

## ZGODA NA ZABIEG OPERACYJNY/CHIRURGICZNY

LAPAROSKOPOWA PROSTATEKTOMIA RADYKALNA WSPOMAGANA ROBOTEM DA VINCI®

### DANE PACJENTA:

IMIĘ I NAZWISKO:.....

PESEL: .....

Ja, niżej podpisany wyrażam zgodę i upoważniam Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 1 im. prof. Stanisława Szyszko Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach (dalej: Szpital) do wykonania u **mnie** zabiegu operacyjnego:

### LAPAROSKOPOWEJ PROSTATEKTOMII RADYKALNEJ WSPOMAGANEJ ROBOTEM DA VINCI®

1. Oświadczam, że poinformowano mnie o charakterze proponowanego zabiegu operacyjnego, o alternatywnych sposobach postępowania oraz o ryzyku proponowanego leczenia operacyjnego i możliwych jego powikłaniach. Informacje te zostały mi przedstawione jasno i w sposób przystępny, w związku z czym świadomie podpisuję niniejszą zgodę.
2. Wyrażam zgodę na pobieranie ode mnie materiałów biologicznych koniecznych do wykonania wszelkich badań związanych z moim leczeniem, na wykonanie tych badań, na stosowanie u mnie koniecznych w procesie leczenia leków i materiałów medycznych, na niezbędną po zabiegu rehabilitację na oddziale szpitalnym oraz na konieczne i standardowo stosowane przy tego rodzaju zabiegach czynności pielęgnacyjne i opatrunkowe.
3. Zgadzam się na ewentualne zmodyfikowanie sposobu operacji w niezbędnym zakresie zgodnie z zasadami wiedzy medycznej, jeśli taka konieczność wyniknie w związku z sytuacjami dotąd nieznanymi i nieprzewidywanymi, które wymieniony wyżej lekarz uzna za niezbędne lub wskazane w czasie zabiegu operacyjnego.
4. Wyrażam zgodę na znieczulenie uznane za konieczne lub wskazane przez lekarza prowadzącego i anestezjologa.
5. Wyrażam zgodę na utylizację (zgodnie z zasadami postępowania z odpadami medycznymi) lub poddanie badaniom histopatologicznym wszelkich tkanek lub części ciała usuniętych podczas zabiegu.
6. Oświadczam, że poinformowano mnie o dokładnym przebiegu zabiegu wraz z wymienieniem i scharakteryzowaniem roli osób, które mogą być obecne podczas udzielania świadczenia zdrowotnego.
7. Wyrażam zgodę na obecność osoby innej, niż osoba udzielająca **mi** świadczenia I Laparoskopowa prostatektomia radykalna wspomagana robotem DA VINCI

zdrowotnego, podczas wykonywania zabiegu operacyjnego tj.:

- a) pracowników niemedycznych np. techników obsługujących aparaturę, osób pomagających pacjentowi zachować potrzebną pozycję podczas świadczenia zdrowotnego, przedstawicieli producentów implantów lub sprzętu, przy których wdrażaniu potrzebne jest wsparcie specjalistów;
- b) innych pracowników medycznych, którzy w danej chwili nie zajmują się wykonywaniem zabiegu, a ich udział jest niezbędny;
- c) osób kształcących się w zawodach medycznych np. studentów, uczestników kursów i specjalizacji.

8. Oświadczam, że udzieliłem(-am) wyczerpujących i prawdziwych informacji co do mojego stanu zdrowia – zgodnie z zapisami w historii choroby. Przed rozpoczęciem zabiegu udzieliłem(-em) pełnych i prawdziwych odpowiedzi na pytania, które lekarz zadawał mi w trakcie wywiadu lekarskiego odnośnie: mojego ogólnego stanu zdrowia, wszelkiego typu alergii i uczuleń, trwającej terapii chorób przewlekłych, istnienia/braku ciąży, przyjmowanych leków, przebytych zabiegów, przebytych urazów. Wiadomym mi jest, że zatajenie którejkolwiek z wymienionych informacji może spowodować powstanie dodatkowego lub podwyższonego ryzyka zabiegu oraz traktowane jest, jako moje przyczynienie do powstania ewentualnej szkody (między innymi w postaci rozstroju zdrowia, uszkodzenia ciała lub negatywnego efektu zabiegu), za którą lekarz nie ponosi odpowiedzialności. O wszelkich zmianach stanu mojego zdrowia zobowiązuję się powiadomić lekarza prowadzącego. Wyrażam zgodę na wykonanie badań diagnostycznych i sporządzenie dokumentacji radiologicznej i fotograficznej.
9. Zobowiązuję się do ścisłego przestrzegania wszystkich zaleceń lekarskich związanych z samym zabiegiem i całym procesem leczenia, zawartych w niniejszym oświadczeniu. Mam pełną świadomość, iż ścisłe przestrzeganie przeze mnie tychże zleceń w istotny sposób wpłynie na przebieg i ostateczny rezultat leczenia.
10. Rozumiem i przyjmuję do wiadomości, że przez cały okres leczenia spoczywa na mnie odpowiedzialność za przestrzeganie wskazań i instrukcji lekarza prowadzącego.
11. Przyjmuję do wiadomości, że nie można udzielić gwarancji, ani nie ma pewności, co do rezultatów, jakie zostaną uzyskane w wyniku proponowanego leczenia operacyjnego. Lekarz poinformował mnie również o tym, że efekty zabiegu nie są identyczne w przypadku każdego pacjenta. Uzyskałem(-em) wyczerpujące informacje na temat efektów leczniczych dających się osiągnąć w moim przypadku.
12. Stwierdzam, że miałem(-am) pełną możliwość zadawania pytań dotyczących zabiegu i całego procesu leczenia, uzyskałem(-am) również wszelkie, wyczerpujące i zrozumiałe wyjaśnienia dotyczące leczenia, a także, że uzyskałem(-am) wyczerpujące odpowiedzi na

wszystkie pytania.

13. Oświadczam, że **przebyłem(-am)** wymagany cykl szczepień przeciw wirusowemu zapaleniu wątroby, a w przypadku braku szczepień jestem świadomy(-a) ryzyka zakażenia wirusem WZW.
14. Oświadczam, że wyrażam zgodę na przeniesienie mnie do właściwego oddziału stacjonarnego zgodnie z decyzją lekarza operującego lub lekarza anestezjologa, jeżeli wymagałby tego mój stan zdrowia.
15. Zostałem poinformowany, że mogę odwołać zgodę na leczenie w każdej chwili - według mojego uznania, jednakże nie później niż do otrzymania premedykacji (leki uspakajające i przeciwbólowe podane krótko przed zabiegiem), gdyż po ich zażyciu należy założyć ograniczoną zdolność do podejmowania świadomych decyzji.
16. Oświadczam, że zostałem(-am) poinformowany(-a) o prawach pacjenta, w szczególności wynikających z ustawy o ochronie prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.
17. **\*Wyrażam/nie wyrażam** nieodpłatnie i bezterminowo zgodę na prowadzenie dokumentacji fotograficznej celem dołączenia do dokumentacji medycznej jak i ewentualnego wykorzystania do celów naukowych (np. publikacji w literaturze i internetowych portalach naukowych) bez ujawniania pełnego wizerunku oraz moich danych osobowych.
18. Oświadczam, że zapoznałem się z Regulaminem Organizacyjnym Szpitala i zobowiązuję się go przestrzegać przez cały czas leczenia w Szpitalu.

### **Szczegółowe informacje dotyczące zabiegu**

#### **PRZYJĘCIE DO SZPITALA**

przy przyjęciu do szpitala konieczne jest posiadanie skierowania do szpitala, dowodu osobistego oraz pełnej informacji medycznej, w szczególności: kart informacyjnych z dotychczasowych pobytów w szpitalach, badań obrazowych włącznie z płytami CD/DVD, wyników wykonanych badań laboratoryjnych, wyników konsultacji specjalistycznych, pisemnej informacji o przyjmowanych aktualnie lekach z dawkowaniem uzgodnionych z anestezjologiem leków własnych. Należy pamiętać o środkach do higieny osobistej.

Przyjęcie do Szpitala odbywa się w dniu poprzedzającym operację, tego dnia do godziny 18-tej można spożywać posiłki, a do godziny 24-tej płyny. W dniu operacji należy bezwzględnie powstrzymać się od jedzenia i picia. Po przyjęciu pod nadzorem pielęgniarki konieczne będzie ostrzyżenie (ogolenie) skóry operowanej okolicy oraz wykonanie stosownej higieny osobistej z dezynfekcją skóry. W dniu operacji rano należy przyjąć leki zalecone przez urologa lub anestezjologa z minimalną ilością wody. W razie wątpliwości przyjmowanie jakichkolwiek leków należy skonsultować z lekarzem prowadzącym lub dyżurnym. Nieprzestrzeganie

powyższych zasad może poważnie zagrozić zdrowiu i życiu oraz może być powodem odroczenia operacji.

### **OGÓLNY OPIS ZABIEGU**

Radykalne chirurgiczne leczenie raka gruczołu krokowego jest uznanym i skutecznym sposobem leczenia. Pozwala na uzyskanie wieloletniego przeżycia wolnego od choroby, a w przypadkach raka miejscowo zaawansowanego zastosowanie optymalnego leczenia wielodyscyplinarnego. Wprowadzenie nowych technik minimalnie inwazyjnej chirurgii laparoskopowej z wykorzystaniem robota da Vinci znacząco przyczyniło się do redukcji liczby powikłań i poprawy wyników czynnościowych. Operacja wiąże się z mniejszym urazem operacyjnym, niższym ryzykiem powikłań. Dzięki 3- wymiarowemu obrazowi, chirurg ma możliwość precyzyjnego preparowania tkanek co w efekcie minimalizuje utratę krwi podczas zabiegu, poprawia komfort pooperacyjny jak również skraca okres hospitalizacji i rekonwalescencji.

Zasadnicza część zabiegu odbywa się w trudno dostępnej okolicy załonowej, bogato unaczynionej, w pobliżu pęczków naczyniowo - nerwowych odpowiedzialnych za funkcje seksualne gdzie podstawowe znaczenie ma dobra widoczność i precyzja działania. Robot chirurgiczny da Vinci, wspomagający pracę operatora podczas operacji laparoskopowej, pozwala na pracę w wielokrotnym powiększeniu i wizualizacji 3D pola operacyjnego, wyposażony jest w zestaw zdalnie sterowanych manipulatorów i narzędzi chirurgicznych, zapewniających nieograniczony dostęp i precyzję w kluczowych momentach zabiegu operacyjnego.

### **ROBOT CHIRURGICZNY DA VINCI**

Robot chirurgiczny da Vinci amerykańskiej firmy Intuitive Surgical wprowadzony na rynek w 1999 roku został zaprojektowany w celu ułatwienia wykonywania skomplikowanych, precyzyjnych, małoinwazyjnych zabiegów chirurgicznych na drodze laparoskopii, szczególnie w trudno dostępnych miejscach, np. w dolnej części jamy brzusznej. Składa się z części roboczej o czterech robotycznych ramionach, w tym kamery, stanowiących przedłużenie rąk chirurga, pozwalających na manipulowanie narzędziami, oraz konsoli, na której pod kontrolą obrazu 3D w nawet dwudziestokrotnym powiększeniu operator zdalnie nimi steruje.

Trzy ramiona części roboczej wyposażone są w chirurgiczne narzędzia w technologii EndoWrist, które są tak zaprojektowane, by naśladowały ruchy ludzkiej dłoni oraz nadgarstka. Każde z nich może wykonywać zamierzone ruchy oraz określone czynności, w tym zaciskanie, przecinanie, koagulację, prowadzenie igły oraz manipulowanie tkankami. Urządzenie wyposażone jest w układ redukcji efektu drżenia rąk oraz kompensacji gwałtownych ruchów chirurga.

Dwa ramiona odpowiadają rękom chirurga, trzecie daje możliwość użycia dodatkowych narzędzi. Czwarte ramię trzyma kamerę i pozwala na sterowanie nią w ciele pacjenta. Dzięki temu operator może w pełni sterować wszelkimi czynnościami w polu operacyjnym.

Operację przeprowadza się w znieczuleniu ogólnym dotchawiczym.

W pierwszym etapie przez 6 nacięć wprowadza się trokary, przez które zostaną wprowadzone kamera i narzędzia zainstalowane na ramionach części roboczej. Od tego momentu operacja i sterowanie pracą robota jest całkowicie przejęte przez chirurga pracującego przy konsoli

sterującej. Urolog wykonujący zabieg siedzi przy konsoli i patrząc na 3 – wymiarowy obraz wnętrza ciała ludzkiego przez specjalny wizjer, przy pomocy manetek przenoszących ruch ręki wykonuje właściwe czynności w polu operacyjnym.



#### PRZEBIEG ZABIEGU

Zabieg z użyciem robota da Vinci przeprowadzany jest w znieczuleniu ogólnym. Po znieczuleniu następuje pozycjonowanie pacjenta na stole

operacyjnym tak, aby nie doszło do uszkodzeń, w czasie operacji. Podczas zabiegu pacjent znajduje się w tzw. pozycji Trendelenburga, czyli z głową ułożoną nieco niżej niż nogi. Po sterylizacji pola operacyjnego i założeniu cewnika pęcherzowego następuje założenie trokarów roboczych (czyli narzędzi umożliwiających wprowadzenie właściwego instrumentu). Następnie operator przechodzi do wytworzenia tzw. odmy otrzewnowej czyli napełnienia jamy brzucha dwutlenkiem węgla, w taki sposób, aby poprzez uniesienie powłok brzucha od wewnątrz uzyskać przestrzeń w której będzie można sprawnie operować narzędziami. Następnie chirurg poprzez 6 nacięć w ścianie brzucha, wprowadza ramiona robota da Vinci, które wyposażone są w niewielkiej średnicy narzędzia chirurgiczne oraz kamerę. W kolejnym kroku chirurg nacina otrzewną i wytwarza przestrzeń operacyjną. Pod koniec zabiegu jedno z nacięć jest poszerzane (do 5-7 cm) w celu wyjęcia chorego narządu z jamy brzusznej.

Następnie po odcięciu gruczołu krokowego od cewki moczowej i szyi pęcherza moczowego, usuwa się zmieniony nowotworowo narząd wraz z pęcherzykami nasiennymi. Usunięty organ

umieszcza się we wprowadzonym do jamy brzusznej woreczku (tzw. endobagu) i usuwa z jamy brzusznej przez jedno z wykonanych uprzednio nacięć. Ta część zabiegu wymaga wyjątkowej precyzji przy preparowaniu i oszczędzaniu wiązek naczyniowo-nerwowych odpowiedzialnych za zdolność do erekcji oraz zachowania zwieracza zewnętrznego cewki moczowej. Wspomaganie robotyczne i działanie w wielokrotnie powiększonym przestrzennie (3D) obrazie wnętrza ciała ludzkiego warunkuje dokładność wykonania tego etapu, pozwala także na bardzo staranną kontrolę krwawienia. Zabieg kończy wykonanie zespolenia cewki moczowej z szyją pęcherza moczowego za pomocą specjalnego szwu chirurgicznego. Po operacji pozostają drobne blizny w miejscu wprowadzania instrumentów.

Po zakończeniu zabiegu narzędzia z jamy brzusznej usuwa się i wypuszcza wprowadzony uprzednio dwutlenek węgla. Na rany po wprowadzonych narzędziach zakłada się szwy kosmetyczne.

Po operacji pozostawiany jest na 1 – 2 dni dren w celu kontroli krwawienia oraz szczelności zespolenia. Cewnik wprowadzony przez cewkę do pęcherza, zwykle usuwany jest **w 2 dobie po zabiegu**. Na podstawie wyniku badania histopatologicznego (zazwyczaj po około 2 tygodniach) oceniany jest rzeczywisty stopień zaawansowania miejscowego raka oraz ustalany jest dalszy sposób postępowania.

### **STOSOWANA METODA COLLAR TZW. „KOŁNIERZYKOWA”**

Technika ta pozwala zminimalizować odsetek „dodatnich marginesów” w szczycie prostaty, przy bardzo dobrym wyniku trzymania moczu. Inaczej mówiąc, zabieg jest onkologicznie pewny i zachowane jest trzymanie moczu. Ważne jest również, że u pacjentów, którzy mają stwierdzone w badaniu rezonansu magnetycznego szczytowe umiejscowienie nowotworu w prostaty i nowotwór jest ograniczony do narządu, czyli „nie rozprzestrzenia się”, poza prostatę technika ta minimalizuje liczbę dodatnich marginesów - bezpieczeństwo onkologiczne wynosi wtedy prawie 100% przy zachowanym trzymaniu moczu.

### **POWIKŁANIA ŚRÓDZABIEGOWE**

Każdy zabieg operacyjny wiąże się z ryzykiem wystąpienia powikłań zagrażających życiu. Odpowiednio dobrane metody prowadzenia znieczulenia jak i operowania obniżają to ryzyko do minimum. Powikłania mogą wystąpić przy wszystkich bez wyjątku procedurach medycznych, bez względu na ich rodzaj lub zakres, związane mogą być zarówno ze znieczuleniem jak i wykonanymi czynnościami chirurgicznymi. W czasie kwalifikacji do operacji należy dokładnie ujawnić wszystkie schorzenia, objawy i przyjmowane leki, co pozwoli na właściwe zaplanowanie badań

diagnostycznych i zaleceń, zmniejszających ryzyko wystąpienia powikłań ogólnych, szczególnie krążeniowych i zakrzepowo-zatorowych.

**Krwawienie:** zdarza się niezmiernie rzadko (poniżej 1% zabiegów), jednakże należy się z nim liczyć, dlatego wymagana jest zgoda na przetoczenie krwi. Ryzyko krwawienia śród- lub pooperacyjnego wzrasta wraz z zaawansowaniem choroby nowotworowej. Brak zgody na ewentualne przetoczenie krwi i preparatów krwiopochodnych musi zostać zawsze zgłoszony przed zabiegiem i może skutkować dyskwalifikacją do operacji.

**Uszkodzenie jelita grubego:** rzadko występujące powikłanie (poniżej 1% zabiegów). W trakcie usuwania gruczołu krokowego może dojść do niezamierzonego uszkodzenia (przecięcia) ściany odbytnicy, która przylega do tylnej powierzchni prostaty. Powikłanie to przeważnie występuje w przypadkach zaawansowanego miejscowo raka prostaty, gdy naciek nowotworowy na tkanki otaczające stercz może istotnie utrudnić bezpieczne oddzielenie gruczołu krokowego od odbytnicy. Uszkodzenie odbytnicy jest zaopatrywane podczas zabiegu, 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), co ma na celu umożliwienie prawidłowego wygojenia się odbytnicy i zespolenia cewkowo-pęcherzowego. W bardzo rzadkich przypadkach powikłanie to może ujawnić się w postaci przetoki cewkowo-odbytniczej. W takim przypadku 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 (poniżej 0,5% zabiegów), ale jego wystąpienia, szczególnie w przypadkach bardziej zaawansowanego nowotworu, nie można całkowicie wykluczyć.

**Uszkodzenie pęcherza moczowego** – w bardzo rzadkich przypadkach może dojść do uszkodzenia pęcherza moczowego, powikłanie to zaopatrywane jest śródoperacyjnie.

**Uszkodzenie moczowodu** - w przypadku uszkodzenia moczowodu może on być zaopatrzony cewnikiem moczowodowym DJ. Jednocześnie konieczne może okazać się wprowadzenie antybiotykoterapii aby zminimalizować ryzyko infekcji. Powikłanie tego typu występuje bardzo rzadko i w ostateczności może wymagać reoperacji w postaci przeszczepienia moczowodu.

**Uszkodzenie nerwów** – bardzo rzadko występują uszkodzenia nerwów w obrębie mięśni bądź miednicy mniejszej. W większości przypadków dochodzi do samoistnego cofnięcia się obja-

wów w przeciągu kilku tygodni. W bardzo niewielu przypadkach mogą pozostać objawy (ból, brak czucia bądź blizny).

**Konwersja do operacji otwartej:** podczas każdego zabiegu laparoskopowego może zaistnieć konieczność otwarcia jamy brzusznej i dokończenia operacji techniką klasyczną.

**Ryzyko znieczulenia:** zawał serca, udar mózgu, zatory, zatorowość gazowa, zapalenie płuc, uszkodzenie stomatologiczne i śmierć.

**Uraz związany z pozycjonowaniem pacjenta:** urazy hemodynamiczne, wewnątrzgałkowe, neurologiczne, urazy tkanek miękkich

**Powikłania wynikające z wprowadzenia gazu do jamy otrzewnowej:** rozedma podskórna, odma jamy opłucnowej, odma śródpiersia, odma worka osierdziowego, żylny zator gazowy.

**Utrata płodności** – po zabiegu usunięcia prostaty następuje utrata płodności. Jeżeli więc pacjent planuje powiększenie rodziny, przed zabiegiem wskazane jest oddanie nasienia do banku spermy.

## **POWIKŁANIA POZABIEGOWE**

**Krwawienie:** zdarza się niezmiernie rzadko (poniżej 1% zabiegów), jednakże należy się z nim liczyć, dlatego wymagana jest zgoda na przetoczenie krwi. Ryzyko krwawienia śród- lub pooperacyjnego wzrasta wraz z zaawansowaniem choroby nowotworowej. Brak zgody na ewentualne przetoczenie krwi i preparatów krwiopochodnych musi zostać zawsze zgłoszony przed zabiegiem i może skutkować dyskwalifikacją do operacji.

**Przetoka cewkowo-odbytnicza:** w takim przypadku konieczna może być powtórna operacja polegająca na otwarciu jamy brzusznej i czasowym wytonieniu 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% zabiegów), ale jego wystąpienia, szczególnie w przypadkach bardziej zaawansowanego nowotworu, nie można całkowicie wykluczyć.

**Nieszczelność zespolenia cewkowo-pęcherzowego:** zespolenie cewki moczowej z szyją pęcherza po operacji może okazać się nie w pełni szczelne co przejawia się dolegliwościami ze strony jamy brzusznej i wyciekaniem moczu przez dren. W takim przypadku zmiana cewnika lub wytworzenie cystostomii nadłonowej jest skutecznym postępowaniem. Powikłanie to występuje bardzo rzadko i dotyczy ok 3 % pacjentów. W uzasadnionych przypadkach dla

prawidłowego gojenia się zespolenia wskazane jest dłuższe utrzymanie cewnika w pęcherzu, zazwyczaj nie dłużej niż 3 tygodnie

**Torbiel chłonna**, (tzw. limfocele): u mniej niż 1% pacjentów po wycięciu węzłów chłonnych miednicy mniejszej może wytworzyć się otorbiony zbiornik płynowy zawierający chłonkę (płyn krążący w układzie limfatycznym), który może uciskać na narządy miednicy mniejszej (pęcherz moczowy, odbytnica), powodować zaburzenia oddawania moczu i stolca oraz utrzymujący się przewlekłe ból i dyskomfort. Konieczne może być zdrenowanie (nakłucie i opróżnienie) torbieli, lub w przypadku dużych rozmiarów limfocele 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 laparoskopowej zdarza się to rzadko, ponieważ ciecica skórne są bardzo małe. 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 zakażenia. Po operacji przez cały okres utrzymywania cewnika w pęcherzu, należy przyjmować minimum 2,5 litra płynów na dobę w równomiernych dawkach, zachować odpowiednią higienę w okolicy cewnika, szczególnie przy zmianie zbiorników na mocz, przestrzegając zasad sterylnej ich wymiany

**Zaburzenia trzymania moczu**: radykalne wycięcie gruczołu krokowego powoduje całkowite lub częściowe uszkodzenie zwieracza wewnętrznego cewki moczowej znajdującego się w obrębie szyi pęcherza moczowego. Choć zwieracz ten wspomaga pracę właściwego zwieracza nie jest on niezbędny do zachowania kontynencji po operacji. Zasadniczą rolę natomiast odgrywa zwieracz zewnętrzny cewki moczowej wchodzący w skład mięśni przepony moczowo-płciowej i znajdujący się poniżej stercza tuż za jego szczytem. Delikatne preparowanie w tej okolicy i zachowanie odpowiednio długiego odcinka cewki pozwala na szybki powrót trzymania moczu. Po operacji zazwyczaj obserwowane jest nietrzymanie moczu, początkowo w postaci całkowitego a następnie wysiłkowego nietrzymania moczu (objawy wykapywania w trakcie kaszlu, schylania się), które stopniowo zanikają. U około 70% pełne trzymanie moczu wraca w ciągu pierwszych 3 miesięcy po operacji, po roku 98% chorych trzyma mocz. W przypadku trwałego utrzymywania się objawów nietrzymania moczu należy rozważyć implantację sztucznego zwieracza cewki moczowej

**Zaburzenia wzwodu prącia**: definiuje się jako brak możliwości osiągnięcia i utrzymania erekcji umożliwiającej odbycie satysfakcjonującego stosunku płciowego Jest efektem usunięcia lub

uszkodzenia unerwienia prącia w trakcie operacji. Po bocznych ścianach gruczołu krokowego przebiegają tzw. pęczki naczyniowo-nerwowe zawierające nerwy jamiste, odpowiedzialne za wywoływanie wzwodu. W przypadku operacji u chorych z zaawansowanym miejscowo rakiem wskazane jest usunięcie tych struktur dla zapewnienia dobrego wyniku onkologicznego, stąd szansa na zachowanie wzwodu nie przekracza kilku procent – problem ten przedstawiany jest w momencie kwalifikacji do leczenia. W wybranych przypadkach raka małego ryzyka możliwe jest wykonanie prostatektomii z jednostronnym lub obustronnym zaoszczędzeniem pęczków naczyniowo-nerwowych, co znacząco podnosi szansę na zachowanie erekcji. Należy podkreślić że powrót czynności następuje powoli i może trwać do 2 lat od operacji. Ostatecznie u około 40% pacjentów z jednostronnym zaoszczędzeniem nerwów i 70% chorych u których zachowano unerwienie obustronnie dochodzi do powrotu spontanicznie występujących wzwodów prącia. Często erekcje są słabsze trwają krócej niż przed operacją, wówczas konieczne może okazać się stosowanie dodatkowego wspomaganie (leki doustne, iniekcje doprąciowe, aparaty „vacuum”). Istotnym elementem jest profilaktyka rozwoju utrwalonych zaburzeń potencji, polegającą na wczesnie rozpoczętej rehabilitacji farmakologicznej, która powinna zostać wdrożona w ciągu pierwszych 3 miesięcy po prostatektomii. Leczenie takie polega na regularnym przyjmowaniu leków lub wykonywaniu iniekcji ze środków wywołujących wzwód. Takie postępowanie dodatkowo istotnie redukuje ryzyko wystąpienia utrwalonych zaburzeń potencji.

**Zwężenie zespolenia cewkowo-pęcherzowego** u poniżej 1% operowanych w następstwie bliźnowacenia zespolenia może dojść do jego zwężenia, które przejawia się osłabieniem siły strumienia moczu, parciem nagłym, objawami nietrzymania moczu lub zatrzymania moczu. Tą dolegliwość leczymy poprzez endoskopowe, przezcewkowe rozcięcie zwężonego odcinka cewki.

W pierwszych tygodniach po prostatektomii laparoskopowej mogą pojawić się:

ból podczas oddawania moczu, uczucie częstego parcia na mocz, przejściowe utrudnienie w oddawaniu moczu, wynikające zwykle z pooperacyjnego obrzęku śluzówki dróg moczowych i ustępujące po upływie ok. 4 tygodni

krwiste zabarwienie moczu o umiarkowanym lub słabym nasileniu, mogące nawracać. W przypadku intensywnego krwimoczu ze skrzepami należy bezzwłocznie zgłosić się do naszego szpitala.

**Obrzęk zespolenia cewkowo -pęcherzowego** – po usunięciu cewnika pęcherzowego może dojść do obrzęku w miejscu zespolenia. Wówczas może dojść do zatrzymania moczu i konieczne wtedy jest ponowne założenie cewnika na ok. 3 dni.

**Obrzęk prącia i moszny** – po zabiegu może wystąpić obrzęk prącia i moszny, który znika samoczynnie w przeciągu 14 dni po zabiegu.

**Zrosty** – jak w przypadku każdego zabiegu operacyjnego istnieje ryzyko pojawienia się zrostów pooperacyjnych.

### **ZALECENIA POZABIEGOWE**

Bezpośrednio po operacji pacjent przewożony jest do sali intensywnego nadzoru medycznego (odwiedziny na tej sali nie są możliwe), gdzie przeważnie przebywa przez kilka godzin. Po ustabilizowaniu stanu ogólnego przenoszony jest do swojej sali na oddziale. W następnym dniu można pić klarowne płyny i powoli będzie rozszerzana dieta. Już w pierwszej dobie w procesie pionizacji pacjenta bierze udział fizjoterapeuta. Pacjent otoczony jest opieką lekarzy, pielęgniarek i psychologa. Równocześnie edukowana jest rodzina. Celem zniesienia bólu pooperacyjnego podawane są leki przeciwbólowe. Dren i cewnik usuwane są w 2 dobie po zabiegu, szwy usuwane są ambulatoryjnie w 8 dobie po operacji. Bezpośrednio po usunięciu cewnika mogą wystąpić objawy pełnego nietrzymania moczu - powrót trzymania moczu może następować powoli. Rehabilitacja urologiczna przed i po zabiegowa skraca okres nietrzymania moczu.

W okresie po zabiegowym bezwzględnie należy przestrzegać następujących zasad:  
utrzymywanie higieny osobistej, wskazana codzienna kąpiel pod prysznicem z następową dezynfekcją ran pooperacyjnych i zmianą opatrunków, z użyciem każdorazowo świeżych, czystych rękawiczek

przyjmowanie minimum 2,5 l płynów na dobę w dawkach podzielonych w celu wyptakiwania skrzepów z pęcherza oraz zmniejszenia ryzyka zakażenia układu moczowego

dieta lekkostrawna, z dużą ilością błonnika, z wykluczeniem produktów działających zapierająco

powstrzymanie się od wykonywania ciężkiej pracy fizycznej przez okres minimum 4 - 6 tygodni po operacji

powstrzymanie się od wykonywania aktywności fizycznej przez okres minimum 4 - 6 tygodni takiej jak: sauna, jazda na rowerze, jazda konna

ćwiczenia mięśni dna miednicy w celu wypracowania dobrego trzymania moczu

profilaktyka przeciwzakrzepowa: w czasie pierwszego miesiąca po operacji stosować jedynie iniekcje z heparyny drobnocząsteczkowej. W przypadku konieczności stosowania innych leków przeciwkrzepliwych szczegółowe informacje będą zawarte karcie informacyjnej

- w przypadku wystąpienia objawów niepożądanych lub powstania wątpliwości co do przebiegu leczenia konieczny jest niezwłoczny kontakt z **naszym ośrodkiem, szczególnie** przy wystąpieniu objawów mogących świadczyć o **zakażeniu układu moczowego** (gorączka, bóle i pieczenie przy oddawaniu moczu, naglące parcia), zakażeniu ran pooperacyjnych (rozejście, wydzielina).

Pobyty w szpitalu po operacji trwa zwykle około 3-5 dni. Powyższy schemat może być modyfikowany zależnie od przebiegu klinicznego. Pacjent opuszcza szpital w pełni uruchomiony, zaleca się, by w pierwszych tygodniach po zabiegu nie prowadzić pojazdów mechanicznych oraz unikać intensywnej pracy fizycznej. O terminie odbioru badania histopatologicznego pacjent zostaje poinformowany telefonicznie, ustalona zostanie data wizyty pohospitalizacyjnej, w czasie której zostanie ustalone dalsze postępowanie.

W przypadku konieczności dalszego skojarzonego leczenia onkologicznego pacjenci, zostaną skierowani do leczenia w ośrodkach onkologicznych.

#### **ALTERNATYWNE METODY LECZENIA**

Zabieg polegający na usunięciu całego gruczołu krokowego wraz z pęcherzykami nasiennymi może być wykonany na drodze **otwartej operacji chirurgicznej** lub **operacji laparoskopowej**.

Powyższe zasady przeczytałem/-am i zrozumiałem/-am, miałem/-am pełną możliwość zadawania pytań dotyczących zabiegu i całego procesu leczenia, uzyskałem/-am również wszelkie, wyczerpujące i zrozumiałe wyjaśnienia dotyczące leczenia. Zostałem/-am poinformowany/-a o alternatywnych możliwościach leczenia, z ewentualnością zaniechania leczenia włącznie. Zostałem/-am poinformowany/-a o ryzyku towarzyszącym innym metodom leczenia i konsekwencjach wynikających z zaniechania leczenia. Rozumiem, że tak jak w przypadku wszystkich procedur ogólnomedycznych, pozytywne efekty leczenia nie są zagwarantowane. Ponadto, zabieg jest wykonywany w celu usunięcia konkretnego problemu i może nie wyeliminować innych ukrytych problemów.

**Skutki odmowy i niepodjęcia proponowanego leczenia:** progresja choroby nowotworowej, przerzuty, zgon.

**PROSIMY O PODPISANIE TYLKO, GDY ROZUMIEJĄ PAŃSTWO W PEŁNI TREŚĆ  
FORMULARZA**

<hr/> <i>data i czytelny podpis pacjenta</i>	<hr/> <i>data, pieczętka i podpis lekarza</i>
-------------------------------------------------	--------------------------------------------------

**ZGODA NA PRZETOCZENIE KRWI I/LUB PREPARATÓW KRWIOPCHODNYCH**

**Dane pacjenta:**

Imię i nazwisko: \_\_\_\_\_

Numer PESEL/data urodzenia (w przypadku braku nr PESEL): \_\_\_\_\_

Oświadczam, że w dniu \_\_\_\_\_, podczas rozmowy, lekarz \_\_\_\_\_ udzielił mi w sposób zrozumiały i wyczerpujący, następujących informacji:

- a) wskazaniach do przetoczenia krwi i/lub jej preparatów,
- b) przebiegu i sposobie wykonania transfuzji,
- c) oczekiwanych korzyściach z przeprowadzania transfuzji, w tym również o braku uzyskania pełnej gwarancji i pewności co do rezultatów, jakie mają zostać osiągnięte w jej wyniku – rezultaty te nie są bowiem identyczne w przypadku każdego pacjenta,
- d) ryzyku związanym z transfuzją krwi i/lub jej preparatów oraz o możliwych przewidywalnych powikłaniach (w tym odległych) takiego postępowania,
- e) możliwości wystąpienia niespodziewanych okoliczności w czasie zabiegu transfuzji, w szczególności wskutek zaawansowania choroby lub wykrycia nieujawnionych dotąd chorób
- f) skutkach odmowy wyrażenia niniejszej zgody,
- g) alternatywnych sposobach postępowania.

Powyższe informacje zostały mi przedstawione w sposób zrozumiały i wyczerpujący, z możliwością zadawania pytań, w związku z czym świadomie podpisuję niniejszą zgodę.

W szczególności zostałem poinformowany, że krew i/lub preparaty krwiopochodne zostaną mi przetoczone (podane drogą dożylną) tylko w przypadku konieczności, w opraniu o mój stan kliniczny, a nie o wartości morfotyczne (badanie laboratoryjne) krwi.

Wskazaniem do przetoczenia będzie w szczególności:

- a) ostra utrata krwi np. w przebiegu ostrego krwotoku śródoperacyjnego, urazu wielonarządowego – w tych przypadkach szybkie przetoczenie może uratować życie lub pozwolić uniknąć ciężkiego rozstroju zdrowia,
- b) ostra lub przewlekła niedokrwistość – tylko w przypadkach wystąpienia związanych z nią objawów zagrażających życiu lub grożących ciężkim rozstrojem zdrowia (w chorobie niedokrwiennej serca, chorobach układu oddechowego i innych ciężkich przewlekłych schorzeniach),
- c) zaburzenie układu krzepnięcia krwi, które może w okresie okołoperacyjnym skutkować

niedającym się opanować krwawieniem, a w konsekwencji pogorszeniem mojego stanu zdrowia lub zagrożeniem życia.

Udzielono mi informacji o możliwych, dających się przewidzieć powikłaniach przetoczeniowych w szczególności:

- a) wczesnych;
  - wysypkach, gorączka, dreszcze, duszność przetoczeniowa, reakcje hemolityczne, zakażenia bakteryjne, odczyn anafilaktyczny, ostre przetoczeniowe uszkodzenie płuc, zgon,
- b) późnych:
  - przetoczeniowa skaza małopłytkowa, przetoczeniowa choroba przeszczep przeciwko biorcy, przeniesienie biologicznych czynników chorobotwórczych np. wirusowego zapalenia wątroby typu B, C, malarii, toksoplazmozy i innych.

Ja, niżej podpisany \_\_\_\_\_, działając w imieniu własnym niniejszym wyrażam zgodę na wykonanie mi/pacjentowi przetoczenia:

**Proszę wybrać:**

a) krwi i/lub preparatów krwiopochodnych

b) **wyłącznie** preparatów krwiopochodnych

w związku z wykonaniem \_\_\_\_\_ przez Szpital.

**PROSIMY O PODPISANIE NINIEJSZEJ ZGODY TYLKO W PRZYPADKU, GDY ROZUMIEJĄ PAŃSTWO W PEŁNI TREŚĆ POWYŻSZEGO FORMULARZA**

\_\_\_\_\_  
*miejsowość, data, podpis Pacjenta*

\_\_\_\_\_  
*miejsowość, data, podpis lekarza  
udzielającego informacji, stanowiących  
podstawę wyrażenia zgody*