

DANE PACJENTA

NR KSIĘGI GŁÓWNEJ/ODDZIAŁOWEJ

DANE PLACÓWKI

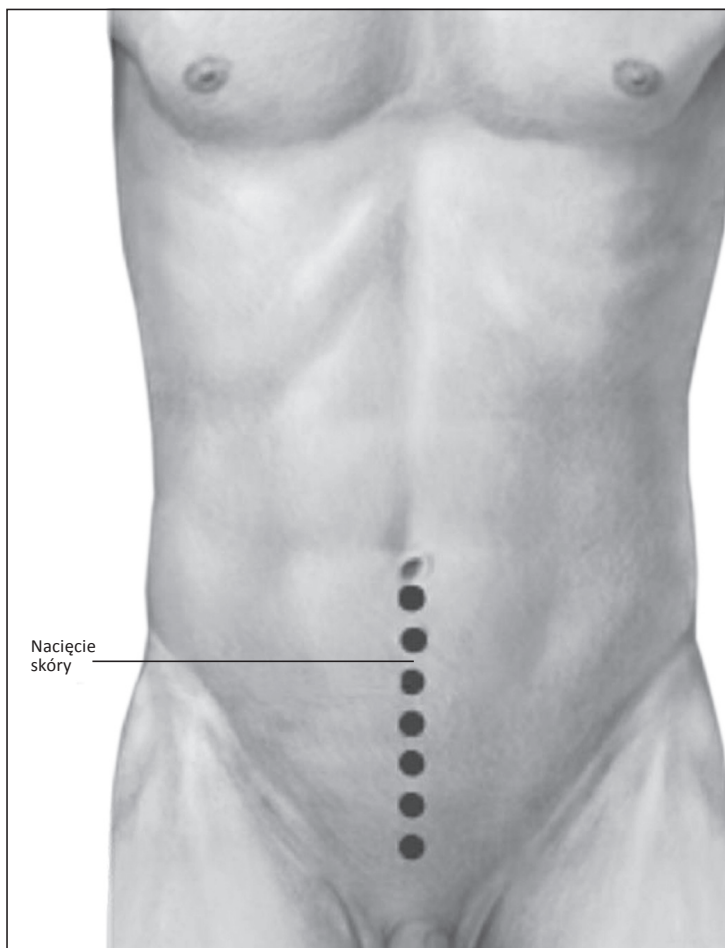
INFORMACJA O PLANOWANYM ZABIEGU UROLOGICZNYM

Prostatektomia radykalna (PR)

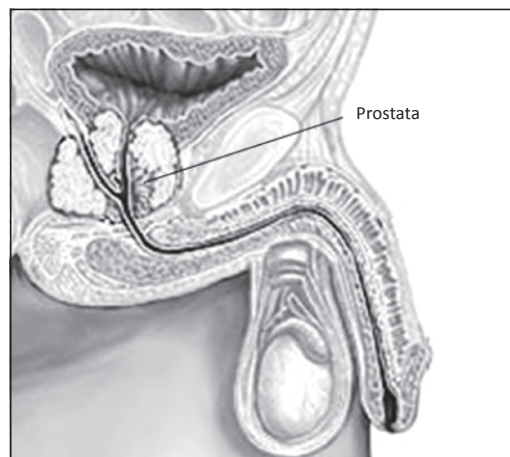
Na podstawie biopsji gruczołu krokowego (inne nazwy to: prostata, stercz) rozpoznano u Pana nowotwór tego narządu. Wykonane badania wskazują na zaawansowanie choroby, które jest wskazaniem do całkowitego (radykalnego) usunięcia stercza metodą prostatektomii radykalnej (PR). Poniżej znajdują się podstawowe informacje o operacji, którą Panu zaproponowano. Proszę się z nimi zapoznać i omówić nasuwające się pytania z urologiem prowadzącym.

Prostatektomia radykalna (PR) – definicja

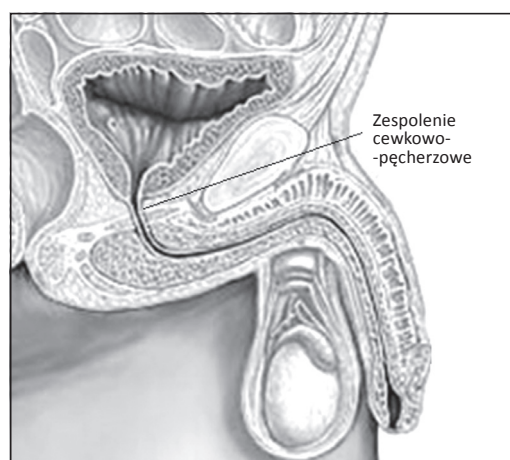
Prostatektomia radykalna jest uznanym i skutecznym sposobem leczenia mężczyzn z rakiem stercza. Operację tę przeprowadza się w znieczuleniu ogólnym dotchawiczym (pełne uśpienie chorego). Radykalne wycięcie gruczołu krokowego polega na całkowitym usunięciu prostaty i pęcherzyków nasiennych. W większości przypadków wykonuje się również limfadenektomię miedniczną (usunięcie węzłów chłonnych rejonu miednicy mniejszej). Operacja przeprowadzana jest w technice otwartej pozaotrzewnowo i zaczyna się od wykonania cięcia skórno-go długości około 15 cm w podbrzuszu, pomiędzy pępkiem a spojeniem łonowym (ryc. 1). Następnie operator odsuwa jelita i pokrywającą je otrzewną tak, aby ich nie uszkodzić, i odsłania pęcherz moczowy oraz stercz.



Ryc. 1. Cięcie skórne podczas prostatektomii radykalnej



Ryc. 2. Położenie anatomiczne narządów miednicy mniejszej przed operacją



Ryc. 3. Stan po usunięciu prostaty i pęcherzyków nasiennych oraz po zespoleniu cewki z pęcherzem moczowym

Podczas operacji wycina się całą prostatę z nowotworem, pęcherzyki nasienne oraz w większości przypadków węzły chłonne okolicy miednicy mniejszej (ryc. 2). Ponieważ wraz ze sterczem usuwa się przebiegający przez niego odcinek cewki moczowej, kolejnym etapem operacji jest wytworzenie zespolenia cewkowo-pęcherzowego, polegające na odtworzeniu ciągłości dolnych dróg moczowych poprzez przyszycie cewki do pęcherza moczowego (ryc. 3). Pod koniec operacji wycięte narządy są usuwane z jamy brzusznej i wysyłane do szczegółowego badania histopatologicznego. Po operacji pozostawiany jest na okres 1–3 dni dren asekuracyjny w celu kontroli krwawienia pooperacyjnego oraz ewentualnego wyciekania moczu i chłonki. W pęcherzu moczowym umieszcza się cewnik, przez który odpływa mocz. Cewnik zwykle usuwany jest po upływie kilku do kilkunastu dni. Ma to na celu umożliwienie wygojenia zespolenia cewkowo-pęcherzowego.

Kiedy wykonuje się prostatektomię radykalną

Po przedstawieniu przez urologa/onkologa możliwych sposobów leczenia Pańskiej choroby wybrał Pan leczenie metodą prostatektomii radykalnej. Umożliwia ona całkowite usunięcie choroby nowotworowej. Po wycięciu gruczołu krokowego możliwe jest wykonanie szczegółowej oceny histopatologicznej całego narządu w celu ustalenia rzeczy-

wistego stopnia zaawansowania i agresywności raka. Umożliwia to określenie dalszego rokowania, prawdopodobieństwa wznowy nowotworu i ustalenie wskazań do zastosowania ewentualnego leczenia uzupełniającego, takiego jak radioterapia lub leczenie farmakologiczne.

Do tej operacji kwalifikowani są mężczyźni w dobrym ogólnym stanie zdrowia, z szacunkową długością przeżycia ponad 10 lat, u których na podstawie wykonanych przed operacją badań stwierdzono raka ograniczonego do stercza, o niskim i umiarkowanym stopniu agresywności. Pacjent jest kwalifikowany do prostatektomii radykalnej po omówieniu z urologiem prowadzącym wszystkich dostępnych metod postępowania oraz związanych z nimi następstw i potencjalnych powikłań.

W wybranych przypadkach również pacjenci z miejscowo zaawansowanym rakiem stercza (nowotwór nacieka poza torebkę narządu) mogą być kandydatami do tej operacji jako elementu leczenia wielodyscyplinarnego. Wówczas jednak istotnie wzrasta ryzyko powikłań pooperacyjnych, a potencjalne korzyści onkologiczne związane z wycięciem stercza są niepewne. Dlatego wskazania do leczenia operacyjnego w tej grupie pacjentów stawiane są ostrożnie, u dobrze poinformowanych chorych.

W wyjątkowych przypadkach prostatektomia może być wykonana jako leczenie uzupełniające w sytuacji niepowodzenia (wznowy) po przebytej radioterapii stercza. Wówczas tę operację określa się mianem „prostatektomii ratującej”. Ryzyko powikłań jest wówczas wysokie, dlatego takie postępowanie może być brane pod uwagę w ściśle wyselekcjonowanych przypadkach.

Ryzyko wystąpienia powikłań pooperacyjnych

Chociaż prostatektomia radykalna jest skuteczną i bezpieczną metodą leczenia raka prostaty, z operacją tą związane jest ryzyko wystąpienia pewnych następstw i powikłań. Należą do nich:

- **Masywne krwawienie.** Jest powikłaniem występującym raczej rzadko (mniej niż 10% pacjentów). Podczas operacji i w okresie pooperacyjnym może niekiedy dochodzić do utraty krwi w stopniu wymagającym jej przetoczenia. Gruczoł krokowy jest narządem bardzo silnie ukrwionym, dlatego w przypadku wysokiego miejscowego zaawansowania choroby nowotworowej lub bardzo dużego stercza ryzyko poważnego krwawienia jest istotnie zwiększone. Obecnie konieczność transfuzji krwi zdarza się dość rzadko, natomiast jej wystąpienia nie można jednoznacznie w żadnym przypadku wykluczyć. Brak Pana zgody na ewentualne przetoczenie krwi i preparatów krwio-pochodnych musi zostać zgłoszony przed zabiegiem i najprawdopodobniej skutkować będzie zdyskwalifikowaniem Pana z tej operacji.
- **Zaburzenia trzymania moczu.** Usuwając gruczoł krokowy, wycina się również fragment cewki moczowej przechodzący przez prostatę. Pod koniec operacji odtwarzana jest ciągłość układu moczowego poprzez wytworzenie zespolenia cewkowo-pęcherzowego (przyszycie kikuta cewki moczowej do pęcherza z pozostawieniem cewnika pęcherzowego na okres 7–10 dni po operacji). Opisana powyżej ingerencja w ciągłość dolnych dróg moczowych skutkuje u większości pacjentów zaburzeniami trzymania moczu, które w początkowym okresie po usunięciu cewnika pęcherzowego mogą

mieć różne nasilenie (od niekontrolowanego wypływu kilku kropel moczu do całkowitego nietrzymania moczu – stałego wypływu moczu z cewki). W pierwszych dniach po usunięciu cewnika dolegliwości te dotyczą znacznej części pacjentów, natomiast przeważnie w większości przypadków szybko ustępują. Trzymanie moczu zwykle wraca do normy w ciągu 6–12 miesięcy od operacji. Ciężkie, przewlekłe nietrzymanie moczu występuje po prostatektomii radykalnej otwartej stosunkowo rzadko (u mniej niż 5% operowanych). Częstość występowania nietrzymania moczu w dużym stopniu zależy od doświadczenia ośrodka, w którym ta operacja jest wykonywana. Umiarkowane do słabo nasilonych objawów nietrzymania moczu (wyciek kilku kropli moczu podczas kaszlu, kichania, wysiłku fizycznego) występuje u około 15% operowanych. Poprawa w zakresie trzymania moczu następuje wraz z czasem upływającym od operacji i istotnie zależy od stosowania się do zaleceń pooperacyjnych (regularne ćwiczenia mięśni dna miednicy, unikanie zaparć, utrzymanie odpowiedniej higieny osobistej). Ogółem po upływie 12 miesięcy od prostatektomii prawidłowe trzymanie moczu powraca u około 85–90% pacjentów.

- **Zaburzenia wzwodu prącia.** Definiuje się je jako brak możliwości osiągnięcia i utrzymania erekcji umożliwiającej odbycie satysfakcjonującego stosunku płciowego. Do wystąpienia zaburzeń erekcji dochodzi w związku z uszkodzeniem unerwienia prącia w trakcie usuwania prostaty. W bezpośrednim sąsiedztwie gruczołu krokowego przebiegają tzw. pęczki naczyniowo-nerwowe zawierające nerwy jamiste odpowiedzialne za wywoływanie wzwodu. Podczas usuwania stercza często dochodzi do ich nieodwracalnego uszkodzenia, co skutkuje wystąpieniem utrwalonych zaburzeń potencji. W wybranych przypadkach (nisko zaawansowany rak stercza, korzystne warunki anatomiczne) możliwe jest wykonanie prostatektomii z jednostronnym lub obustronnym zaoszczędzeniem pęczków naczyniowo-nerwowych, co zwiększa szansę pacjenta na zachowanie wzwodów. Jednak nawet pomimo zastosowania techniki oszczędzającej u większości chorych dochodzi do przejściowego upośledzenia funkcjonowania zachowanych nerwów jamistych, utrzymującego się przez kilka miesięcy. Po tym czasie u około 40% pacjentów z jednostronnym zaoszczędzeniem nerwów i u 60% chorych, u których zachowano unerwienie obustronnie, dochodzi do powrotu spontanicznie występujących wzwodów prącia. Często erekcje są słabsze i trwają krócej niż przed operacją. Wówczas konieczne może okazać się stosowanie dodatkowego leczenia (leki doustne, zastrzyki doprąciowe, żel docewkowy, aparaty próżniowe). Istotnym czynnikiem jest profilaktyka rozwoju utrwalonych zaburzeń potencji, polegająca na wcześniej rozpoczętej rehabilitacji farmakologicznej, która powinna zostać rozpoczęta w ciągu pierwszych 3 miesięcy po prostatektomii. Leczenie takie polega na regularnym przyjmowaniu tabletek lub wykonywaniu zastrzyków ze środków wywołujących wzwód. Takie postępowanie dodatkowo istotnie redukuje ryzyko wystąpienia utrwalonych zaburzeń potencji. Istotnym czynnikiem poprawiającym szansę na powrót prawidłowych wzwodów jest masturbacja. Jest ona zalecana już wtedy, gdy osiąga Pan częściowe erekcje, gdyż poprawia ukrwienie prącia. W przypadku ciężkich zaburzeń wzwodu niepoprawiających się po leczeniu farmakologicznym możliwe jest leczenie chirurgiczne, polegające na implantacji protez ciał jamistych prącia. Leczenie to, pomimo istotnej inwazyjności, pozwala na przywrócenie możliwości osiągnięcia prawidłowej erekcji u większości mężczyzn. Szczegółowe informacje na ten temat uzyska Pan od urologa prowadzącego. Warto taką rozmowę przeprowadzić w obecności partnerki, ponieważ zrozumienie problemu przez obydwoje partnerów może znacznie ułatwić podjęcie odpowiedniej decyzji.

Przyczyną tych zaburzeń jest jednoczesne usunięcie stercza i pęcherzyków nasiennych. Natomiast wrażenia czuciowe pozostaną niezmienione, nadal możliwe będzie odczuwanie orgazmu. Jeśli planuje Pan posiadanie potomstwa, proszę ten problem omówić z urologiem prowadzącym, ponieważ konieczne może okazać się zdeponowanie nasienia.

- **Zwężenie zespolenia cewkowo-pęcherzowego.** Czasami po operacji w wyniku zbliznowacenia może dojść do zwężenia w obrębie szyi pęcherza moczowego (okolica, do której przyszyta jest cewka moczowa). Jeśli zaobserwuje Pan u siebie stopniowe osłabianie się strumienia moczu i narastanie trudności podczas mikcji (oddawania moczu), proszę zgłosić się do urologa prowadzącego. Może okazać się konieczne wykonanie dodatkowego zabiegu endoskopowego, polegającego na poszerzeniu zespolenia cewkowo-pęcherzowego cystoskopem (wziernikiem) wprowadzonym do cewki moczowej. W praktyce po operacji usunięcia prostaty powikłanie to występuje rzadko (mniej niż 5% operowanych).
- **Nieszczelność zespolenia cewkowo-pęcherzowego.** Niekiedy zespolenie (miejsce przyszycia cewki do pęcherza moczowego) może być nieszczelne. Wówczas występuje tzw. zacieki moczu, co objawia się przedłużonym wyciekaniem moczu z drenu asekuracyjnego. Wówczas konieczne może być dłuższe utrzymanie drenu (2–3 tygodnie), czasami pacjent wychodzi do domu z pozostawionym drenem i zgłasza się na regularne kontrole. Po ustaniu wycieku dren jest usuwany. Powikłanie to występuje bardzo rzadko, dotyczy około 1% pacjentów.
- **Torbiel chłonna (tzw. limfocele).** Jest to powstanie otorbionego zbiornika płynowego w miednicy mniejszej, zawierającego chłonkę (płyn krążący w układzie limfatycznym). Zbiornik taki może wytworzyć się szczególnie po rozległej limfadenektomii (wycięcie węzłów chłonnych miednicy mniejszej). Znaczną liczbę węzłów usuwa się w przypadku podejrzenia wyższego stopnia zaawansowania choroby nowotworowej. Powstały zbiornik chłonki może uciskać na narządy miednicy mniejszej (pęcherz moczowy, odbytnica) i powodować zaburzenia oddawania moczu i stolca oraz utrzymujący się przewlekły ból i dyskomfort. Wówczas konieczne może być zdrenowanie (nakłucie i opróżnienie) torbieli lub, w przypadku dużych zmian, dodatkowa operacja laparoskopowa, podczas której torbiel zostanie usunięta. Powstanie limfocele po prostatektomii radykalnej jest powikłaniem, które dotyczy około 5% operowanych.
- **Zakażenie rany pooperacyjnej.** Każdy zabieg, podczas którego przecina się skórę, jest związany z ryzykiem zakażenia, zropienia i rozejścia się rany. Jeśli zaobserwuje Pan sączenie treści ropnej z którejś z ran lub jej rozejście, proszę niezwłocznie zgłosić się do urologa prowadzącego. Konieczna może okazać się odpowiednia pielęgnacja rany, stosowanie specjalnych opatrunków oraz leczenie antybiotykami.
- **Zakażenie układu moczowego.** Każda operacja przeprowadzana w obrębie układu moczowego obarczona jest ryzykiem wystąpienia infekcji. Po operacji będzie Pan miał pozostawiony cewnik w pęcherzu przez okres 7–10 dni. W tym czasie ważne jest odpowiednie postępowanie – przyjmowanie co najmniej 2,5 l płynów na dobę, zachowanie odpowiedniej higieny osobistej oraz regularna wymiana worków na mocz (co 2–3 dni). Prawdopodobieństwo wystąpienia zakażenia układu moczowego można

zmniejszyć stosując leki oparte na preparatach żurawiny. Natomiast jeśli po usunięciu cewnika będzie Pan odczuwał ból i pieczenie w podbrzuszu oraz w cewce moczowej połączone z bardzo częstym oddawaniem małych porcji moczu i z częstymi porcjami na mocz, proszę niezwłocznie zgłosić się do urologa lub do lekarza rodzinnego. Konieczne może być wykonanie posiewu moczu (badanie bakteriologiczne) i włączenie antybiotykoterapii.

- **Uszkodzenie jelita grubego.** Jest to poważne, rzadko występujące powikłanie (mniej niż 1% operowanych). W trakcie usuwania stercza może dojść do niezamierzonego uszkodzenia (przejęcia) ściany odbytnicy, która przylega do tylnej powierzchni prostaty. Powikłanie to przeważnie występuje w przypadkach zaawansowanego miejscowo raka prostaty, gdzie naciek nowotworowy na tkanki otaczające stercz może istotnie utrudnić bezpieczne oddzielenie gruczołu krokowego od odbytnicy. Przeważnie uszkodzenie jelita jest zaopatrywane już podczas zabiegu prostatektomii. Wówczas konieczne może okazać się dłuższe utrzymanie cewnika (2–3 tygodnie) oraz przestrzeganie przez 3–5 dni po operacji ścisłej diety (bezwzględny zakaz spożycia pokarmów stałych). Ma to na celu umożliwienie prawidłowego wygojenia się odbytnicy i zespolenia cewkowo-pęcherzowego. W bardzo rzadkich przypadkach konieczna może być powtórna operacja, polegająca na otwarciu jamy brzusznej i czasowym wyłonieniu stomii jelitowej. W późniejszym okresie (zwykle po 6 miesiącach) możliwe jest odtworzenie ciągłości przewodu pokarmowego. Powikłanie wymagające tak rozległej operacji zdarza się niezmiernie rzadko (mniej niż 0,5% operowanych), ale jego wystąpienia, szczególnie w przypadkach bardziej zaawansowanego nowotworu, nie można całkowicie wykluczyć.

Jak przygotować się do prostatektomii radykalnej

Zgłaszając się w Izbie Przyjęć szpitala na zabieg planowy, konieczne należy mieć ze sobą skierowanie do szpitala oraz dokument tożsamości ze zdjęciem i numerem PESEL. Pakując się z myślą o hospitalizacji, należy przygotować się na około kilkudniowy pobyt i wziąć rzeczy, które w takim czasie mogą być przydatne. Absolutnie niezbędne jest zabranie ze sobą całej dostępnej dokumentacji medycznej, w tym wyników badań laboratoryjnych, histopatologicznych i obrazowych (opis w formie pisemnej oraz płyta CD/DVD z nagraniem badaniem), kart wypisowych z innych oddziałów i szpitali, a także od lekarza rodzinnego, wyników badań zleconych przed operacją, konsultacji specjalistycznych, informacji o przyjmowanych na stałe lekach, informacji i „paszportów” dotyczących implantów. Proszę też pamiętać o dokumentach, które mogą być potrzebne podczas sporządzania wypisu ze szpitala (NIP zakładu pracy, legitymacja Honorowego Dawcy Krwi, Kombatanta/Osoby Represjonowanej). Przed zabiegiem konieczne będzie całkowite usunięcie biżuterii (kolczyki, łańcuszki, pierścionki). Uprzejmie proszę zwłaszcza o zdjęcie obrączek i pierścionków z palców przed przyjęciem do szpitala, gdyż często okazuje się, że nie da się ich usunąć w dniu zabiegu bez ich uszkodzenia.

Opiekujący się Panem urolog przed operacją sprawdzi wyniki następujących badań: usg jamy brzusznej z oceną objętości prostaty i zalegania moczu po mikcji, uroflowmetria (pomiar przepływu cewkowego), badania laboratoryjne, badanie palcem przez odbytnicę. Bardzo istotne jest udzielenie lekarzowi dokładnych informacji o przyjmowanych lekach, ze szczególnym uwzględnieniem leków hamujących krzepnięcie krwi. Proszę przygotować kartkę z nazwami leków, które Pan stosuje.

Spożywanie posiłków i napojów w dniu operacji jest zabronione. Personel szpitala poprosi Pana o pozostanie na czczo. W praktyce oznacza to całkowity zakaz spożywania posiłków i płynów od północy dnia poprzedzającego operację. Może również zostać wykonana lewatywa. Ponadto w przeddzień zabiegu konieczne będzie ogolenie skóry w operowanej okolicy oraz kąpiel. W dniu operacji, rano, proszę przyjąć tylko te leki, które wskaże Panu urolog, i popić je minimalną ilością wody. W razie wątpliwości proszę koniecznie przyjęcie jakichkolwiek leków skonsultować z lekarzem prowadzącym. Nieprzestrzeganie powyższych zasad może poważnie zagrozić Pana zdrowiu i życiu oraz może być powodem czasowego zdyskwalifikowania Pana z zaplanowanej operacji.

Co należy wiedzieć o prostatektomii radykalnej

Podczas operacji. Prostatektomia radykalna trwa zwykle około 2–3 godzin. W tym czasie będzie Pan znieczulony. Standardowo stosuje się znieczulenie ogólne dotchawicze, polegające na całkowitym uspieniu pacjenta. Dzięki temu nie będzie Pan odczuwał żadnego bólu związanego z toczącą się operacją i zostanie Pan wybudzony dopiero po zakończeniu procedur zabiegowych. Jeśli nie zgłosi Pan sprzeciwu, operator niezwłocznie po zakończeniu procedur zabiegowych skontaktuje się telefonicznie z Pańską rodziną, aby przekazać jej najważniejsze informacje dotyczące przebiegu operacji.

Po operacji. Pobyt w szpitalu po zabiegu zwykle trwa kilka dni. Celem ograniczenia bólu pooperacyjnego będzie Pan otrzymywał środki przeciwbólowe. W pierwszej dobie po operacji będzie Pan mógł pić bez ograniczeń oraz spożywać pokarmy płynne i lekkostrawne. Pełną dietę otrzyma Pan w drugiej dobie po operacji. Po prostatektomii przez 1–2 dni będzie miał Pan pozostawiony dren asekuracyjny oraz cewnik w pęcherzu moczowym. Po tym okresie należy zgłosić się do Poradni Urologicznej w celu usunięcia cewnika z pęcherza moczowego. Rana skórna może zostać zaopatrzona szwami wchłanialnymi, które rozpuszczą się samoistnie po 2–3 tygodniach, lub tradycyjnymi szwami niewchłanialnymi, które wymagają usunięcia w Poradni Urologicznej po 10 dniach. Wskazane jest wcześniejsze zorganizowanie transportu do miejsca zamieszkania, gdyż w tak krótkim czasie po operacji nie powinien Pan prowadzić żadnych pojazdów. Może okazać się niezbędne utrzymanie cewnika w pęcherzu przez kilka dni po wypisaniu Pana do domu. Należy również w planach osobistych i zawodowych uwzględnić pooperacyjny okres przeznaczony na rekonwalescencję. Trwa on zwykle od 2 do 4 tygodni. W tym czasie nie powinien Pan wykonywać żadnej ciężkiej pracy fizycznej.

Po upływie kilku do kilkunastu dni po operacji we wskazanym miejscu otrzyma Pan wynik badania histopatologicznego. Po uzyskaniu wyniku badania należy w każdym przypadku zgłosić się do urologa prowadzącego. Ustalenie ostatecznego rozpoznania pooperacyjnego w oparciu o wynik badania histopatologicznego może mieć istotny wpływ na dalsze leczenie.

Jeśli zależy Panu na zachowaniu wzwodów prącia, w czasie od 6 tygodni do 3 miesięcy po operacji powinien Pan zgłosić się z tym problemem do urologa i jeśli w tym czasie nie zaobserwował Pan występowania erekcji, rozpocząć stosowną do wykonanej operacji (prostatektomia z lub bez zaoszczędzenia pęczków naczyniowo-nerwowych) „rehabilitację farmakologiczną”. Leczenie takie może polegać na regularnym przyjmowaniu leków doustnych lub wykonywaniu iniekcji doprąciowych połączonych ze stymulacją i próbami aktywności seksualnej (masturbacja, stosunek). Wcześniej wdrożone postę-

powanie może istotnie zapobiec rozwinięciu się nieodwracalnych zaburzeń potencji, dlatego warto to omówić z lekarzem prowadzącym.

W pierwszych tygodniach po prostatektomii mogą pojawić się następujące problemy:

- Ból podczas oddawania moczu, uczucie częstego parcia mocz, przejściowe utrudnienie w oddawaniu moczu. Dolegliwości te wynikają zwykle z pooperacyjnego obrzęku dróg moczowych i ustępują po upływie około 4 tygodni.
- Zaburzenie trzymania moczu o różnym nasileniu. Występuje u znacznej części operowanych, poprawa następuje w miarę upływu czasu od operacji. Bardzo istotne jest wykonywanie ćwiczeń mięśni dna miednicy, któreznacznie przyspieszają powrót prawidłowej funkcji dolnych dróg moczowych. Instrukcje na ten temat otrzyma Pan od swojego urologa prowadzącego.
- Krwimocz o umiarkowanym i słabym nasileniu w pierwszych dniach po wypisaniu ze szpitala. Dotyczy niedużej części operowanych. Krwawienie może również nawracać po kilku dniach oddawania czystego, słomkowego moczu. Ważne jest przyjmowanie co najmniej 2,5 l płynów na dobę oraz unikanie nadmiernego wysiłku fizycznego. Jeśli zaobserwuje Pan obfite krwawienie oraz wydostawanie się dużych ilości skrzepów, proszę niezwłocznie skontaktować się z urologiem lub zgłosić się do szpitala, gdzie był Pan operowany.

Wytyczne dotyczące rekonwalescencji po operacji prostatektomii radykalnej

- Proszę pić dużo płynów (co najmniej 2,5 l/dobę). Ma to na celu sprawne wypłukanie pęcherza ze skrzepów oraz przyspieszenie gojenia się cewki i pęcherza moczowego.
- Proszę nie dopuszczać do zaparć. W tym celu należy spożywać pokarmy zawierające dużo błonnika i unikać produktów działających zapierająco. W razie wątpliwości proszę to omówić z lekarzem prowadzącym.
- Proszę nie stosować żadnych leków doustnych hamujących krzepnięcie krwi. Ich zażycie może przyczynić się do wystąpienia masywnego krwimocz. Jeśli z powodu obciążeń kardiologicznych przed zabiegiem odstawił Pan doustne leki przeciwkrzepliwie i rozpoczął stosowanie iniekcji heparyny, proszę kontynuować leczenie iniekcjami przez co najmniej 2 tygodnie.
- Proszę powstrzymać się od wykonywania ciężkiej pracy fizycznej przez minimum 4–6 tygodni po operacji
- Proszę utrzymywać stosowną higienę osobistą. Wskazana jest codzienna kąpiel pod prysznicem, a po niej dezynfekcja rany i zmiana opatrunku. Aby zapobiec zainfekowaniu rany, proszę codziennie używać po kąpeli czystego ręcznika.
- Proszę niezwłocznie po usunięciu cewnika z pęcherza moczowego rozpocząć wykonywanie ćwiczeń mięśni dna miednicy. Szczegółowe informacje uzyska Pan od urologa lub w internecie na wskazanej przez niego stronie.

Powyższe informacje mają służyć zrozumieniu przez Pana czynności podejmowanych przez personel medyczny w celu poprawy stanu zdrowia. Powyższy tekst nie ma na celu wywołania Pana strachu przed zabiegiem, lecz jest jedynie informacją o nim. Jego celem jest również uświadomienie pacjentom, że każdy, nawet najmniejszy zabieg może być obciążony pewnymi komplikacjami. W razie jakichkolwiek wątpliwości, niezrozumienia całości lub fragmentu informacji prosimy o zgłoszenie się do lekarza prowadzącego.

Jeśli chce Pan uzyskać dodatkowe informacje na temat choroby i leczenia, proszę skontaktować się z personelem oddziału

ODDZIAŁ _____

GAB. LEKARSKI - TEL. _____

SEKRETARIAT - TEL. _____

lub zgłosić się do Poradni Urologicznej

PORADNIA UROLOGICZNA - TEL. _____

DANE PACJENTA

NR KSIĘGI GŁÓWNEJ/ODDZIAŁOWEJ

DATA

Formularz świadomej zgody na prostatektomię radykalną

Prosimy o podpisanie niniejszego oświadczenia:

Oświadczam, że informacje o planowanym leczeniu, jego metodzie i możliwych komplikacjach z niego wynikających zostały mi przedstawione przez lekarza w sposób wyczerpujący i przystępny oraz że są one dla mnie całkowicie zrozumiałe. Oświadczam, że miałem możliwość zadawania pytań i otrzymałem stosowne wyjaśnienia zgłaszanych wątpliwości. Zaświadczam, że nie zataiłem żadnych informacji, które mogą mieć wpływ na moje leczenie. Jednocześnie wyrażam świadomą zgodę na proponowane mi leczenie i upoważniam lekarzy do wykonywania czynności, które uznają za stosowne dla ratowania mojego zdrowia i życia w sytuacjach tego wymagających. Rozumiem, że wymienione w powyższej informacji powikłania nie są wszystkimi możliwymi, z którymi mogę się zetknąć w trakcie leczenia. W przypadku klinicznego charakteru placówki medycznej wyrażam również zgodę na bierne i czynne uczestnictwo przy badaniu i zabiegach studentów medycyny.

Wyrażam zgodę na przetoczenie preparatów krwiopochodnych w przypadku zaistnienia wskazań do takiego postępowania. Upoważniam lekarzy do wykonania transfuzji krwi w trakcie oraz po przebytej operacji, również wtedy, gdy będę nieprzytomny.

Wyrażam zgodę na wykorzystanie moich danych medycznych do celów naukowych, w tym do publikacji w czasopismach medycznych. Oświadczam, iż rozumiem, że wykorzystane zostaną wyłącznie dane medyczne w sposób niepozwalający osobom postronnym na identyfikację mojej osoby, a dane osobowe pozostaną utajnione.

Jeśli po przeczytaniu niniejszego dokumentu ma Pan jakieś pytania do lekarza prowadzącego, proszę napisać je poniżej.

1.

2.

3.

4.

Czytelny podpis pacjenta

Podpis i pieczęć lekarza