



**OB Zabok i bolnica hrvatskih veterana
Služba za kirurgiju**

Pročelnica kirurške službe Ana Dimova, dr. med., spec. opće i abdominalne kirurgije

Obavijest pacijentu o operacijskom postupku

OBJAŠNJENJE I PISMENI PRISTANAK PACIJENTA NA OPERATIVNI ZAHVAT

Operacija pterigija

DIJAGNOZA I ZAHVAT

Operacija pterigija je mikrokirurški zahvat kojim se uklanja duplikatura spojnice koja prerasta rub rožnice. Liječnik mi je objasnio da bolujem od **pterigija oka** te se preporučuje provođenje operacije pterigija.

ANESTEZIJA

Zahvat se izvodi u lokalnoj anesteziji.

OPIS ZAHVATA

Operacija pterigija vrši se u lokalnoj anesteziji u sklopu jednodnevne kirurgije. Operacija obično traje 20-25 minuta, ali priprema za zahvat traje otprilike 2 sata tako da se pripremite da ćete na našem odjelu provesti nekoliko sati. Nakon operacije idete kući (imati ćete povoj na operiranom oku do idućeg dana kada je prva postoperativna kontrola). Zahvat se vrši mikrokirurški uz pomoć mikroskopa. Radi se kirurško odstranjivanje duplikature spojnice te šivanje ostatka spojnice resorptivnim šavovima.

Na dogovoreni termin operacije dođite bez šminke te ponesite čistu pidžamu i papuče jer provodite nekoliko sati u bolesničkoj sobi. Osim ako vam na pregledu prije zahvata liječnik nije dao drugačije upute, lijekove koje ste prethodno koristili redovito uzmite ujutro prije operacije te ponesite sa sobom ostale lijekove, također ako uzimate antiglaukomsku lokalnu terapiju koristite je kao i inače.

Oko nakon prve postoperativne kontrole ne treba biti zatvoreno ili prekriveno. Prvih 7 dana nakon operativnog zahvata zabranjeno je trljati oči, dodirivati lice i oči nečistim maramicama te se ne preporučuje previše gledati na stranu. Tuširajte se od vrata na niže, suzdržite se od fizičkog napora i izbjegavajte saginjanje glave prema dolje. Upravljanje motornim vozilima ne preporučujemo minimalno 48h nakon operativnog zahvata.

Nakon operacije primjenjuje se terapija u obliku antibiotskih kapi koje je potrebno kapati prema uputama liječnika, najčešće oko 3-4 tjedna po shemi koju ćete dobiti nakon zahvata. Na prvoj kontroli koja je planirana odmah drugi dan nakon zahvata dobiti ćete detaljna uputstva o idućim kontrolama i daljnjem korištenju terapije. Moguće je da nakon zahvata privremeno dođe do suhoće sa popratnim osjećajem peckanja ili žuljanja u operiranom oku. U tom slučaju liječnik će propisati odgovarajuću terapiju, najčešće umjetne suze ili gel za još bolje vlaženje oka.

Resorptivni šavi se odstranjuju 2 tjedna nakon operacije pterigija.

Pterigij se ponekad može ponovno pojaviti jer se radi o poremećaju na razini limbalnih stanica rožnice.



RIZICI/KOMPLIKACIJE ZAHVATA

Iako su izuzetno rijetke, komplikacije ovog operativnog postupka mogubiti: zamućenje rožnice, krvarenje spojnice, dupli vid, bol u oku, spuštена gornja vjeđa, recidiv pterigija. Moguće je da nakon zahvata dođe do situacije koja ovdje nije opisana. Komplikacije mogu uvjetovati slabljenje vida.

KONTRAINDIKACIJE ZA IZVOĐENJE ZAHVATA

Ovaj operativni postupak ne smije se izvesti u slučaju:

- neregulirane arterijske hipertenzije i diabetes mellitusa
- nereguliranog očnog tlaka
- zamućenja rožnice
- ablacije mrežnice

MOGUĆNOST ZAMJENE ZA PREPORUČENI POSTUPAK

Kod stanja u kojih je indicirana operacija pterigija, nema adekvatne zamjene konzervativnim mjerama.

IZJAVA PACIJENTA

Svojim potpisom potvrđujem da sam na meni jasan i razumljiv način upoznat/a s mojim zdravstvenim stanjem, preporučenim postupkom liječenja, vrstom odabrane anestezije, mogućim kontraindikacijama i rizicima samoga postupka uključujući i rizike koji su specifični s obzirom na moje zdravstveno stanje kao i činjenicom da je uspjeh liječenja varijabilan i da ovisi o nizu čimbenika. Na sve svoje dodatne upite sam dobio/la potpunu informaciju od strane liječnika te u cijelosti preuzimam rizik liječenja navedenim postupkom.

Sukladno članku 16. Stavak 3. Zakona o zaštiti prava pacijenata ("Narodne novine broj 169/04), izjavljujem da slobodnom voljom utemeljenoj na potpunoj obaviještenosti, prihvaćam postupak.

Potpis liječnika: _____

Datum i vrijeme: _____

Ime i prezime pacijenta/skrbnika: _____

Potpis pacijenta/skrbnika: _____

Datum i vrijeme: _____