

## **ZGODA PACJENTA NA PROPONOWANE LECZENIE**

### ***OPERACJA WYSIŁKOWEGO NIETRZYMANIA MOCZU Z UŻYCIEM TAŚMY (TVT)***

#### **WSTĘP**

Prosimy o przeczytanie poniższego tekstu z uwagą. W przypadku jakichkolwiek niejasności lub dodatkowych pytań, prosimy o zwrócenie się do lekarza prowadzącego. Na końcu formularza poprosimy Panią o wyrażenie pisemnej zgody na proponowany zabieg operacyjny.

#### **KWALIFIKACJA DO ZABIEGU**

Lekarz specjalista – urolog lub ginekolog na podstawie wywiadu, badania przedmiotowego oraz wyników badań dodatkowych (w tym badania urodynamicznego), a także nieskutecznego leczenia zachowawczego zakwalifikował Panią do leczenia operacyjnego nietrzymania moczu (NTM). Operacyjne leczenie dotyczy prawie wyłącznie wysiłkowego NTM. Skuteczność metod operacyjnych sięga 100% bezpośrednio po zabiegu, jednak z upływem czasu NTM może nawrócić. Mimo tak dobrych notowań nie ma stuprocentowej pewności, że pacjentka zostanie wyleczona. W przypadku najskuteczniejszych metod NTM nawraca u maksymalnie 15% chorych po 5 latach od operacji, co oznacza, że szansa na całkowite wyleczenie po 5 latach wynosi 85%. Operacje stosowane w przypadku anatomicznego typu wysiłkowego NTM, opierają się na zasadzie przywrócenia prawidłowego, wysokiego, załonowego położenia połączenia cewkowo-pęcherzowego z jego stabilizacją.

**TVT** (ang. tension free vaginal tape) to nowoczesna metoda rodzaju slingu syntetycznego (taśma z siatki prolenowej) zakładanego na drodze przezpochwowej. Taśma zakładana jest na środkowy odcinek cewki moczowej. Powikłania są rzadkie. Do najczęstszych powikłań zaliczamy miejscowy zanik śluzówki pochwy, zakażenie taśmy, perforację pęcherza moczowego lub cewki moczowej, uraz naczyń i nerwów, zatrzymanie moczu, pojawienie się częstej potrzeby oddawania moczu. Obecnie istnieje wiele rodzajów taśm wprowadzanych pod cewkę na drodze załonowej (IVS, Sparc, Monarc, T-Sling).

#### **Technika (etapy) zabiegu TVT:**

1. Zabieg małoinwazyjny
2. Znieczulenie miejscowe lub zewnątrzoponowe
3. Pełna współpraca lekarza z pacjentem
4. Ułożenie ginekologiczne
5. Dostęp przezpochwowy (nacięcie przedniej ściany pochwy na odcinku ok.2,5-3cm)
6. Konieczność założenia cewnika do pęcherza moczowego

**ODDZIAŁ UROLOGII**  
**LAPAROSKOPOWEJ, OGÓLNEJ I ONKOLOGICZNEJ**  
SZPITAL UNIWERSYTECKI NR 2 IM. DR JANA BIZIELA  
UL. UJEJSKIEGO 75, 85-168 BYDGOSZCZ  
TEL. 523655306, 523655308  
e-mail: urologia@biziel.pl

7. Umieszczenie taśmy polipropylenowej załonowo. Taśmę podwieszającą cewkę przeprowadza się za pomocą specjalnej igły – prowadnicy, od strony pochwy za spojeniem łonowym przez przeponę miedniczną, przestrzeń załonową

8. Próba kaszlowa

9. Szwy wchłanialne na ścianę pochwy

10. Seton do pochwy

**POWIKŁANIA**

<b>Powikłanie</b>	<b>Częstość występowania %</b>
Zakażenie układu moczowego	2,6-6,2
Zakażenie rany	0,7-1,2
Parcia	0-3,8
Perforacja pęcherza moczowego	0,7-9,0
Krwiak	0,7-1,5
Krwawienie (małe)	0-3,2
Krwawienie (poważne)	0,01
Zatrzymanie moczu	1,5-7
Erozja taśmy do pęcherza lub cewki	0,5-8
Perforacja jelita	0,004
Zgon	0,0003

Czas rehabilitacji po wszczepieniu taśmy wynosi od 2 do 6 tygodni. Zwykle po tym okresie może Pani powrócić do normalnej aktywności fizycznej. Oczywiście należy ograniczyć wówczas bardzo ciężką pracę fizyczną do okresu 3 miesięcy.

---

**Niniejszym oświadczam, że znam istotę swojej choroby, zostałam poinformowana o celowości i sposobie leczenia oraz możliwości wystąpienia powikłań. Na wszystkie pytania i wątpliwości uzyskałam zadowalającą odpowiedź.**

Wyrażam zgodę na przeprowadzenie operacji TVT

Imię i Nazwisko: .....

Data: .....

Podpis: .....