

Wagotonia wysoce selektywna polega na przecięciu gałązek nerwu błędnego dochodzących do przedniej i tylnej powierzchni części wpustowej, dna i trzonu żołądka. Powoduje to zmniejszenie wydzielania soku żołądkowego.

Pyloroplastyka polega na podłużnym nacięciu ściany żołądka przed odźwiernikiem i ściany dwunastnicy za odźwiernikiem i poprzecznym zeszyciu ściany żołądka i dwunastnicy. Pyloroplastyka powoduje łatwiejsze przechodzenie treści żołądkowej do dwunastnicy.

Antrektomia polega na wycięciu części odźwiernikowej żołądka zawierającej komórki gastrynowe pobudzające wydzielanie soku żołądkowego. Część odźwiernikową żołądka oddziela się od jej połączeń z siecią większą, jelitem grubym, trzustką i wątrobą. Podczas preparowania zamyka się i przecina tętnice i żyły prowadzące krew do i z części odźwiernikowej żołądka. Część odźwiernikową odcina się od dwunastnicy i trzonu żołądka. Rekonstrukcję wykonuje się przez połączenie za pomocą szwów trzonu żołądka i dwunastnicy lub dwunastnicę zamyka się na stałe a trzon żołądka łączy się z jelitem cienkim (czczym).

Subtotalna resekcja żołądka polega na wycięciu trzonu i części odźwiernikowej żołądka. Trzon i część odźwiernikową żołądka oddziela się od jego połączeń z siecią większą, jelitem grubym, trzustką i wątrobą. Podczas preparowania zamyka się i przecina tętnice i żyły prowadzące krew do i z żołądka. Żołądek odcina się od dwunastnicy. Bliższy koniec dwunastnicy zamyka się na stałe. Dystalną część żołądka odcina się od dna i wpustu żołądka. Po usunięciu dystalnej części żołądka wytwarza się nowe połączenie pomiędzy dnem żołądka a jelitem (odtworzenie ciągłości, rekonstrukcja przewodu pokarmowego). W tym celu przecina się pętlę jelita cienkiego. Odcinek dalszy jelita cienkiego (prowadzący do jelita grubego) podciąga się ku górze i przyszywa do dna żołądka (zespolecie żołądkowo-jelitowe) wytwarzając nową drogę pokarmową. Odcinek bliższy jelita cienkiego prowadzący z dwunastnicy soki trawienne przyszywa się do boku jelita cienkiego wytworzonej drogi pokarmowej (zespolecie jelitowo-jelitowe). W ten sposób do nowej drogi pokarmowej dostarczane są enzymy trawienne wydzielane do dwunastnicy przez trzustkę i wątrobę. Czasami rekonstrukcję przewodu pokarmowego można wykonać bez przecinania pętli jelita cienkiego. Wtedy przyszywa się bok pętli jelita cienkiego do dna żołądka.

Przy takiej rekonstrukcji często występują żółciowe zapalenia żołądka.

Całkowita resekcja żołądka polega na wycięciu całego żołądka. Żołądek oddziela się od jego połączeń z siecią większą, jelitem grubym, śledzioną, przeponą, trzustką i wątrobą. Podczas preparowania zamyka się i przecina tętnice i żyły prowadzące krew do i z żołądka. Żołądek odcina się od dwunastnicy. Bliższy koniec dwunastnicy zamyka się na stałe. Żołądek odcina się od przetyku. Po usunięciu żołądka wytwarza się nowe połączenie pomiędzy przetykiem a jelitem (odtworzenie ciągłości, rekonstrukcja przewodu pokarmowego). W tym celu przecina się pętlę jelita cienkiego. Odcinek dalszy jelita cienkiego (prowadzący do jelita grubego) podciąga się ku górze i przyszywa do końca przetyku (zespolecie przetykowo-jelitowe) wytwarzając nową drogę pokarmową. Odcinek bliższy jelita cienkiego prowadzący z dwunastnicy soki trawienne przyszywa się do boku jelita cienkiego wytworzonej drogi pokarmowej (zespolecie jelitowo-jelitowe). W ten sposób do nowej drogi pokarmowej dostarczane są enzymy trawienne wydzielane do dwunastnicy przez trzustkę i wątrobę. W przypadku słabego ukrwienia jelita cienkiego nową drogę pokarmową można odtworzyć z wykorzystaniem jelita grubego.

W bliskim związku z żołądkiem pozostaje śledziona. Jest to narząd, który łatwo ulega uszkodzeniu i czasami istnieje konieczność usunięcia śledziony razem z żołądkiem. W przypadku stwierdzenia nieznanych wcześniej odrębności anatomicznych lub wcześniej nie zidentyfikowanych patologii jamy brzusznej zabieg operacyjny może ulec modyfikacji w zakresie koniecznym do uzyskania najbardziej korzystnego efektu leczniczego lub zmniejszenia ryzyka groźnych powikłań.

IV. Opis innych dostępnych metod leczenia

Leczenie farmakologiczne: stosowanie w formie dożylniej a następnie doustnej leki hamujące wydzielanie soku żołądkowego. Poprawiają one warunki krzepnięcia krwi w żołądku i dwunastnicy oraz gojenia uszkodzeń błony śluzowej. W przypadku intensywnego krwawienia leczenie farmakologiczne charakteryzuje się ograniczoną skutecznością. W leczeniu wspomagającym stosuje się również antybiotyki przeciwko bakterii żołądkowej *Helicobacter pylori* oraz resuscytację płynową (kroplówki) czy przetoczenia preparatów krwiopochodnych.

Zabiegi endoskopowe: wykonywane są w trakcie gastroskopii. Wykonywane są 3 rodzaje zabiegów endoskopowych. Pierwszy polega na wstrzyknięciu za pomocą igły endoskopowej w okolicę krwawiącego naczynia lub tkanki płynu zawierającego substancje powodujące obkurczenie krwawiących naczyń, ich zamknięcie lub uciśnięcie. Drugi rodzaj zabiegów endoskopowych polega na zamykaniu krwawiących naczyń za pomocą sond endoskopowych powodujących koagulację termiczną (sondy cieplne), elektryczną (monopolarną, bipolarną, argonową) lub świetlną (laser). Trzeci rodzaj zabiegów endoskopowych polega na mechanicznym zamykaniu krwawiącego naczynia za pomocą metalowych klipsów, pętli endoskopowych itp. Zabiegi endoskopowe mogą zatamować krwawienie, ale najczęściej nie leczą przyczyny krwawienia.

Zabiegi radiologii interwencyjnej polegają na zamknięciu krwawiącego naczynia od strony jego światła. Dostęp do układu tętnic uzyskuje się najczęściej poprzez nakłucie i zacewnikowanie tętnicy udowej w okolicy pachwiny. Następnie cewnik przeprowadza się pod kontrolą obrazu radiologicznego przez aortę do tętnic prowadzących krew do żołądka i jelit. Podanie kontrastu lokalizuje miejsce krwawienia, które następnie uszczelnia się (embolizuje) specjalnymi substancjami lub narzędziami.

V. Opis powikłań standardowych związanych z proponowaną procedurą medyczną lub operacją

Omówione powyżej leczenie może powodować szereg powikłań: śródoperacyjnych oraz wczesnych i późnych pooperacyjnych. **Do ważniejszych powikłań można zaliczyć:**

- uszkodzenie sąsiednich narządów (np. śledziona, wątroby, trzustki, jelit, nerek, przepony, nerwów, naczyń krwionośnych) wymagające ich naprawy lub usunięcia. Ryzyko wzrasta przy otyłości, zaburzonych stosunkach anatomicznych, po przebytych zabiegach operacyjnych w jamie brzusznej, po przebytych stanach zapalnych i/lub zrostach;
- krwawienia, przy których zachodzi konieczność transfuzji krwi, zabiegów endoskopowych lub operacyjnych;

- nieszczelność w zespoleniu przetykowo-jelitowym, żołądkowo-jelitowym, dwunastnicy lub zespoleniu jelitowo-jelitowym, mogące prowadzić do wytworzenia zbiorników ropnych, przetok jelitowych, zapalenia otrzewnej i konieczności ponownej operacji;
- zapalenie trzustki, przetoka trzustkowa;
- infekcja rany pooperacyjnej: może prowadzić do przedłużonego gojenia, powstawania ropni lub przetok, rozejścia się rany; ze względu na osłabienie odporności związane z chorobą i leczeniem każda infekcja może wywołać stan septyczny;
- uszkodzenia skóry przez środki dezynfekcyjne lub prąd elektryczny;
- zbyt duże i nieestetyczne blizny, które mogą powstać w wyniku skłonności osobniczych lub zaburzeń w procesie gojenia ran;
- powikłania kardiologiczne: niedokrwienie i/lub zawał mięśnia sercowego; zaburzenia rytmu serca, niewydolność serca, zaburzenia ciśnienia tętniczego prowadzące do zaburzeń ukrwienia innych narządów w tym mózgu;
- tworzenie się zakrzepów i zatorów np. zakrzepowe zapaleniem żył, zator tętnicy płucnej, udar mózgowy itp.;
- powikłania oddechowe: zapalenie płuc, płyn w jamach opłucnowych, niewydolność oddechowa;
- powikłania neurologiczne dotyczące zaburzeń czucia obwodowego, zaburzeń widzenia, słyszenia, porażen nerwów obwodowych, uszkodzeń mózgu lub rdzenia kręgowego o charakterze przemijającym lub utrwalonym;
- zaburzenia nastroju, zaburzenia zachowania i zaburzenia psychiczne o charakterze przemijającym lub utrwalonym;
- ból spowodowany uszkodzeniem nerwów obwodowych, splotów nerwowych lub ośrodków nerwowych w mózgu lub rdzeniu kręgowym o charakterze przemijającym lub utrwalonym, bóle neuropatyczne;
- zakażenie wirusem zapalenia wątroby (tzw. żółtaczką zakaźną) lub HIV;
- niektóre powikłania mogą powodować poważne zagrożenie dla zdrowia i życia, mogą wymagać dodatkowych badań i zabiegów, czasami ponownej operacji, a czasami mogą doprowadzić do zgonu;
- w czasie operacji i w okresie pooperacyjnym mogą wystąpić również niespotykane dotąd powikłania o nieznanym przebiegu i następstwach.

VI. Opis zwiększonego ryzyka powikłań w związku ze stanem zdrowia pacjenta

(Miejsce w formularzu do indywidualnego wypełnienia przez lekarza opiekującego się pacjentem)

.....

.....

.....

VII. Opis prognozy pooperacyjnej i powikłań odległych

Leczenie operacyjne z powodu aktywnego intensywnego krwawienia opornego na leczenie endoskopowe lub dużego ryzyka nawrotu intensywnego krwawienia stwarza warunki do ustabilizowania układu krążenia, wyleczenia choroby podstawowej i powrotu do zdrowia.

Na podstawie dotychczasowej wiedzy trudno jest dokładnie określić długość przeżycia pacjentów i przewidywać rodzaj i okres, w którym mogą pojawić się późne powikłania. Po zabiegach resekcji żołądka w trakcie lub po spożyciu posiłków mogą wystąpić nieprzyjemne doznania, takie jak uczucie pełności w nadbrzuszu, skurczowe bóle brzucha, biegunka połączone z uderzeniem gorąca, przyspieszonym biciem serca, a nawet zawrotami głowy czy spadkiem ciśnienia krwi. Dla uniknięcia lub zmniejszenia nasilenia tych dolegliwości konieczna jest modyfikacja nawyków żywieniowych. Po operacji może dojść do utraty kilku kilogramów wagi ciała. Po resekcji żołądka mogą występować zaburzenia wchłaniania niektórych elementów, w tym żelaza, wapnia, białka czy witaminy B12, niezbędnej do odtwarzania krwinek czerwonych i prawidłowego funkcjonowania układu nerwowego. Po stwierdzeniu obniżonego stężenia tej witaminy we krwi może być konieczne przyjmowanie tej witaminy w formie zastrzyków domięśniowych. Po każdej operacji w jamie brzusznej może dojść do wytworzenia zrostów w jamie brzusznej, które nawet po latach mogą doprowadzić do niedrożności jelit. W różnym okresie od operacji może dojść do wystąpienia przepukliny pooperacyjnej. Kolejnym możliwym odległym powikłaniem po resekcji żołądka jest zwężenie w miejscu zespolenia powodujące utrudnienie w przyjmowaniu pokarmów (wymagające zabiegów rozszerzania na drodze endoskopowej lub operacyjnej). Po 15-20 latach od częściowej resekcji żołądka zwiększa się ryzyko powstania raka w pozostawionej części żołądka, co wymaga okresowej kontroli endoskopowej.

VIII. Opis możliwych następstw rezygnacji z proponowanego leczenia

Rezygnacja z leczenia operacyjnego krwawienia z żołądka i dwunastnicy może przyczynić się pogorszenia stanu pacjenta z pogłębieniem wstrząsu krwotocznego. Wstrząs krwotoczny jest bezpośrednim zagrożeniem życia i może być przyczyną śmierci.

IX. Oświadczenie pacjenta

Niniejszym oświadczam, iż zapoznałem/łam się z treścią niniejszego formularza oraz zostałem/łam poinformowany/na przez o proponowanym rodzaju leczenia.

Oświadczam, iż miałem/łam możliwość zadawania pytań dotyczących proponowanego leczenia i otrzymałem/łam na nie odpowiedź. Jeżeli ma Pan/Pani jeszcze jakieś pytania dotyczące proponowanego leczenia proszę wpisać je poniżej:

.....
.....
.....

Data i czytelny podpis pacjenta

Data i czytelny podpis przedstawiciela ustawowego

Wyrażam dobrowolnie zgodę na przeprowadzenie proponowanej operacji

Data i czytelny podpis pacjenta

Data i czytelny podpis przedstawiciela ustawowego

Nie wyrażam zgody na przeprowadzenie proponowanej operacji

Data i czytelny podpis pacjenta

Data i czytelny podpis przedstawiciela ustawowego

(Uzasadnienie przez pacjenta/przedstawiciela ustawowego odmowy wyrażenia zgody na przeprowadzenie proponowanej procedury medycznej /zabiegu**)**

.....
.....
.....

Oświadczam, że podczas wywiadu lekarskiego i badania nie zataiłem/łam istotnych informacji dotyczących stanu zdrowia , badań, oraz przebytych chorób.

Data i czytelny podpis pacjenta

Data i czytelny podpis przedstawiciela ustawowego

Data, pieczętka i podpis lekarza udzielającego informacji o proponowanej metodzie leczenia

.....

** W przypadku braku numeru PESEL wpisać rodzaj i numer dokumentu tożsamości*

*** niepotrzebne skreślić*