

IMIĘ I NAZWISKO:.....

ADRES:.....

PESEL:.....

TELEFON:.....

DATA:.....

LEKARZ PROWADZĄCY:.....

## INFORMACJA O PLANOWANYM ZABIEGU UROLOGICZNYM:

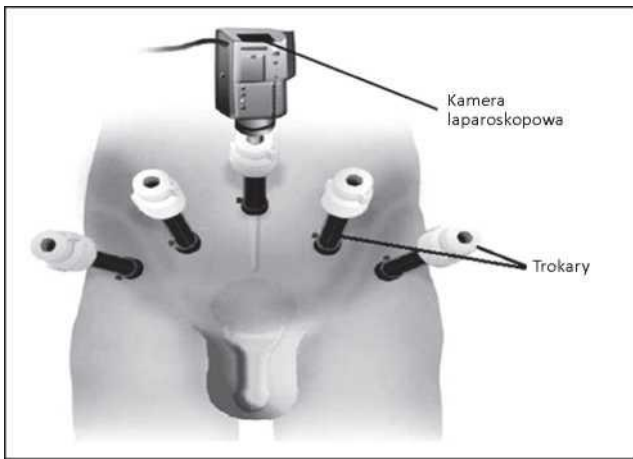
### **Prostatektomia radykalna w asyście robota chirurgicznego da Vinci (RALP)**

Na podstawie biopsji prostaty (inne nazwy to: stercz, gruczoł krokowy) rozpoznano u Pana nowotwór tego narządu. Wykonane badania wskazują na zaawansowanie choroby, które daje szansę na jego całkowite (radykalne) usunięcie metodą prostatektomii radykalnej w asyście robota chirurgicznego *da Vinci*. Poniżej znajdują się podstawowe informacje o operacji, którą pacjentowi zaproponowano. Proszę się z nimi zapoznać i wszystkie nasuwające się pytania omówić z urologiem prowadzącym.

### **Prostatektomia radykalna w asyście robota chirurgicznego da Vinci (RALP)**

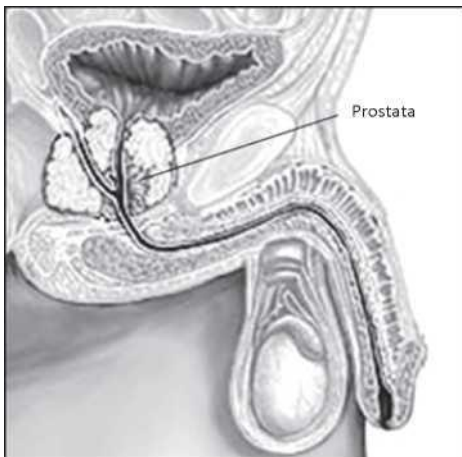
#### **1. Definicja:**

Prostatektomia radykalna jest uznanym i skutecznym sposobem leczenia mężczyzn z rakiem stercza. Operację tą 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). Cała operacja wykonywana jest w asyście robota chirurgicznego *da Vinci*. Polega ona na wytworzeniu kilku (najczęściej 5-6) niewielkich cięć skórnych na przedniej powierzchni brzucha, w których umieszczone zostaną specjalne porty (tzw. trokary) umożliwiające wprowadzenie do wnętrza ciała pacjenta, poprzez ramiona robota, cienkich narzędzi chirurgicznych i kamery. Najczęstszą lokalizację narzędzi w trakcie RALP przedstawia rycina 1.



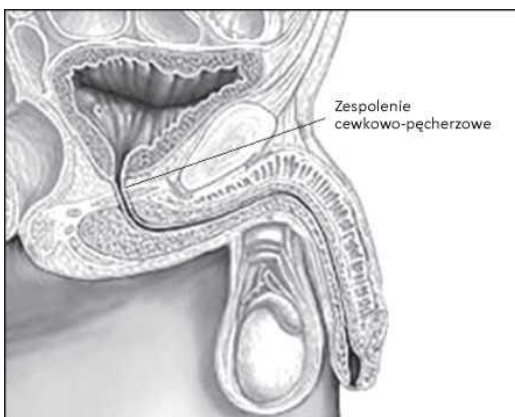
Ryc. 1. Rozmieszczenie cięć skórnych i trokarów podczas robotycznej prostatektomii radykalnej oraz zdjęcie systemu robotycznego *da Vinci Xi*

Podczas operacji wycina się całą prostatę z nowotworem, pęcherzyki nasienne oraz w uzasadnionych przypadkach węzły chłonne okolicy miednicy mniejszej (ryc. 2).



Ryc. 2. Położenie anatomiczne narządów miednicy mniejszej przed operacją

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 zespolenie cewki z pęcherzem moczowym (ryc. 3).



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

Pod koniec operacji wycięte narządy usuwane są z wnętrza jamy brzusznej w specjalnym worku endoskopowym, a następnie wysyłane do badania histopatologicznego. Przeważnie po operacji pozostawiany jest na minimum 1-2 dni dren asekuracyjny w celu kontroli krwawienia pooperacyjnego oraz ewentualnego wycieku 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.

Po przedstawieniu przez urologa możliwych sposobów leczenia Pana choroby (w tym aktywnej obserwacji oraz radioterapii), wybrał Pan leczenie chirurgiczne w postaci prostatektomii radykalnej w asyście robota chirurgicznego *da Vinci*. Umożliwia ona całkowite usunięcie choroby nowotworowej. Po wycięciu gruczołu krokowego możliwe jest wykonanie szczegółowej oceny histopatologicznej całego narządu oraz ocena rzeczywistego stopnia zaawansowania i agresywności raka. Umożliwia to określenie dalszego rokowania, prawdopodobieństwa wznowy nowotworu i ustalenie wskazań do zastosowania ewentualnego leczenia uzupełniającego takiego jak radioterapia, hormonoterapia.

Typowe wskazania do przeprowadzenia tej operacji obejmują mężczyzn w dobrym ogólnym stanie zdrowia, u których szacunkowa długość przeżycia przekracza 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 tą operację określa się mianem „prostatektomii ratującej”. Ryzyko powikłań w tym przypadku jest wysokie, dlatego takie postępowanie może być brane pod uwagę w ściśle wyselekcjonowanych przypadkach.

## **2. Ryzyko wystąpienia powikłań pooperacyjnych:**

Chociaż prostatektomia radykalna w asyście robota *da Vinci* jest skuteczną i bezpieczną metodą leczenia raka prostaty, z operacją tą związane jest ryzyko wystąpienia pewnych następstw i powikłań. W szczególności należą do nich:

- **Masywne krwawienie.**

Obecnie jest powikłaniem występującym rzadko. Podczas operacji i w okresie pooperacyjnym może niekiedy dochodzić do utraty krwi w stopniu wymagającym jej przetoczenia. Gruczoł krokowy jest bardzo silnie ukrwiony, dlatego w przypadku wysokiego miejscowego zaawansowania choroby nowotworowej lub bardzo dużego stercza ryzyko poważnego krwawienia jest istotnie zwiększone. Obecnie konieczność transfuzji krwi zdarza się rzadko, natomiast jej wystąpienia nie można jednoznacznie w żadnym przypadku wykluczyć. Brak Pana zgody na ewentualne przetoczenie krwi i preparatów krwipochodnych musi zostać zawsze zgłoszony przed zabiegiem i najprawdopodobniej skutkować będzie zdyskwalifikowaniem Pana z tej operacji.

- **Zaburzenia trzymania moczu.**

W trakcie operacji usunięcia gruczołu krokowego wycięty zostaje również fragment cewki moczowej przechodzący przez prostatę. Pod koniec operacji odtwarzana jest ciągłość układu moczowego

poprzez wytworzenie zespolenia cewkowo-pęcherzowego (przyszyście kikuta cewki moczowej do pęcherza, z pozostawieniem cewnika pęcherzowego na kilka 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 - stały wypływ 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 3-6 miesięcy od operacji. Ciężkie, przewlekłe nietrzymanie moczu występuje po prostatektomii radykalnej w asyście robota rzadko. 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 ponad 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. W trakcie 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 70% chorych, u których zachowano unerwienie obustronne, 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, iniekcje doprąciowe, żel docewkowy, aparaty próżniowe). Istotnym czynnikiem jest profilaktyka rozwoju utrwalonych zaburzeń potencji, polegająca na wcześniej rozpoczętej rehabilitacji farmakologicznej, która powinna zostać wdrożona w ciągu pierwszych 3 miesięcy po prostatektomii.

Leczenie takie polega na regularnym przyjmowaniu tabletek lub wykonywaniu iniekcji ze środków wywołujących wzwód. Takie postępowanie dodatkowo istotnie redukuje ryzyko wystąpienia utrwalonych zaburzeń potencji. Ważnym czynnikiem poprawiającym szanse na powrót prawidłowych wzwodów jest masturbacja. Jest zalecana wtedy, gdy osiąga Pan już częściowe erekcje, gdyż przyczynia się do poprawy ukrwienia prącia. W przypadku ciężkich zaburzeń wzwodu, niepoprawiających się po leczeniu farmakologicznym, możliwe jest leczenie chirurgiczne polegające na implantacji protez ciała 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 obustronne zrozumienie problemu może znacznie ułatwić podjęcie odpowiedniej decyzji. Przyczyną tych zaburzeń jest jednoczesne usunięcie stercza i pęcherzyków nasiennych. Natomiast wrażenia czuciowe pozostaną niezmiennione, 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 zbliźniowacenia 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 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.

- **Nieszczelność zespolenia cewkowo-pęcherzowego.**

Niekiedy zespolenie (miejsce przyszycia cewki do pęcherza moczowego) może być nieszczelne.

Wówczas występuje tzw. zaciek 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.

- **Torbiel chłonna (tzw. limfocele).**

To powstanie otorbionego zbiornika płynowego w miednicy mniejszej, zawierającego chłonkę (płyn krążący w układzie limfatycznym). Zbiornik taki może wytworzyć się zwłaszcza po rozległej limfadenektomii (wycięcie węzłów chłonnych miednicy mniejszej). Usunięcie znacznej liczby węzłów wykonuje się w przypadku podejrzenia wyższego stopnia zaawansowania choroby nowotworowej. Powstały zbiornik chłonki może uciskać na narządy miednicy mniejszej (pęcherz moczowy, odbytnicę) 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.

- **Zakażenie rany pooperacyjnej.**

Każdy zabieg, podczas którego przecina się skórę, jest związany z ryzykiem zakażenia, zropienia i rozejścia się rany. Po operacji z asystą robota chirurgicznego zdarza się to rzadko, ponieważ cięcia skórne są bardzo małe. Jeśli zaobserwuje Pan sączenie treści ropnej z którejs 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 kilka dni. W tym czasie ważne jest odpowiednie postępowanie: przyjmowanie co najmniej 2,5 litra 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 ziołowe 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 parciem 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 (poniżej 1% operowanych). W trakcie usuwania stercza może dojść do niezamierzonego uszkodzenia (przecięcia) ściany odbytnicy, która przylega do tylnej powierzchni prostaty. Powikłanie to przeważnie występuje w przypadkach zaawansowanego miejscowo raka stercza, kiedy naciek nowotworowy na tkanki otaczające stercz może znacznie utrudnić bezpieczne oddzielenie gruczołu krokowego od odbytnicy. Przeważne uszkodzenie jelita jest zaopatrywane już podczas prostatektomii. Wówczas konieczne może okazać się dłuższe utrzymanie cewnika (2 -3 tygodnie) oraz przestrzeganie przez 3-5 dni po operacji diety ścisłej (bezwzględny zakaz spożywania pokarmów stałych). Ma to na celu umożliwienie prawidłowego wygojenia się odbytnicy i zespolenia cewkowo-pęcherzowego. W bardzo rzadkich przypadkach może być konieczna 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 (poniżej 0,5% operowanych), ale jego wystąpienia, szczególnie w przypadkach bardziej zaawansowanego nowotworu, nie można całkowicie wykluczyć.

- **Konwersja do operacji otwartej.** Podczas każdego zabiegu laparoskopowego może zaistnieć konieczność otwarcia jamy brzusznej i dokończenia operacji techniką klasyczną. Przyczyną najczęściej jest nasilone krwawienie, wymagające niezwłocznego zaopatrzenia, wysokie zaawansowanie miejscowo nowotworu, znacznie utrudniające usunięcie prostaty na drodze endoskopii oraz niekorzystna budowa ciała pacjenta (przede wszystkim otyłość).

### 3. Jak przygotować się do szpitala i zabiegu

Zgłaszając się w Izbie Przyjęć szpitala na zabieg planowy, koniecznie należy przedłożyć skierowanie do szpitala oraz okazać dokument tożsamości ze zdjęciem i numerem PESEL. Pakując się z myślą o hospitalizacji, należy przygotować się na około kilkudniowy pobyt i zabrać ze sobą rzeczy, które w takim czasie mogą być przydatne. Absolutnie niezbędne jest zabranie ze sobą całej 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, 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 przy sporządzaniu wypisu ze szpitala (NIP zakładu pracy, legitymacja Honorowego Dawcy Krwi, Kombatanta/Osoby Represjonowanej). Przed zabiegiem konieczne będzie całkowite usunięcie biżuterii (kolczyki, łańcuszki, pierścionki). Uprzejmie prosimy 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 pacjentem 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 o przygotowanie kartki z nazwami leków, które pacjent przyjmuje. 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 wykonanie zabiegów higieny

osobistej (kapiel). W dniu operacji, rano proszę jedynie przyjąć te leki, które wskaże pacjentowi urolog lub anestezjolog i popić je minimalną ilością wody. W razie wątpliwości proszę koniecznie przyjęcie jakichkolwiek leków skonsultować z lekarzem prowadzącym. Nieprzestrzeganie powyższych zasad może poważnie zagrozić zdrowiu i życiu pacjenta oraz być powodem czasowego zdyskwalifikowania z zaplanowanej operacji.

#### 4. Co trzeba wiedzieć o prostatektomii radykalnej asyście robota *da Vinci*?

##### A) Podczas operacji.

Cała procedura prostatektomii robotycznej trwa zwykle około 4-6 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 operacją i zostanie Pan wybudzony dopiero po zakończeniu procedur zabiegowych. O ile nie zgłosi Pan sprzeciwu, operator niezwłocznie po zakończeniu procedur zabiegowych skontaktuje się telefonicznie z Pańską rodziną, aby przekazać jej najważniejsze informacje dotyczące przebiegu operacji.

##### B) Po operacji.

Pobyt w szpitalu po zabiegu zwykle trwa kilka dni. Celem ograniczenia bólu pooperacyjnego będzie Pan otrzymywał środki przeciwbólowe. Zazwyczaj 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 będzie miał Pan pozostawiony cewnik w pęcherzu moczowym, który zostanie usunięty w trakcie hospitalizacji lub po wypisie ze szpitala w poradni urologicznej. Rany skórne zaopatrywane są szwami usuwanymi zazwyczaj w 7-10 dobie po operacji.

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 rehabilitację. Trwa on zwykle od 2 do 4 tygodni. W tym czasie nie powinien Pan wykonywać żadnej ciężkiej pracy fizycznej.

Po upływie kilku tygodni po operacji, we wskazanym miejscu, otrzyma Pan wynik badania histopatologicznego. Z wynikiem 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 Pana leczenie.

Jeśli zależy Panu na zachowaniu wzvodów pręcia, wskazane jest, aby w czasie od 6 tygodni do 3 miesięcy po operacji 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). Wcześnie wdrożone postępowanie może istotnie zapobiec rozwinięciu się nieodwracalnych zaburzeń potencji, dlatego warto to zagadnienie omówić z lekarzem prowadzącym.

#### 5. Ryzyko wystąpienia powikłań pooperacyjnych

W pierwszych tygodniach po prostatektomii radykalnej 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 śluzówki dróg moczowych i ustępują po upływie około 4 tygodni.

- **Zaburzenie trzymania moczu o różnym nasileniu:** występuje u znacznej części operowanych i poprawia się wraz z upływem czasu od operacji. Bardzo istotne jest wykonywanie „ćwiczeń mięśni dna

miednicy”, gdyż bardzo wyraźnie poprawia i przyspiesza powrót prawidłowej funkcji dolnych dróg moczowych. Instrukcje na ten temat otrzyma Pan od 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 litra 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.

## 6. Wytyczne dotyczące rekonwalescencji po przebytej prostatektomii radykalnej

- Proszę pić dużo płynów (co najmniej 2,5 l/dobę). Ma to na celu sprawne płukanie układu moczowego i zapobiega tworzeniu się skrzepów.
- 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 przeciwkrzepliwe i rozpoczął stosowanie iniekcji heparyny, proszę kontynuować leczenie iniekcjami przez co najmniej 2 tygodnie.
- Proszę powstrzymać się od wykonywania ciężkiej pracy fizycznej przez okres co najmniej 4 tygodni po operacji.
- Ważne jest przestrzeganie zdrowej i zrównoważonej diety, zawierającej owoce, warzywa, produkty pełnoziarniste i niskotłuszczowe pokarmy. Zalecane jest ograniczenie dziennego spożycia soli i zwracanie szczególnej uwagi na zawartość soli (sodu) w żywności przetworzonej (opis produktu na opakowaniu). W celu dobrania odpowiedniego schematu żywieniowego warto skorzystać z pomocy dietetyka.
- Bardzo ważne jest ograniczenie spożycia alkoholu i kofeiny. W wybranych przypadkach lekarz może zalecić całkowite wyeliminowanie tych produktów z diety.
- Wskazane są regularne ćwiczenia fizyczne, w natężeniu dobranym do Pana stanu zdrowia i kondycji fizycznej. Są bardzo ważnym elementem powrotu do zdrowia.
- Przebyte leczenie z powodu choroby nowotworowej może być przyczyną zaburzeń Pana nastroju, uczucia niepewności, przygnębienia, depresji. W takich sytuacjach należy skorzystać z pomocy psychologa lub psychiatry.
- Proszę utrzymywać higienę osobistą. Wskazana jest codzienna kąpiel pod prysznicem, a potem dezynfekcja rany i zmiana opatrunku. Aby zapobiec zainfekowaniu rany, należy codziennie po kąpieli używać czystego ręcznika.
- Proszę niezwłocznie po usunięciu cewnika z pęcherza moczowego rozpocząć wykonywanie ćwiczeń mięśni dna miednicy. Szczegółowe informacje uzyska Pan od urologa.
- W przypadku jakichkolwiek wątpliwości zachęcamy do kontaktu z urologiem prowadzącym.

*Powyższe informacje mają służyć zrozumieniu czynności podejmowanych przez personel medyczny w celu poprawy Pana stanu zdrowia. Powyższy tekst nie ma na celu wywołania 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 Pani/Pan uzyskać dodatkowe informacje na temat choroby i leczenia, proszę skontaktować się z personelem oddziału*



**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. 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 czasopiśmie 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 Pani/Pan jakieś pytania do lekarza prowadzącego, proszę napisać je poniżej.

**Data i czytelny podpis pacjenta**

**Podpis i pieczęć lekarza**