkonu v rozsahu výše uvedeném. Měl jsem možnost klást lékařovi doplňující dotazy, které mi byly srozumitelně zodpovězeny. Na základě podaných informací **uděluji s výkonem souhlas**.  
Prohlašuji, že v případě výskytu neočekávaných komplikací, vyžadujících neodkladné provedení dalších zákroků nutných k záchraně mého života nebo zdraví, souhlasím s tím, aby byly tyto zákroky provedeny.  
Jsem si vědom toho, že pokud změním své stanovisko, mohu svůj souhlas písemně odvolat.

**ZDRAVOTNICKÝ PRACOVNÍK/PRACOVNICE, KTERÝ/Á POUČENÍ POSKYTL/A**

MUDr. Jan Dočkal

**Datum a čas:**                      **Datum a čas:**

.....                      .....

*Podpis lékaře/lékařky, který/á poučení poskytl/a*                      *Podpis pacienta/pacientky nebo jeho/její zákonného zástupce*

Vytištěno dne: 04. května 2022                      Tisk provedl(a): MUDr. Martin Stokláška                      Stránka 2 z 2

Zdroj: Databáze informovaných souhlasů Nemocnice Prostějov

## PŘÍLOHA P VI: INFORMOVANÝ SOUHLAS S CELKOVOU ANESTEZIÍ

AGEL Středomoravská nemocniční a.s., Nemocnice AGEL Prostějov, Mathonova 291/1,796

Anesteziologicko - resuscitační oddělení

Primář MUDr. Martin Pomajbík Tel.:582 315 111 IČP:78006101 (708)

Bydliště: [redacted] Dat. nar.: [redacted] Č. poj.: [redacted]  
Kód poj.: [redacted]

### ZÁZNAM O INFORMOVANÉM SOUHLASU VÝKON (DRUH PÉČE), SE KTERÝM PACIENT/PACIENTKA VYSLOVUJE SOUHLAS

#### Souhlas s celkovou anestezíí

##### INFORMACE O POVAZE ONEMOCNĚNÍ NEBO VÝKONU

Účel výkonu a jeho průběh:  
Celková anestézie odstraňuje bolest z chirurgického výkonu potlačením vnímání a zpracování bolestivých podnětů v mozku. Pacient je uveden do umělého spánku pomocí farmak či anesteziolog. plynů. K chirurgickému výkonu je nutné i zajistit vyřazení svalové síly podáním léků - relaxancií, tím dojde k omezení Vaší spontánní dechové aktivity, kterou musí anesteziolog zajistit pomocí přístroje. Z důvodu připojení k dýchacímu přístroji Vám musí být dýchací cesty zajištěny obličejovou maskou, endotracheální roučkou nebo laryngeální maskou. V indikovaných případech (rizikový pacient, náročný operační výkon) je nutné zajištění přístupu do tepny, dále zajištění močových cest močovou cévkou nebo zajištění vstupu do centrální žíly na krku nebo pod klíční kostí. O těchto možnostech Vás bude anesteziolog podrobně informovat při osobním rozhovoru.

##### Rizika a možné důsledky výkonu:

Obecná rizika spojená s podáním celkové anestézie:  
• pocit malátnosti; • spavost; • nesoustředěnost; pooperační přechodná desorientace • nevolnost až zvracení; • zpomalení srdečního rytmu - srdeční zástava; • pokles krevního tlaku; • anafylaktická nebo alergická reakce na podané léky; • vdechnutí žaludečního obsahu s komplikacemi (bronchopneumonie, šoková plíce); • plicní embolie; • vniknutí vzduchu do pohrudniční dutiny při zajišťování centrálního žilního katétru

##### Rizika a komplikace spojené se zajištěním dýchacích cest:

• bolesti v krku; • krvácení do dýchacích cest; • poškození hlasivek; • poškození horní části krční páteře s následným omezením hybnosti; • laryngospasmus (reflexní stažení horních dýchacích cest); • zajištění alternativního vstupu do dýchacích cest (tracheostomie) při nemožnosti intubace; • stenóza trachey (zúžení dýchacích trubice); • poškození nebo vylomení zubů (zejména v případě jejich již původně špatného stavu).

##### Možné komplikace v důsledku podání krve a krevních derivátů:

• přenos infekční choroby (hepatitidy typu A,B,C, přenos AIDS); • vytvoření autoprotilátek (aloimunizace); • hemolytická reakce (rozpad aplikovaných krvinek po transfuzi jiné krevní skupiny); • horečka; • alergická reakce, selhání ledvin.

##### Možné alternativy výkonu (stručné hodnocení):

Ostatní typy anestézie jsou u některých chirurgických operací (zvláště laparoskopických) nevhodné, nezajistí dostatečnou bezpečnost a komfort pacienta.

##### Proč je tento výkon prospěšný (význam pro stav pacienta):

Dočasně vyřadí bolestivé podněty z místa operace, čímž umožní operační výkon bez bolesti pacienta/ky.

##### Možná následná omezení způsobu života či pracovní schopnosti spojená s výkonem :

Po dobu 36 hodin by pacient/ka neměl/a obsluhovat elektrické přístroje, řídit motorová vozidla, pracovat či zdržovat se ve výškách, podepisovat jakékoli právní dokumenty či činit prohlášení, požívat alkoholické nápoje a léky mimo ordinace lékaře, po dobu 1 týdne může přetrvávat zvýšená únavnost, ve výjimečných případech se může objevit dočasná sexuální dysfunkce, další omezení se týkají případných komplikací ( dlouhodobá hospitalizace, poruchy hybnosti, snížení výkonnosti, u led. selhání až nutnost umělé ledviny., u jaterního selhání výrazné omezení životosprávy).  
- vlivem podání anestetik, léků tlumící bolest, režimovými opatřeními při hospitalizaci na JIP, ARO atd. se může pooperačně rozvinout přechodný stav zmatenosti a neklidu. Hrozí poranění operované oblasti, pacient je v riziku pádu, jsou ohroženy invazivní vstupy potřebné k jeho léčbě.

Proto souhlasím, na nezbytně dlouhou dobu, s omezením pohybu kurtací horních končetin a podání tlumících léků. O tomto postupu bude informována osoba uvedená v Záznamu o poskytnutí informací o zdravotním stavu.  
ANO / NE

Vytištěno dne: 26. října 2024

Tisk provedl(a): MUDr. Martin Stoklátska

Stránka 1 z 2

Zdroj: Databáze informovaných souhlasů Nemocnice Prostějov

AGEL Středomoravská nemocniční a.s., Nemocnice AGEL Prostějov, Mathonova 291/1, 796 04 Prostějov, IČ: 27797660  
Anesteziologicko - resuscitační oddělení

### ZÁZNAM O INFORMOVANÉM SOUHLASU

#### Souhlas s celkovou anestézií

Špatková Aneta

Dat. nar.: 12.11.1983

Kód poj.: 111

Č. poj.: 123456789

Propuštění pacienta/ky po ambulantním výkonu do domácí péče : mimo výše uvedené, po opuštění zdravotnického zařízení nesmíte zůstat bez dozoru následujících 24 hodin, pokud nebudete zvracet, můžete po propuštění začít přijímat tekutiny (čaj, voda) ,teprve potom doporučujeme malé porce lehkých jídel. Můžete trpět bolestmi ve svalech, v krku, operační ráně, eventuelně pozorovat i projevy zvýšené únavy.

Chirurgický nebo diagnostický výkon můžete podstoupit ambulantně pouze v případě, že jste schopni (a) a ochotni (a) dodržet výše uvedená doporučení a převzít zodpovědnost za svou rekonvalescenci po opuštění zdravotnického zařízení.

Při drobných zdravotních obtížích po ambulantním výkonu volejte svého ošetřujícího lékaře, při závažných obtížích (poruchy vědomí, dechu, krvácení apod.) volejte záchrannou službu - tel. 155

Léčebný režim a preventivní opatření ev. kontrolní léč. či vyšetřovací výkony:

Anesteziologická ambulance Vám vydá doporučení stran užívání některých léků (Anopyrin, warfarin, antihypertenziva atp.) které bude třeba respektovat cca týden před operací, v den operace cca 6 hod před výkonem nesmíte nic jíst, pít, kouřit musí přestat 24 hod. před výkonem, chronicky užívané léky si přineste do nemocnice, ale v den operace je neužívejte- lékař určí, které možno užít a které ne. Před výkonem je nutné vyjmout zubní protézy, oční čočky, šperky sponky do vlasů paruky, delší vlasy sepnout gumičkou, aby se vešly pod sterilní čepici obdrženou na sále, nepoužívat lak na nehty a minimálně make up- znemožňují klinické sledování .

Pacient byl náležitě poučen o možnosti odmítnout jakoukoli lékařskou péči a svobodně se rozhodnout o dalším alternativním postupu či ustoupení od výkonu.

#### PROHLÁŠENÍ PACIENTA/PACIENTKY

Byl jsem lékařem srozumitelným způsobem informován o zdravotním výkonu v rozsahu výše uvedeném. Měl jsem možnost klást lékaři doplňující dotazy, které mi byly srozumitelně zodpovězeny. Na základě podaných informací **uděluji s výkonem souhlas.**

Prohlašuji, že v případě výskytu neočekávaných komplikací, vyžadujících neodkladné provedení dalších zákroků nutných k záchraně mého života nebo zdraví, souhlasím s tím, aby byly tyto zákroky provedeny.

Jsem si vědom toho, že pokud změním své stanovisko, mohu svůj souhlas písemně odvolat.

#### ZDRAVOTNICKÝ PRACOVNÍK/PRACOVNICE, KTERÝ/Á POUČENÍ POSKYTL/A

MUDr. ~~.....~~ Přechováková

Datum a čas: 26.11.2021 11:24

Datum a čas:

.....  
Podpis lékaře/lékařky, který/á poučení poskytl/a

.....  
Podpis pacienta/pacientky nebo jeho/její zákonného zástupce

## **PŘÍLOHA P VII: NEJČASTĚJŠÍ OTÁZKY PACIENTA, PŘI STANOVENÉ DIAGNÓZE BŘIŠNÍ KÝLA**

1. Jedná se opravdu o kýlu?
2. Je operace nutná?
3. Jaké další vyšetření musím podstoupit?
4. Jaké komplikace může moje kýla mít?
5. Jak poznám uskřínutí kýly? Musím vyhledat okamžitě lékaře?
6. Bude lepší klasická operace nebo laparoskopická?
7. Jak dlouho budu muset být v nemocnici?
8. Používá se při operaci síťka?
9. Jaká anestezie je pro mou operaci kýly nejlepší?
10. Jaké komplikace a rizika s sebou operace přináší?
11. Za jak dlouho se budu moci vrátit do práce?
12. Kdy mohu opět začít sportovat?
13. Může se mi kýla udělat znovu?