

## LECZENIE OPERACYJNE GUZKÓW SKÓRY/ TKANKI PODSKÓRNEJ (W WARUNKACH AMBULATORYJNYCH)

Na skórze twarzy w okolicy oczu mogą rozwijać się łagodne i złośliwe (15-20% zmian) guzki wywodzące się z naskórka, skóry i przydatków oka.

Należą do nich: występujące na powiekach - brodawki łojotokowe, brodawki pospolite, róg skórny, prosaki, torbiel włosowa, mięczak zakaźny, gradówka, kaszak, kępki żółte, gruczolaki (łojowe, potowe), znamiona, rak podstawnokomórkowy, rak kolczystokomórkowy, czerniak.

Celem leczenia operacyjnego jest usunięcie zmiany z zachowaniem jak największej ilości zdrowej tkanki.

### Przebieg zabiegu

Zabieg polega na wycięciu zmian skóry i tkanki podskórnej w znieczuleniu miejscowym (zastrzyk wokół guzka planowanego do usunięcia) ewentualnie dodatkowo kropli znieczulających do worka spojówkowego oka. Wybór sposobu znieczulenia zależy od umiejscowienia i wielkości zmian. W trakcie zabiegu nie należy wykonywać ruchów głową i ustawiać oczy w kierunku zalecanym przez operatora w celu umożliwienia precyzyjnego i bezpiecznego dla gałki ocznej zabiegu. Po wycięciu, na brzegi rany zakładane są szwy – na skórę niewchłaniane, które należy usunąć 6-7 dni po zabiegu. Na ranę stosuje się maść z antybiotykiem. Opatrunek należy utrzymać na oku do następnego dnia.

### Pooperacyjny dyskomfort

- krwiak powiek, obrzęk, umiarkowany świąd skóry w trakcie gojenia – są typowe po zabiegu, na ogół nie ma potrzeby stosowania leków przeciwbólowych ogólnie
- zdjęcie szwów skórnych 6-7 dni po zabiegu
- w okresie gojenia nie można pływać w basenie, jeziorze, morzu
- jeśli zabieg dotyczył brzegu wolnego powieki gojenie trwa 4-6 tygodni i w tym czasie należy stosować krople, maści, żele oczne zgodnie z zaleceniem lekarza operującego

W medycynie niemożliwe jest udzielenie gwarancji skuteczności zastosowanej terapii.

### Powikłania są rzadkie

- uczulenie na leki o różnym stopniu nasilenia (leki znieczulające, antybiotyki)
- zakażenie (niewłaściwa higiena operowanego oka)
- niecałkowite usunięcie zmiany guzowej o nieostrych granicach, z satelitarnymi zmianami
- rozejście się brzegów rany przy niekontrolowanym nadmiernym pocieraniu i rozciąganiu skóry powiek
- nadmierne bliznowacenie (osobnicza skłonność do tworzenia bliznowców)

### Centrum Zdrowia SALUS – Szpital SALUS

### Jak przygotować się do operacji

Do przychodni prosimy zabrać **skierowanie na zabieg** ( jeśli wcześniej było wypisane), **dowód ubezpieczenia** (nie obowiązuje w przypadku operacji opłacanych prywatnie), **formularz zgody**.

Jeśli pacjent choruje na schorzenia takie jak: cukrzyca, nadciśnienie tętnicze, choroba wieńcowa, zaburzenia rytmu serca, astma, alergie lub, jeśli przyjmuje leki zmniejszające krzepliwość krwi (aspiryna, acard, polocard, acenokumarol, sintrom, warfin) należy poinformować o tym lekarza operującego i zgłosić się do swojego Lekarza Rodzinnego w celu odpowiedniego przygotowania do operacji.

W przypadku stosowania leków na stałe należy je przyjąć jak zwykle i znać (spisać) ich nazwy.

W dniu zabiegu pacjent powinien wykonać dokładną poranną toaletę (kąpiel lub prysznic) całego ciała.

Przed zabiegiem można będzie porozmawiać z lekarzem operującym i zadać ewentualne pytania.

Po zabiegu pacjent wraca do domu. Otrzymuje recepty na potrzebne leki, dodatkowe zalecenia ustne od operatora oraz w razie potrzeby zwolnienie z pracy. Ma też wyznaczony termin usunięcia szwów skórnych i wizyty u lekarza, który go operował.

### Ogólne zalecenia pooperacyjne

- Przed zabiegiem pacjent powinien zapewnić sobie transport do domu – nie powinien prowadzić samochodu (opatrunek na oku).
- Należy zrealizować przepisane recepty i przyjmować leki zgodnie z zaleceniami lekarza.
- Higiena operowanego oka
- Wskazane jest ograniczenie wysiłku fizycznego przez kilka-kilkanaście dni po zabiegu.
- W przypadku nasilonych dolegliwości lub innych niż wyżej opisane należy skontaktować się z lekarzem.
- Wynik badania histopatologicznego jest do odbioru w rejestracji 2-3 tygodnie po zabiegu. Należy się z nim zgłosić do lekarza operującego.
- Należy unikać nadmiernego nasłonecznienia operowanej okolicy (okulary przeciwsłoneczne)

---

## ZGODA NA LECZENIE OPERACYJNE GUZKÓW SKÓRY / TKANKI PODSKÓRNEJ (W WARUNKACH AMBULATORYJNYCH)

Świadoma zgoda na operację w znieczuleniu miejscowym.....

Imię i nazwisko chorego.....

Data urodzenia.....

### Centrum Zdrowia SALUS – Szpital SALUS

Szpital – Interdyscyplinarny Oddział Zabiegowy, Przychodnia Specjalistyczna, Przychodnie POZ  
76-200 Słupsk, ul. Zielona 8, tel./059) 848 90 00, fax. (059) 848 90 57; Salus Sp. z o.o., NIP: 839-27-53-401; REGON: 771478724;  
[www.klinikasalus.pl](http://www.klinikasalus.pl); [www.salus.com.pl](http://www.salus.com.pl); e-mail: [klinika@salus.com.pl](mailto:klinika@salus.com.pl)  
Sąd Rejonowy Gdańsk-Północ w Gdańsku, VIII Wydział Gospodarczy KRS; Nr KRS: 0000152747, Kap. Zakł. 28 050 000 PLN

## DI-P-OA 2

Rozpoznanie.....

Planowany zabieg operacyjny usunięcia .....

powieki.....oka.....

Stwierdzam, że przedstawiono pacjentowi/pacjentce planowany sposób leczenia operacyjnego oraz poinformowano o możliwych zagrożeniach i powikłaniach, które mogą wystąpić w przebiegu lub w wyniku operacji.

Podpis lekarza operującego.....

Oświadczam, że:

- zapoznałem/łam się ze szczegółowym opisem leczenia operacyjnego, jego celowością i oczekiwanym wynikiem oraz potencjalnymi zagrożeniami mogącymi wystąpić w wyniku w/w leczenia i zgadzam się na proponowane leczenie operacyjne
- zgadzam się również na ewentualne zmodyfikowanie sposobu operacji w niezbędnym zakresie, jeśli sytuacja tego by wymagała, zgodnie z zasadami wiedzy medycznej
- ujawniłem/łam wszystkie znane mi schorzenia i zarazem nie zataiłem/łam istotnych informacji dotyczących stanu zdrowia oraz przebytych chorób
- zobowiązuję się dokładnie przestrzegać zaleceń zabiegowych i wizyt kontrolnych
- stwierdzam, że uzyskałem/łam wyczerpujące odpowiedzi na wszystkie pytania i proszę o wykonanie proponowanej operacji

Podpis pacjenta/pacjentki/opiekuna.....

Słupsk, dnia .....