

Opća bolnica Pula
Zagrebačka 30
Djelatnost za bolesti uha, grla i nosa

OBAVIJEST ZA MIRINGOTOMIJU (PARACENTEZU)

Miringotomija je zarezivanje bubnjića oštrim nožićem .
Paracenteza označava pražnjenje tekućine iz bubnjišta zarezivanjem nožićem ili ubodom širokom iglom.
Zahvat se izvodi kod akutne gnojne upale srednjeg uha i kod dugotrajnog seroznog otitisa.

1. Kod akutne gnojne upale srednjeg uha, nakupljeni gnoj u bubnjištu izbočuje bubnjić prema van.

Ako se odmah ne učini miringotomija, gnoj u bubnjištu može izazvati destrukciju slušnih košćica ili stvaranje priraslica što rezultira nagluhošću.

Kad se nakupi puno gnoja u bubnjištu, bubnjić će zbog tlaka gnoja sam puknuti i gnoj će iscuriti iz uha, ali će puknuće bubnjića biti veće i nepravilnije nego li nakon malog zarezivanja oštrim nožićem.

Bubnjić spontano zacijeli nakon miringotomije i nakon puknuća u kratkom vremenu i manji je rizik za oštećenje sluha nakon miringotomije nego li nakon spontanog puknuća. I nakon ponavljanih miringotomija, bubnjić obično zacijeli bez ikakvih promjena sluha.

Kod gnojne upale bubnjišta ubod oštrim nožićem nije bolan, pa se miringotomija izvodi bez anestezije.

Nakon miringotomije moguće je uzeti bris gnoja za mikrobiološku analizu.

Manje krvarenje iz uha je uobičajeno i potrebno je kapati u uho 3%H₂O₂ više puta dnevno.

2. Kod dugotrajnog seroznog (sekretornog) otitisa, učini se paracenteza u donjem prednjem kvadrantu bubnjića. Kroz nastali otvor usisava se želatinozni sekret iz bubnjišta i može se ugraditi ventilacijska cjevčica.

U ovom slučaju potrebna je kod djece opća anestezija a kod odraslih lokalna anestezija.

Komplikacije su vrlo rijetke. Mjesto paracenteze spontano zacijeli.

Nakon postavljanja ventilacijskih cjevčica i naknadnog vađenja za 6 do 12 mjeseci može doći do usporenog cijeljenja bubnjića, sa stvaranjem ožiljka i ovapnjenja bubnjića (miringosklerozna) dok izuzetno rijetko ostaje trajna perforacija bubnjića.

Opća bolnica Pula
Zagrebačka 30
Djelatnost za bolesti uha, grla i nosa

U Puli, dana _____

INFORMIRANI PRISTANAK NA MIRINGOTOMIJU (PARACENTEZU)

Obaviješten(a) sam o prirodi samog zahvata i drugim mogućnostima liječenja. Imao(la) sam priliku postaviti pitanja i dobiti zadovoljavajuće odgovore. Svjestan sam mogućnosti odbijanja ovog zahvata.

PRISTAJEM da dr. _____, djelatnik Opće bolnice Pula učini miringotomiju _____ (upisati desnog, lijevog ili oba) uha.

Ime i prezime tiskanim slovima Datum rođenja Potpis

Ime i prezime roditelja/skrbnika Datum rođenja Potpis

Ovime potvrđujem da je bolesnik/roditelj/skrbnik izjavio u mom prisustvu da je dobio objašnjenje u svezi svrhe, koristi, razumno predvidljivog rizika zahvata, alternativnih mogućnosti, da je dobio tražene odgovore i dao svoj pristanak.

Ime i prezime liječnika Potpis

Upoznat(a) sam s rizicima ovog medicinskog postupka i svjestan(a) sam dobrobiti koju mogu imati provođenjem istog, svojim potpisom potvrđujem da ODBIJAM dati PRISTANAK za miringotomiju.

Ime i prezime Ime i prezime roditelja/skrbnika Potpis