

## OPERACE LAGOFTALMU (neschopnosti uzavřít oční štěrbinu)

### Vážená paní, vážený pane, vážení rodiče,

na základě předchozího vyšetření Vám/Vašemu dítěti ošetřující lékař doporučil provedení plastické úpravy ochablých víček, která znemožňují zavření oční štěrbinu Vašeho pravého/levého oka.

K provedení tohoto výkonu je potřeba Vašeho souhlasu. Pro usnadnění rozhodnutí Vám chceme podat následující informace.

### Důvod provedení výkonu

Neschopnost zavřít oční štěrbinu vede k vysychání povrchu oka a ke vzniku zánětu až vředu rohovky.

Příčinou tohoto stavu je většinou postižení lícního nervu nebo celkové stavy (bezvědomí apod.).

U dětí může být postižení lícního nervu vrozené. Příčinou může být také úraz, nádory v oblasti hlavy a krku, cévní mozková příhoda, onemocnění cukrovkou, výjimečně i virová infekce.

Při dlouhotrvající neschopnosti uzavřít oční štěrbinu je tedy vhodná operace – částečná tarsorafie – tj. sešití zevní části víček. Operace se provádí v místním znecitlivění.

### Možnosti léčby/řešení zdravotního problému

Při lehkém postižení víček se aplikují do oka kapky typu umělých slz + gel, dále můžeme zvážit zalepení víček náplastí. Z chirurgických zákroků je variantou (jinou možností) léčby implantát ze zlata, titanu nebo platiny, který je vsít pod sval horního víčka. Tíha a gravitace (zemská přitažlivost) pak pomohou víčko zavírat. V některých případech se provádí transplantace nervů (provádí jiný než oční specialista).

### Příprava k výkonu

Operaci provádíme buď ambulantně nebo za hospitalizace (při pobytu v nemocnici) v místním znecitlivění.

Před nástupem do nemocnice podstoupíte interní (provede specialista na choroby vnitřní) předoperační vyšetření, které Vám zajistí Váš praktický lékař. Lékař zhodnotí výsledky a vyjádří se k Vaší způsobilosti podstoupit místní či celkové znecitlivění. V případě, že jste alergická/ý (projevy přecitlivělosti, např. vyrážka, dušnost apod.) na některé léky, upozorněte na to Vašeho ošetřujícího lékaře. Stejně tak upozorněte na to, zda berete protisrážlivé léky (na tzv. ředění krve), které je třeba s časovým předstihem vysadit, aby se upravila krevní srážlivost.

### Postup při výkonu

Před operací Vám bude sestra kapat do postiženého oka dezinfekční kapky. Před vlastním operačním zákrokem Vám sestra aplikuje (podá) do svalu injekci se zklidňujícím lékem.

Na operačním sále Vám bude oko a jeho okolí nejprve očištěno dezinfekčním roztokem, k nosu Vám budou připevněny „kyslíkové brýle“ (přívod kyslíku do nosních průduchů cestou dvou krátkých trubiček na přívodní trubici). Celý obličej pak bude přikryt operační rouškou. Po aplikaci znecitlivující látky do postižených víček provede lékař jejich sešití v zevní třetině, čímž se zmenší velikost oční štěrbinu, ale nezhorší se vidění. Po operaci Vám do oka aplikujeme mast s antibiotikem a oko překryjeme sterilním obvazem. Výkon trvá obvykle 30 - 45 min.

Kožní stehy Vám budou odstraněny za 7 - 10 dní po výkonu.

V případě, že se za několik měsíců nebo let funkce nervu obnoví, můžeme sešití víček další operací zrušit.

### Rizika a možné komplikace výkonu

Možné operační komplikace výkonu jsou krvácení do měkkých tkání víček a okolí oka, které mají vedlejší kosmetický efekt a obvykle do 2 týdnů spontánně (samovolně) odezní. Dále může dojít k alergické reakci na léky. V tomto případě se vysadí léky, které alergii způsobily a nasadí se léky na tlumení vzniklých potíží.

### Chování po výkonu, možná omezení

V domácím ošetření budete muset dodržovat léčebný režim stanovený ošetřujícím lékařem, kapat kapky do oka, aplikovat mast na ránu a dostavit se na kontrolu v daný termín. Délka pracovní neschopnosti se pohybuje v rozmezí několika dnů až týdnů. Po dobu hojení nedoporučujeme řídit motorové vozidlo, dále

nedoporučujeme koupání v bazénech a pobyt v prašném prostředí, aby nedošlo k druhotnému zánětu operační rány.

### Prohlášení

Byl/a jsem podrobně seznámen/a u plánovaného zdravotního výkonu se všemi alternativami léčby, s jejich výhodami a riziky a měl/a jsem možnost si jednu z alternativ zvolit (pokud výkon nepodléhá zvláštním právním předpisům).

Byl/a jsem seznámen/a s možnými omezeními v obvyklém způsobu života a v pracovní neschopnosti po výkonu, s možnými očekávanými změnami zdravotního stavu a zdravotní způsobilosti.

Byl/a jsem seznámen/a s léčebným režimem, vhodnými preventivními opatřeními a s možnými kontrolními zdravotními výkony.

**Prohlašuji, že jsem mohl/a klást doplňující otázky, na které mi bylo řádně odpovězeno, a že jsem informacím a poučení plně porozuměl/a a souhlasím s navrhovaným postupem.**

V případě výskytu neočekávaných komplikací vyžadujících neodkladné provedení dalších zákroků nutných k záchraně života nebo zdraví souhlasím, aby byly provedeny veškeré další potřebné a neodkladné výkony nutné k záchraně života nebo zdraví.

Pacient/ka: ..... Rodné číslo: .....

titul příjmení jméno

Zákonný zástupce: ..... Příbuzenský vztah: .....

titul příjmení jméno

V Plzni dne ..... v ..... hodin .....  
podpis pacienta/pacientky nebo zákonného zástupce

Lékař/ka provádějící poučení: .....  
titul příjmení jméno podpis

**Vyplňte v případě, že pacient/ka nemůže s ohledem na svůj zdravotní stav poučení podepsat (např. úraz horní končetiny):**  
Současný zdravotní stav pacienta/pacientky nedovoluje, aby podepsal/a informovaný souhlas, protože:

### Způsob projevu vůle (souhlasu):

kývnutím hlavy  gestem: .....  očima  jinak: .....

Svěddek: .....  
titul příjmení jméno podpis