

První dny po operaci je pacientovi pouze vytírána dutina ústní, nemůže se napít. Výživa je zpočátku podávána do žíly (parenterálně), dle laboratorních výsledků a celkového stavu pacient postupně zkouší čaj, bujón, popřípadě nutridrinky. Bolest je korigována analgetiky (léky proti bolesti) podávanými nitrožilně nebo do epidurálního katétru, který je zaveden do páteřního kanálu.

Rehabilitace probíhá ihned po zákroku, nejprve dechová rehabilitace, posléze sed na lůžku, stoj u lůžka a chůze po oddělení. Vše dle zdravotního stavu pacienta. Pacientovi jsou na lůžku v pooperačním období zkracovány či vytaženy drény. Ve stabilním stavu je přeložen na standardní oddělení I. chirurgické kliniky, kde probíhá následná pooperační péče a rehabilitace.



Zpracovala:

Mgr. Lenka Malíšková

Ilustrace:

Archiv FNOL

Fm-L009-027-IM-IPCHO- 001 (v1)

Kontakt

Fakultní nemocnice Olomouc
I. P. Pavlova 185/6, 779 00 Olomouc
tel.: +420 588 411 111
e-mail: info@fnol.cz
www.fnol.cz



Fakultní nemocnice Olomouc
profesionalita a lidský přístup

Hypertermická intraperitoneální chemoterapie

Informační materiál pro pacienty



Peritoneální karcinomatóza

Celá řada nádorů pochází z břišní dutiny, nebo postihuje a metastazuje do útrobní či nástěnné pobřišnice (výstelky dutiny břišní). Tato skupina nádorů se označuje jako povrchové peritoneální (pobřišnicové) nádory, či peritoneální karcinomatóza. Prognóza těchto nádorů je vážná a paliativní léčba byla dlouho jedinou možnou metodou léčby.



Cytoredukční chirurgie a HIPEC (Hypertermická intraperitoneální chemoterapie)

Jedná se o složitý chirurgický výkon, jehož cílem je dosažení maximálního možného odstranění nádorové masy dutiny břišní. Celková délka chirurgické části výkonu se pohybuje i mezi 6 – 11 hodinami. V této operační době se odstraní veškerá viditelná nádorová ložiska ze všech zasažených orgánů. Chirurg po odstranění nádorových ložisek zavádí do dutiny břišní drény, prostřednictvím kterých je dutina břišní v průběhu výkonu vyplněna cca 3 – 4l litry fyziologického roztoku zahříváného na 42°C.

Do roztoku se poté přidá cytostatikum a dutina břišní je tímto roztokem promývána po dobu zhruba 90 minut. Cílem tohoto procesu je zničení nádorových buněk, které nebylo možné odstranit chirurgicky. Během tohoto výkonu se malá část cytostatika vstřebává i do krevního oběhu, nicméně v koncentracích výrazně nižších, než když se cytostatikum podává přímo do krevního řečiště. Díky tomu nebývají typické vedlejší účinky chemoterapie.

Také u této chirurgické metody platí, že ve většině případů nedosáhneme úplného vyléčení, a však v mnoha případech současně s onkologickou léčbou můžeme u vhodně vybraných pacientů prodloužit celkovou dobu bez příznaků nádorové nemoci. U některých vybraných typů nádorů tato léčba může vést i k úplnému vyléčení pacientů (přežití bez nádoru delší než 5 let).



Pooperační péče

Probíhá na oddělení IPCHO (Intenzivní péče chirurgických oborů).

Pacient je na umělé plicní ventilaci převezen z operačního sálu na box se zvýšeným hygienickým režimem. Zdravotnický personál používá ochranné pomůcky v podobě masky s respirátorem, pláště, silných rukavic a čepice. Tato opatření trvají 24hodin.

Co nejdříve po operaci je pacient extubován (odpojen od dýchacího přístroje). Po HIPEC je kontinuálně monitorováno EKG, dech, srdeční výdej, krevní tlak, saturace krve kyslíkem a bilance tekutin. Pacient má zavedeno množství invazivních vstupů – sondu do žaludku, 4 drény, případně hrudní drén. V případě nutnosti odstranění více než jedné části střeva, se zakládá přechodná ilestomie (vývod střeva na stěnu břišní) k zajištění klidného hojení. Tato stomie může být pouze dočasná.

Dále má pacient zaveden permanentní močový katétr, centrální žilní vstup, arteriální linku, případně epidurální katétr (prováděno na operačním sále v anestezii). Pacient je tedy napojen 24hodin na monitor u lůžka, infuzní pumpy a dávkovače s léky, což znamená ztížený pohyb v lůžku. Po extubaci je snaha o časnou mobilizaci na lůžku a zatížení zažívacího traktu dle možností pacienta.