

ИНФОРМАЦИЯ О МЕТОДАХ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, СВЯЗАННЫХ С НИМИ РИСКАХ, ВИДАХ МЕДИЦИНСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА, ИХ ПОСЛЕДСТВИЯХ И ОЖИДАЕМЫХ РЕЗУЛЬТАТАХ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

В соответствии с Федеральным законом от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (статьи 2, 31, 33):

медицинская помощь - комплекс мероприятий, направленных на поддержание и (или) восстановление здоровья и включающих в себя предоставление медицинских услуг; **медицинская услуга** - медицинское вмешательство или комплекс меди-

цинских вмешательств, направленных на профилактику, диагностику и лечение заболеваний, медицинскую реабилитацию и имеющих самостоятельное законченное значение; **медицинское вмешательство** - выполняемые медицинским работником и

иным работником, имеющим право на осуществление медицинской деятельности, по отношению к пациенту, затрагивающие физическое или психическое состояние человека и имеющие профилактическую, исследовательскую, диагностическую, лечебную, реабилитационную направленность виды медицинских обследований и (или) медицинских манипуляций, а также искусственное прерывание беременности;

профилактика - комплекс мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннее выявление, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания; **диагностика** - комплекс медицинских вмешательств, направленных на

распознавание состояний или установление факта наличия либо отсутствия заболеваний, осуществляемых посредством сбора и анализа жалоб пациента, данных его анамнеза и осмотра, проведения лабораторных, инструментальных, патолого-анатомических и иных исследований в целях определения диагноза, выбора мероприятий по лечению пациента и (или) контроля за осуществлением этих мероприятий; **лечение** - комплекс медицинских вмешательств, выполняемых по назначению медицинского работника, целью которых является устранение или облегчение проявлений заболевания или заболеваний либо состояний пациента, восстановление или улучшение его здоровья, трудоспособности и качества жизни; **заболевание** - возникающее в связи с воздействием патогенных факторов

нарушение деятельности организма, работоспособности, способности адаптироваться к изменяющимся условиям внешней и внутренней среды при одновременном изменении защитно-компенсаторных и защитно-приспособительных реакций и механизмов организма;

состояние - изменения организма, возникающие в связи с воздействием патогенных и (или) физиологических факторов и требующие оказания медицинской помощи; **основное заболевание** - заболевание, которое само по себе или в связи с осложнениями вызывает первоочередную необходимость оказания медицинской помощи в связи с наибольшей угрозой работоспособности, жизни и здоровью, либо приводит к инвалидности, либо становится причиной смерти; **сопутствующее заболевание** - заболевание, которое не имеет причинноследственной связи с основным заболеванием, уступает ему в степени необходимости оказания медицинской помощи, влияния на работоспособность, опасности для жизни и здоровья и не является причиной смерти; **тяжесть заболевания или состояния** - критерий, определяющий степень

поражения органов и (или) систем организма человека либо нарушения их функций, обусловленные заболеванием или состоянием либо их осложнением.

Медицинская помощь оказывается медицинскими организациями и **классифицируется по видам, условиям и форме** оказания такой помощи.

К видам медицинской помощи относятся:

- 1) первичная медико-санитарная помощь;
- 2) специализированная, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь;
- 3) скорая, в том числе скорая специализированная, медицинская помощь; 4) паллиативная медицинская помощь.

Медицинская помощь может оказываться в следующих условиях:

- 1) вне медицинской организации (по месту вызова бригады скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, а также в транспортном средстве при медицинской эвакуации);
- 2) амбулаторно (в условиях, не предусматривающих круглосуточного медицинского наблюдения и лечения), в том числе на дому при вызове медицинского работника;
- 3) в дневном стационаре (в условиях, предусматривающих медицинское наблюдение и лечение в дневное время, но не требующих круглосуточного медицинского наблюдения и лечения);
- 4) стационарно (в условиях, обеспечивающих круглосуточное медицинское наблюдение и лечение).

Формами оказания медицинской помощи являются:

1) экстренная - медицинская помощь, оказываемая при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, представляющих угрозу жизни пациента;

2) неотложная - медицинская помощь, оказываемая при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний без явных признаков угрозы жизни пациента;

3) плановая - медицинская помощь, которая оказывается при проведении профилактических мероприятий, при заболеваниях и состояниях, не сопровождающихся угрозой жизни пациента, не требующих экстренной и неотложной медицинской помощи, и отсрочка оказания которой на определенное время не повлечет за собой ухудшение состояния пациента, угрозу его жизни и здоровью.

Первичная медико-санитарная помощь является основой системы оказания медицинской помощи и включает в себя мероприятия по профилактике, диагностике, лечению заболеваний и состояний, медицинской реабилитации, наблюдению за течением беременности, формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения.

Организация оказания первичной медико-санитарной помощи гражданам в целях приближения к их месту жительства, месту работы или обучения осуществляется по территориально-участковому принципу, предусматривающему формирование групп обслуживаемого населения по месту жительства, месту работы или учебы в определенных организациях, с учетом положений статьи 21 настоящего Федерального закона.

Первичная доврачебная медико-санитарная помощь оказывается фельдшерами, акушерами и другими медицинскими работниками со средним медицинским образованием.

Первичная врачебная медико-санитарная помощь оказывается врачами-терапевтами, врачами-терапевтами участковыми, врачами-педиатрами, врачами-педиатрами участковыми и врачами общей практики (семейными врачами).

Первичная специализированная медико-санитарная помощь оказывается врачами-специалистами, включая врачей-специалистов медицинских организаций, оказывающих специализированную, в том числе высокотехнологичную, медицинскую помощь.

Первичная медико-санитарная помощь оказывается в амбулаторных условиях и в условиях дневного стационара.

В целях оказания гражданам первичной медико-санитарной помощи при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, не сопровождающихся угрозой жизни пациента и не требующих экстренной медицинской помощи, в структуре медицинских организаций могут

создаваться подразделения медицинской помощи, оказывающие указанную помощь в неотложной форме.

Информация о предоставляемых платных медицинских услугах

ВНИМАНИЕ!!! ИНФОРМАЦИЯ НОСИТ ИСКЛЮЧИТЕЛЬНО ОЗНАКОМИТЕЛЬНЫЙ ХАРАКТЕР И РАЗМЕЩЕНА В СООТВЕТСТВИИ С ПУНКТАМИ 13, 14 И 17 ПРАВИЛ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ МЕДИЦИНСКИМИ ОРГАНИЗАЦИЯМИ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ, УТВЕРЖДЕННЫХ ПОСТАНОВЛЕНИЕМ ПРАВИТЕЛЬСТВА РФ ОТ 11 МАЯ 2023 Г. №736. НАЛИЧИЕ ПОКАЗАНИЙ И ОТСУТСТВИЕ ПРОТИВОПОКАЗАНИЙ, А ТАКЖЕ ОБЪЕМ И ТЕХНОЛОГИЮ ВМЕШАТЕЛЬСТВА, И ОЦЕНКУ РИСКОВ ОСУЩЕСТВЛЯЕТ ВРАЧ.

ВСЮ ИНФОРМАЦИЮ УТОЧНЯЙТЕ У ЛЕЧАЩЕГО ВРАЧА!

Подкожное введение лекарственных препаратов.

Подкожная инъекция — это введение раствора для лечения и профилактики различных заболеваний в подкожную клетчатку.

ВНИМАНИЕ! Процедура имеет медицинские противопоказания. Наличие или отсутствие показаний/противопоказаний, количество процедур, показанных пациенту, устанавливает врач. Данный метод является лечебным, проводимым по назначению лечащего врача.

Нижеприведенная информация носит исключительно ознакомительно-справочный характер и не является публичной офертой. Необходима консультация врача.

Ожидаемый результат: поступление лекарственного средства в организм.

Подкожно введенные лекарственные вещества быстрее всасываются, чем при введении через рот. П/к инъекции производят иглой на глубину 15 мм и вводят до 2 мл лекарственных препаратов, которые быстро всасываются в рыхлой подкожной клетчатке и не оказывают на нее вредного воздействия.

Места для подкожного введения: средняя треть передненаружной поверхность плеча; средняя треть передненаружной поверхность бедра; подлопаточная область; передняя брюшная стенка.

В этих местах кожа легко захватывается в складку и отсутствует опасность повреждения кровеносных сосудов, нервов и надкостницы. Не рекомендуется производить инъекции: в места с отеочной подкожно-жировой клетчаткой; в уплотнения от плохо рассосавшихся предыдущих инъекций.

Препараты, введенные в жировую прослойку под кожей, медленно и равномерно всасываются в кровь и оказывают необходимое действие. Чаще всего подкожную инъекцию делают с помощью пустотелой иглы и шприца, но в ряде случаев по показаниям врач назначает введение лекарства безыгольным методом с помощью высокого давления.

Необходимо направление на процедуру по установленной форме. Показанием к подкожному инъекционному введению служит назначение врача.

Противопоказания к подкожному инъекционному введению: отек или воспаление в месте инъекции; аллергия на компоненты лекарственного препарата.

Чаще всего лекарство под кожу вводят в наружную поверхность плеча, переднюю брюшную стенку, под лопатку, в наружную или переднюю поверхность бедра. Медсестра обеззараживает место инъекции, захватывает двумя пальцами подкожную складку. Иглу используют самого маленького диаметра, глубина введения – 15 миллиметров. Угол введения иглы зависит от ее длины и толщины подкожно-жировой клетчатки. Медсестра вводит иглу под прямым углом или под углом 45 градусов в основание кожной складки. Лекарство быстро всасывается в жировую ткань, не оказывая негативного воздействия на нее. Шприц извлекают безболезненно, если необходимо медсестра наложит асептическую повязку.

Игла, используемая для подкожной инъекции, обычно тонкая и короткая, вызывает минимальный дискомфорт. Ощущение боли, которое испытывает человек, зависит от индивидуальных особенностей человека. оль также зависит от лекарств, которые вводятся, поскольку они могут провоцировать жжение или болезненность в течение или после инъекции. Подкожные инъекции менее болезненны, чем внутримышечный укол.

Наиболее распространенным осложнением подкожной инъекции является боль около места инъекции в течение 1-2 дней после этого. Некоторые лекарства могут вызвать синяк или раздражение в месте инъекции. Введение лекарства в кровеносный сосуд. Это может изменить способ абсорбции лекарственного средства. Укол в зону кровеносного сосуда в редких случаях может вызвать серьезные осложнения. Однако вероятность попадания в кровеносный сосуд в подкожной клетчатке крайне редка.

Внутримышечное введение лекарственных препаратов

Внутримышечный укол представляет собой ввод лекарств непосредственно вводятся внутрь мышцы. Основной задачей манипуляции является ввод в ткани мышц раствора лекарственного средства.

ВНИМАНИЕ! Процедура имеет медицинские противопоказания. Наличие или отсутствие показаний/противопоказаний, количество процедур, показанных пациенту, устанавливает врач. Данный метод является лечебным, проводимым по назначению лечащего врача.

Нижеприведенная информация носит исключительно ознакомительно-справочный характер и не является публичной офертой. Необходима консультация врача.

Ожидаемый результат: поступление лекарственного средства в организм.

Внутримышечная инъекция может быть предпочтительнее, поскольку мышцы имеют более крупные и многочисленные кровеносные сосуды, чем подкожная ткань, что приводит к более быстрому всасыванию, чем подкожные или внутрикожные инъекции. Лекарство, вводимое путем внутримышечной инъекции, не подвержено эффекту метаболизма при первом прохождении, который влияет на пероральные препараты.

Необходимо направление на процедуру по установленной форме. Показанием к подкожному инъекционному введению служит назначение врача.

Противопоказания к подкожному инъекционному введению: отек или воспаление в месте инъекции; аллергия на компоненты лекарственного препарата. Важно, чтобы в области предполагаемой инъекции не было повреждений, а также дегенеративных либо воспалительных процессов, в частности ожогов, нагноений, крапивницы и т. п. Внутримышечные инъекции не следует применять людям с проблемами свертываемости крови.

Возможными анатомическими зонами ввода лекарственных препаратов в мышцу могут выступать: большая ягодичная мышца; область средней переднебоковой поверхности и бедра; мышца плеча (дельтовидная).

Медсестра обрабатывает место укола спиртом и медленно введет лекарство глубоко в ягодичную мышцу. При этом пациент лежит, в этой позе мышцы наиболее расслаблены, и манипуляция проходит безболезненно. После инъекции медсестра помассирует мышцу для улучшения кровообращения. Благодаря широкой сети кровеносных и лимфатических сосудов лекарство быстро и полностью всасывается в организм и оказывает необходимое действие. В зависимости от индивидуальной реакции пациента врач может скорректировать дозировку.

Внутримышечные инъекции обычно приводят к боли, покраснению и припухлости или воспалению вокруг места инъекции, часто образуется незначительная гематома либо отечная шишка. Эти побочные эффекты, как

правило, незначительны и длятся не более нескольких дней. В редких случаях могут быть повреждены нервы или кровеносные сосуды вокруг места инъекции, что приводит к сильной боли.

Внутривенное введение лекарственных препаратов.

Введение лекарственных средств или препаратов/компонентов крови в венозный сосуд.

ВНИМАНИЕ! Процедура имеет медицинские противопоказания. Наличие или отсутствие показаний/противопоказаний, количество процедур, показанных пациенту, устанавливает врач. Данный метод является лечебным, проводимым по назначению лечащего врача.

Нижеприведенная информация носит исключительно ознакомительно-справочный характер и не является публичной офертой. Необходима консультация врача.

Ожидаемый результат: поступление лекарственного средства в организм.

Необходимо направление на процедуру по установленной форме. Показанием к служит назначение врача.

Струйное вливание проводят обычно при небольшом объеме вводимого раствора. Основными преимуществами этого способа являются быстрота действия и точность дозировки. Лекарство поступает в кровь в неизменном виде.

Противопоказания: Любое поражение кожи и подкожно-жировой клетчатки в предполагаемом месте инъекции. Атрофия мышечной ткани. Флебит (воспаление) пунктируемой вены.

Специальной подготовки не требуется.

Чаще всего используют вены локтевой ямки, поскольку они имеют большой диаметр, лежат поверхностно и сравнительно мало смещаются, а так же поверхностные вены кисти, предплечья, локтевого сгиба.

Путем венепункции (прокалывание стенки вены стерильной иглой со шприцем) вводят лекарство внутривенно. Некоторые лекарства вводят струйно из шприца медленно (например, строфантин), другие можно вводить быстро. Особенно внимательно следует относиться к внутривенным вливаниям веществ, вызывающих раздражение и даже некроз при попадании под кожу.

Перед процедурой обязательно сообщите медсестре, если ранее имели место реакции на любые лекарственные препараты.

Во время проведения процедуры незамедлительно сообщайте медсестре о появившемся дискомфорте в месте введения лекарства, и любом внезапном изменении вашего состояния.

Капельные вливания используют при внутривенном введении больших объемов жидкости. Основными преимуществами этого способа являются быстрота действия и точность дозировки. Лекарство поступает в кровь в неизменном виде. Этот метод введения имеет ряд преимуществ: пациенты его лучше переносят, вводимая жидкость медленно всасывается и дольше задерживается в организме, не вызывает больших колебаний артериального давления и не усложняет работу сердца.

Противопоказания: Любое поражение кожи и подкожно-жировой клетчатки в предполагаемом месте инъекции. Атрофия мышечной ткани. Флебит пунктируемой вены. Некоторые виды лекарственных препаратов (таких, например, как иммуноглобулин человеческий) с осторожностью вводят либо не вводят совсем при повышенном артериальном давлении.

Чаще всего используют вены локтевой ямки, поскольку они имеют большой диаметр, лежат поверхностно и сравнительно мало смещаются, а также поверхностные вены кисти, предплечья, локтевого сгиба.

Для введения больших объемов жидкости используется система для внутривенного капельного введения, представляющая собой систему трубок и переходников. Эта система с одного конца подсоединяется к контейнеру (бутылка либо пакет) с лекарственным препаратом, на другой же ее стороне находится стерильная игла, которая вводится непосредственно в вену пациента после предварительной обработки кожи в предполагаемом месте инъекции. На время процедуры игла надежно фиксируется на коже при помощи пластыря, во избежание травмирования стенки вены и окружающих тканей. Скорость введения лекарства регулируется медицинской сестрой, проводящей процедуру, с помощью регулятора скорости потока, и зависит от вида лекарственного средства и состояния пациента.

Перед процедурой обязательно сообщите медсестре, если ранее имели место реакции на любые лекарственные препараты. Во время процедуры желательно сохранять относительную неподвижность конечности, к вене которой подключена система.

Во время проведения процедуры незамедлительно сообщайте медсестре о появившемся дискомфорте в месте введения лекарства, и любом внезапном изменении вашего состояния.

Взятие крови из периферической вены.

Взятие крови из периферической вены требуется для проведения большинства лабораторных исследований, в том числе и простой профилактики (скрининга).

ВНИМАНИЕ! Процедура имеет медицинские противопоказания. Наличие или отсутствие показаний/противопоказаний, количество

процедур, показанных пациенту, устанавливает врач. Данный метод является диагностическим, проводимым по назначению лечащего врача.

Нижеприведенная информация носит исключительно ознакомительно-справочный характер и не является публичной офертой. Необходима консультация врача.

Ожидаемый результат: получение биоматериала для проведения исследования.

Взятие крови из периферической вены требует соблюдать ряд рекомендаций. Их несоблюдение может существенно повлиять на качество образца биоматериала и сделать результаты анализов неточными.

Существуют сотни различных исследований крови, и для каждого из них составлена своя схема подготовки. Но, пожалуй, главным и универсальным условием, которое относится к большинству случаев взятия крови из периферической вены, является требование сдавать кровь натощак (от 4 до 12 часов голодания).

При этом пить воду не только можно, но и нужно – это поможет врачу быстрее отыскать набухшую вену. Часто также требуется за несколько дней до анализа исключить из рациона жирную и острую пищу, а также кофеин и алкоголь. За час до сдачи крови – не курить. При сдаче крови на гормоны важно за 20-30 минут до взятия биоматериала исключить эмоциональные нагрузки.

Взятие крови из периферической вены до сих пор остается одной из самых распространенных инвазивных процедур в здравоохранении. Кровь, необходимую для диагностического теста, обычно довольно легко получить с помощью процедуры, называемой венепункцией – термин, который просто означает «прокол вены».

Взятие крови из периферической вены необходимо для выполнения множества различных видов анализов. Результаты этих исследований могут предоставить информацию об уровне иммунитета, появлении или прогрессировании болезни, составе крови, а также об уровне определенных веществ в ней.

Процедура взятия крови из периферической вены проста. В большинстве случаев кровь будет брать медсестра. Первым шагом к правильному взятию крови является определение вен, подходящих для пункции. Для взрослых пациентов наиболее частым и предпочтительным вариантом является срединная локтевая вена.

Сначала место взятия крови очищается спиртом, затем выше этого места перевязывают жгут, чтобы увеличить количество крови в вене во время взятия. Как только жгут наложен, игла осторожно вводится в вену, и собирается кровь. Во время сбора крови жгут обычно снимают. Когда игла вводится под кожу, пациент может почувствовать легкое покалывание, а при извлечении иглы может возникнуть дополнительный дискомфорт. После взятия крови игла

удаляется. На это место накладывается небольшая повязка или ватка со спиртом.

Даже после нормального процесса взятия крови из вены вокруг места прокола могут появиться небольшие синяки и припухлости, они пройдут в течение нескольких дней.

Есть и противопоказания для взятия крови из вены: заболевания кожи, которые могут вызвать прямое попадание инфекционных агентов (например, бактерий) в кровь; венозный фиброз при пальпации; наличие гематомы (кровотечение под кожей); наличие сосудистого шунта или трансплантата.

Взятие крови из периферической вены позволяет получить диагностические образцы крови, которые отправляются в медицинские лаборатории для анализа, что помогает лечащим врачам диагностировать заболевания, проводить последующее наблюдение и/или терапевтический мониторинг.

Прием (осмотр, консультация) врача-специалиста.

ВНИМАНИЕ! Процедура имеет медицинские противопоказания. Наличие или отсутствие показаний/противопоказаний, количество процедур, показанных пациенту, устанавливает врач.

Нижеприведенная информация носит исключительно ознакомительно-справочный характер и не является публичной офертой. Необходима консультация врача.

Ожидаемый результат: зависит от цели приема.

Консультативный прием врача – это один из методов медицинского обслуживания, который предоставляет возможность получить консультацию опытного специалиста о текущем состоянии здоровья и рекомендации по дальнейшим мерам по лечению и профилактике заболеваний. Этот прием не обязателен для всех пациентов, но в определенных случаях может быть очень полезным.

Консультативный прием обычно проводится по направлению лечащего врача или по собственной инициативе пациента. Он может помочь определить причину заболевания, оценить эффективность назначенных лекарств, а также провести дополнительные исследования для уточнения диагноза.

Консультации могут проводить врачи разных специализаций.

Консультативный прием – это встреча пациента с врачом с целью получения консультации по поводу определенной проблемы без ее лечения. Такой прием может быть назначен как первичный, когда пациент впервые обращается к врачу, так и повторный, когда пациенту уже проводилось лечение, но возникли какие-то вопросы или осложнения.

Консультативный прием позволяет уточнить диагноз, получить мнение от другого специалиста, сделать план лечения и обсудить возможные риски и последствия. Такой прием может проводиться в больницах, поликлиниках, частных медицинских центрах и даже онлайн.

Врач в ходе консультативного приема проводит осмотр пациента, задает дополнительные вопросы, выясняет анамнез, определяет объем дополнительных исследований и назначает необходимую диагностическую и лечебную программу.

Консультативный прием является важной частью профилактики заболеваний, т.к. может способствовать выявлению на ранних стадиях различных заболеваний и их лечению, что в свою очередь снижает риск возникновения осложнений и повышает шансы на полное выздоровление.

Консультационный прием является важным этапом диагностики и лечения. Такие приёмы назначаются не только пациентами, но и врачами внутренних специальностей. Для того, чтобы понять, кто нуждается в консультативном приеме, нужно знать, что это за процедура.

Консультативный прием проводится врачом-специалистом по запросу лечащего врача или самого пациента. Для проведения такого приема могут потребоваться дополнительные исследования и анализы. Консультационный прием необходим в следующих случаях: если лечащий врач сомневается в диагнозе и нуждается в подтверждении другого специалиста; При необходимости проведения сложных диагностических и лечебных мероприятий; При наличии редких или сложных заболеваний; В случае, когда лечение предполагает совместную работу нескольких специалистов.

Нужно помнить, что при планировании консультативного приема необходимо определиться с выбором специалиста и подготовиться к приему, взяв с собой все необходимые данные, исследования и анализы, а также рассмотреть все вопросы, которые будет необходимо обсудить с врачом-консультантом.

В целом, консультационный прием является неотъемлемой частью работы врача и представляет собой важный этап в диагностике и лечении различных заболеваний.

Консультативный прием врача – это важный этап в диагностике и лечении заболевания. Он позволяет определить оптимальную тактику лечения, выбрать необходимые методы обследования, а также обсудить с пациентом все нюансы процесса излечения и противопоказания к назначенной терапии.

Кроме того, консультативный прием врача может быть полезен для людей, которые хотят получить профилактический осмотр для поддержания своего здоровья в порядке. В этом случае, врач обследует пациента, оценит его состояние, даст рекомендации по повышению иммунитета, определит риск заболеваний и разработает индивидуальный план профилактики.

Консультативный прием врача начинается с того, что пациент обращается за помощью к специалисту. Врач проводит с ним беседу, узнает все симптомы и жалобы пациента.

Затем врач проводит осмотр и рекомендует необходимые исследования. Если специалист сомневается в диагнозе, то он может назначить дополнительные обследования.

По результатам обследования врач сможет поставить диагноз и назначить лечение. Консультативный прием помогает специалисту установить диагноз и предложить наиболее эффективный план лечения в каждом конкретном случае.

В целом, консультативный прием позволяет пациенту получить квалифицированную медицинскую помощь, а врачу — подробную информацию о состоянии здоровья пациента и определить дальнейшие шаги в лечении.

Но чтобы консультативный прием был максимально эффективным, необходимо четко и ясно описывать все симптомы и жалобы, а также следовать рекомендациям врача и проходить все предписанные обследования.

Медицинский осмотр — комплекс медицинских процедур, проводимых с целью выявления патологических состояний, заболеваний и факторов риска их развития. Первичный приём — это первичное обращение к специалисту по поводу острого заболевания или обострения хронического заболевания.

Повторный приём — это повторное обращение к одному и тому же специалисту по одному и тому же случаю заболевания, но не дольше, чем в течение 3х месяцев с момента первичного обращения.

Первичный приём: первый приём (обращение) у каждого нового врача-специалиста; приём у врача-специалиста, у которого уже были, но с новым поводом обращения (заболеванием); приём у врача-специалиста с тем же поводом обращения, но более чем через 3 месяца после предыдущего обращения (за исключением наблюдения хронических заболеваний или заболеваний, предполагающих явку более чем через 3 месяца).

Первичный приём — это первичное обращение к специалисту по поводу острого заболевания или обострения хронического заболевания в течение 3-х месяцев. Во время первичного осмотра врач устанавливает предварительный диагноз, определяет методы, объем, прогноз лечения и его приблизительную стоимость, о чём информирует пациента. Врач информирует пациента о возможных осложнениях в процессе и после лечения, а также о последствиях при отказе от лечения. Результаты осмотра фиксируются в медицинской карте пациента.

Первичный консультативный приём врача-специалиста включает в себя: оформление медицинской карты, сбор анамнеза, определение проблемы и (или) наличия заболевания, установление диагноза, определение способов и методов

лечения, курса процедур, составление плана лечения, выдачу медицинского заключения.

Повторный приём - повторное обращение к одному врачу-специалисту в течение 3-х месяцев с момента первичного обращения (за исключением игнорирования пациентом назначенной явки к врачу-специалисту и последующий более поздний приход пациента).

Повторный приём — это повторное обращение к одному специалисту в течение 3-х месяцев с момента первичного обращения по одному и тому же случаю заболевания (за исключением игнорирования пациентом назначенной явки к врачу-специалисту и последующий более поздний приход пациента).

Повторный приём врача включает в себя: обсуждение и анализ изменения состояния, определение тактики дальнейшего лечения.

Если с момента первичного обращения к специалисту прошло более 3-х месяцев, или пациент не явился на рекомендуемую дату, приём является первичным. При определении статуса приёма (первичный или повторный) врач или регистратор исходит из понятия законченного клинического случая. Абсолютных противопоказаний не имеется.

Ультразвуковое исследование.

Ультразвуковая диагностика (УЗИ) — это широко распространенный метод исследования, использующий звуковые волны высокой частоты, уровень отражения которых отличается от тканей организма разной плотности. С помощью ультразвукового аппарата можно получить информацию о локализации, форме, размерах, структуре и двигательной активности внутренних органов. Это один из относительно простых в исполнении, доступных и достоверных способов диагностики. Он безопасный, безболезненный, не оказывает отрицательного влияния на организм и не подвергает человека рентгеновскому облучению.

ВНИМАНИЕ! Процедура имеет медицинские противопоказания. Наличие или отсутствие показаний/противопоказаний, количество процедур, показанных пациенту, устанавливает врач. Данный метод является диагностическим, проводимым по назначению лечащего врача.

Нижеприведенная информация носит исключительно ознакомительно-справочный характер и не является публичной офертой. Необходима консультация врача.

Ожидаемый результат: заключение врача.

Преимущества метода: Высокая информативность (позволяет получить детальные данные о внутренних органах и даже оценить движение крови в сосудах). Безопасность (отсутствие лучевой нагрузки делает возможным многократное повторение процедуры, а также исследование плода, в том числе

в первом триместре беременности). Неинвазивность и безболезненность (УЗИ проводится без нарушения целостности кожных покровов и не вызывает неприятных ощущений). Относительная простота и быстрота диагностики. Одномоментное исследование нескольких органов. Получение результата в процессе выполнения процедуры. Отсутствие противопоказаний. Доступная стоимость. Сфера применения

Это исследование относится к стандартным скрининговым методам для обнаружения различных патологий.

В качестве высокоточного способа диагностики УЗИ применяется с целью обнаружения заболеваний органов брюшной полости, забрюшинного пространства, женской и мужской репродуктивной системы, молочных желез, сердца, сосудов, плода. В связи с технической простотой и быстротой исполнения метод востребован и для диагностики экстренных состояний, являющихся показанием к оперативному лечению, в частности при остром воспалительном процессе желчного пузыря, поджелудочной железы, тромбозе сосудов.

УЗИ с доплеровским эффектом позволяет исследовать кровоток в венозной сети нижних конечностей, сосудах шеи и головы. Это актуально для диагностики инсультов, варикозной болезни, тромбозов венозной системы ног.

Принцип метода основан на свойствах высокочастотных звуковых (ультразвуковых) волн, которые не воспринимаются на слух. Они проникают в организм пациента, отражаются от исследуемых тканей и поверхностей органов, часть их возвращается в ультразвуковой сканер.

В соответствии с конкретной задачей применяются датчики разных размеров и форм. От них данные передаются в компьютерную часть аппарата, где обрабатываются для вывода картинки на монитор.

На экране органы и кровеносные сосуды имеют вид черно-белого или цветного, двухмерного плоского или трехмерного объемного неподвижного изображения, также возможен формат видео. В зависимости от цели и исследуемой области доктор подбирает соответствующий функциональный режим аппарата и места расположения сканера для получения достоверных результатов.

Наиболее широко используются следующие виды УЗИ: органов брюшной полости; сердца; забрюшинного пространства; репродуктивных органов; эндокринных желез; молочных желез; сосудистого русла; головного мозга (у новорожденных детей); плода.

Иногда врачи направляют пациентов на обследование слюнных желез, мягких тканей, лимфоузлов, суставов, глаз, послеоперационных рубцов.

Обследование проводится высококвалифицированными специалистами в области ультразвуковой диагностики.

УЗИ может быть назначено в следующих случаях: наличие жалоб, болей; воспалительные заболевания; травмы органов; опухолевые процессы; аномалии развития. УЗИ является основным методом исследования анатомии и функционального состояния плода на протяжении всей беременности.

УЗИ — безвредный метод, никаких рисков для здоровья оно не несет. Поэтому абсолютных противопоказаний к нему нет. Относительные противопоказания связаны преимущественно с состояниями, при которых проводить процедуру нецелесообразно: угрожающие жизни состояния, которые требуют немедленного оказания медицинской помощи; повреждение кожных покровов или заболевания кожи в исследуемой области, что нарушает контакт с датчиком прибора; инфекции мочеполовой системы при трансвагинальном или внутриматочном УЗИ; избыточный вес, в связи с чем снижается диагностическая ценность метода, так как жировая ткань поглощает основную часть ультразвуковых волн; недержание мочи при диагностике патологии мочевого пузыря, так как для исследования требуется наполненный мочой орган; заболевания прямой кишки при ректальной диагностике.

Метод помогает оценить размеры, форму и структуру органа. С его помощью можно обнаружить врожденные пороки развития, воспалительные заболевания, свободную жидкость в полости, доброкачественные и злокачественные опухоли, кисты, конкременты в желчном пузыре или почках. УЗИ также позволяет оценить тяжесть патологического процесса, наблюдать его развитие с течением времени и достоверно контролировать эффективность лечения. Кроме того, на основе ультразвукового исследования устанавливается факт беременности и ее срок, а также врач определяет пол будущего ребенка, наблюдает и контролирует развитие плода и своевременно обнаруживает патологические изменения.

Ультразвуковая диагностика дает возможность исследования всех внутренних органов и структур. Обследование помогает подтвердить или опровергнуть патологические процессы, а также установить точный диагноз. На основе результатов подбирается наиболее подходящее лечение. УЗИ — один из современных диагностических методов. При проведении обследования организм не подвергается лучевой нагрузке. Ультразвуковые волны проходят через ткани и отражаются обратно. Благодаря этому состояние изучаемого органа оценивается на мониторе.

На организм УЗИ может оказывать два эффекта:

Тепловой — клетки поглощают ультразвук, и превращают его в тепло, которое зачастую не чувствуется, так как для исследования используются низкие частоты;

Механический — обусловлено молекулярными колебаниями, которые чувствуются как вибрация. Из всех диагностических медицинских

мероприятий, ультразвуковое исследование — самый оптимальный вариант, потому что оно:

Неинвазивно, для его проведения не нужно выполнять хирургических манипуляций (к примеру, как при пункции), в организм не вводятся приборы (как при фиброгастродуоденоскопии).

Безопасно, если сравнить с другими инструментальными исследованиями как рентген или КТ при которых вы подвергаетесь вредному облучению.

В принципе, УЗИ не имеет абсолютных противопоказаний. Исключение составляет лишь внутриректальное УЗИ при некоторых заболеваниях прямой кишки. УЗИ можно применять сколько угодно часто для наблюдения за динамикой патологического процесса, так как оно абсолютно безвредно для пациента. УЗИ имеет ограниченную возможность при заболеваниях легких, желудка и кишечника.

Описывают такие устранимые, временные либо не критичные ситуации, при которых УЗИ диагностика нецелесообразна, либо может причинить вред здоровью пациента. Экстренные ситуации, угрожающие жизни, при которых проведение УЗИ диагностики может усугубить прогноз, из-за отсрочки более необходимых мероприятий по устранению критических состояний. Повреждение кожных покровов либо кожные заболевания в области исследуемого органа, что делает невозможным исследование, из-за отсутствия контакта с датчиком УЗИ аппарата. Инфекционные заболевания мочеполовой системы у женщин при внутривлагалищном или внутриматочном УЗИ, из-за угрозы распространения инфекции. Ожирение ухудшает визуализацию исследуемого органа и, впоследствии, снижает достоверность заключения. Недержание мочи при исследовании мочевого пузыря (УЗИ исследование, которое проводится при заполнении органа мочой). Таким образом, большинство противопоказаний связаны не с риском для здоровья, а со сниженной информативностью этого метода исследования в данной ситуации. За исключением этих узких, частных случаев противопоказаний к УЗИ не существует.

Основными противопоказаниями к проведению ультразвукового исследования брюшной полости являются: Гнойничковые высыпания кожи в области исследования; Инфекционные заболевания в период обострения; Острые нарушения мозгового кровообращения; Нарушения целостности кожи в месте, куда нужно наносить специальный гель для проведения УЗИ; Высокая температура тела; Большая раневая поверхность в области живота.

Противопоказания к проведению УЗИ органов малого таза. Строгих противопоказаний у этого метода обследования практически нет. Его назначают беременным, могут проводить девочкам в любом возрасте. В данном случае, скорее, имеют место ограничения, связанные с выбором метода проведения. Например, беременным женщинам на поздних сроках и

пациенткам, ещё не начавшим жить половой жизнью, трансвагинальное УЗИ не назначается – диагностика осуществляется трансабдоминально, реже – трансректально. Если состояние заднего прохода не позволяет ввести туда УЗИ-датчик, остаётся самый простой метод – исследование через переднюю брюшную стенку.

Нецелесообразно проводить ультразвуковую диагностику непосредственно после процедур рентгенографии с контрастированием препаратами бария. Оставшееся в организме контрастное вещество может значительно исказить изображение на мониторе УЗИ-аппарата.

Если перед УЗИ принимался барий, при ожирении, вздутии живота результаты ультразвуковой диагностики могут быть с погрешностями. Однако это не является противопоказанием к назначению данной диагностики.

Трансабдоминальный способ (через брюшную стенку): недержание мочи (УЗИ выполняется только на полный мочевой пузырь); избыточный вес (толстый подкожно-жировой слой затрудняет сканирование и снижает информативность диагностики); поражения кожи в нижней части живота (пиодермия, герпес, раны, ожоги, инфекционные поражения при сифилисе и ВИЧ); дефекты мочевого пузыря (швы и рубцы на стенке пузыря).

Трансректальный способ (через прямую кишку): воспалительные заболевания кишечника в стадии обострения (трещины, геморрой, дизентерия, болезнь Крона и др.); отсутствие прямой кишки (в результате хирургического вмешательства и замены этого органа искусственной аностомой для вывода каловых масс); сужение (стриктуры) и непроходимость прямой кишки; непереносимость латекса (медицинской резины).

Трансвагинальный способ (через влагалище): аллергия на латекс; наличие девственной плевы; беременность на сроке более 12 недель; инфекции половых органов.

Трансуретральный способ (через мочеиспускательный канал): непереносимость лекарственных обезболивающих препаратов; воспалительные заболевания мочеиспускательного канала.

УЗИ может проводиться при беременности, когда использование КТ нежелательно, а также у больных с оперативными вмешательствами на органах брюшной полости в анамнезе, у которых выполнение диагностического перитонеального лаважа затруднено. Проведена проспективная оценка диагностического алгоритма у больных с закрытой травмой. Прицельное УЗИ органов брюшной полости использовалось как первоначальный диагностический тест. Было отмечено, что при травме сонографическое исследование проводилось быстро.

Большинство противопоказаний связаны не с риском для здоровья, а со сниженной информативностью этого метода исследования в данной ситуации.

Электрокардиография (ЭКГ)

представляет собой не инвазивную медицинскую процедуру, позволяющую осуществить диагностическую методику графической регистрации изменений электрической активности сердечной мышцы.

ЭКГ - метод фиксации и изучения электрических полей, появляющихся в процессе работы сердца. Эти электрические поля дают точное представление о том, как функционирует сердечно-сосудистая система. ЭКГ - это недорогой и эффективный метод диагностики в кардиологии.

ВНИМАНИЕ! Процедура имеет медицинские противопоказания. Наличие или отсутствие показаний/противопоказаний, количество процедур, показанных пациенту, устанавливает врач. Данный метод является диагностическим, проводимым по назначению лечащего врача.

Нижеприведенная информация носит исключительно ознакомительно-справочный характер и не является публичной офертой. Необходима консультация врача.

Результаты электрокардиограммы предоставляют врачу возможность оценить состояние сердца пациента и точно диагностировать протекающие в его структурах патологические процессы – повреждение и ишемию миокарда, нарушения внутрисердечной проводимости, гипертрофию левого желудочка и пр.

Проведение ЭКГ необходимо при: прохождении профилактического осмотра; подготовке к оперативному вмешательству; артериальной гипертензии; постоянных болезненных ощущениях в груди; ожирении; постоянно изменяющемся ритме сердечных сокращений.

На сокращение сердечной мышцы человека оказывают воздействие электрические импульсы, зарождающиеся в синусовом узле и проходящие через предсердия и желудочки. Систола (сокращение) и диастола (расслабление) возникают в строгой последовательности – это обеспечивает адекватную гемодинамику и полноценное снабжение кровью тканей.

Импульсы создают в проводящей системе сердца энергетическое поле, одним из характеристик которого является электрический потенциал. Нарушение гемодинамики и сердечных сокращений приводит к его изменению. Ткани человеческого организма обладают электропроводимостью – показатели электрического поля работающей сердечной мышцы можно фиксировать на поверхности тела с помощью высокочувствительного прибора, оснащенного электродами и датчиками. Электрокардиограф регистрирует электрические потенциалы, которые соответствуют импульсам проводящей системы – по ним судят о функциональной деятельности сердца.

Накануне планового снятия ЭКГ пациенту запрещено употреблять алкоголь и кофеин-содержащие напитки, курить, кушать, физически нагружать организм.

Квалифицированный специалист выполняет следующие действия: Фиксирует в журнале Ф.И.О. пациента, год его рождения, номер истории болезни, дату и время диагностической процедуры. Пациент снимает одежду по пояс и закатывает штаны, оголяя голени ног.

Просит пациента прилечь на кушетку на спину. Протирает кожные покровы в местах наложения электродов салфеткой, смоченной в 0,9% физ. растворе. Накладывает электроды на грудную клетку, нижние трети внутренних поверхностей предплечий и голеней. Присоединяет к каждому электроду провода определенного цвета, идущие от кардиографа.

Запись ЭКГ выполняют при спокойном дыхании, на высоте вдоха и в усиленных отведениях от груди и конечностей. По окончании процедуры лента маркируется и доставляется вручу-диагносту для расшифровки.

Регистрация электрокардиограммы в 3 стандартных отведениях называется одноканальной ЭКГ. Она позволяет получить общую картину состояния сердца и используется при кардиологическом обследовании пациента при отсутствии специфических жалоб.

Регистрация электрокардиограммы в 12 отведениях используется при специфических жалобах пациентов для получения дополнительной информации о работе сердечно-сосудистой системы, небольших изменениях, выявления очага ишемии или некроза, причин нарушения проводимости и ритма. Помимо 3 стандартных отведений определяется разность потенциалов между дополнительными точками. Регистрация ЭКГ в 12 отведениях позволяет определить даже небольшие изменения в работе сердца, которые не покажет регистрация ЭКГ в 3 стандартных отведениях.

Электрокардиография показывает: частоту сердечных сокращений; ритм сердечных сокращений; положение электрической оси сердца; размеры и расположение сердца; состояние сердца.

При наличии патологий электрокардиография может выявить: аритмию; блокаду; инфаркт миокарда; ишемические изменения; дистрофические процессы; электролитные нарушения; синдром Вольфа–Паркинсона–Уайта; гипертрофию желудочков; другие патологические процессы в сердце.

Электрокардиограмма отличная от нормальной может указывать на различные заболевания и нарушения в работе сердца.

Среди заболеваний могут быть: аритмия; гипертрофия предсердий; блокада; ишемическая болезнь; перикардит; миокардит; тромбоэмболия; гипокалиемия; тахикардия; нарушения ритма сердца; инфаркт миокарда.

Методы:

Классический метод. Регистрация электрокардиограммы в 3 стандартных и 12 отведениях. Электроды крепятся на тело пациента, который лежит на кушетке. Кардиограмма снимается в состоянии покоя.

Векторкардиография. Электрический вектор работы сердца регистрируется и отображается в виде проекции объемной фигуры на плоскости отведений.

Нагрузочные пробы. Регистрация ЭКГ, когда пациент находится на велоэргометре при возрастающей ступенчатой физической нагрузке. Чаще применяется для диагностики ишемической болезни сердца.

Холтеровское мониторирование. Запись электрокардиографии непрерывно в течение суток с помощью специального портативного аппарата.

Прекардиальное картирование. Электроды матрицей 6х6 фиксируются на грудной клетке пациента, сигналы с которых обрабатываются компьютером. Используется для определения повреждений миокарда при остром инфаркте миокарда.

Внутрипищеводная электрокардиография. ЭКГ записывается с помощью электрода, введенного в пищевод пациента. Применяется для диагностики блокад и определения состояния предсердий и атриовентрикулярного соединения.

Гастрокардиомониторирование. Одновременная запись гастрोगраммы и электрокардиограммы в течение суток. Используется для диагностики гастро- и кардиозаболеваний.

Электрокардиография высокого разрешения. Регистрация низкоамплитудных и высокочастотных потенциалов, с амплитудой порядка 1—10 мкВ и с применением многоразрядных АЦП (16—24 бита).

Расшифровкой электрокардиограммы занимается врач, только он может выявить заболевания, поставить правильный диагноз и дать дальнейшие направления. Человеку без медицинского образования заниматься расшифровкой ЭКГ не следует.

При расшифровке электрокардиограммы диагност обращает внимание на продолжительность, амплитуду, форму, частоту, повторяемость и прочие параметры элементов кардиограммы.

Ожидаемый результат: выдача заключения врача.

Эхокардиография

ЭХОКАРДИОГРАФИЯ (ЭхоКГ, УЗИ сердца) — ультразвуковое исследование сердца через грудную клетку пациента. Это один из основных и незаменимых методов диагностики любых заболеваний сердца.

ВНИМАНИЕ! Процедура имеет медицинские противопоказания. Наличие или отсутствие показаний/противопоказаний, количество

процедур, показанных пациенту, устанавливает врач. Данный метод является диагностическим, проводимым по назначению лечащего врача.

Нижеприведенная информация носит исключительно ознакомительно-справочный характер и не является публичной офертой. Необходима консультация врача.

Ожидаемый результат: заключение врача.

ЭхоКГ имеет широкие возможности и позволяет оценить строение сердечной мышцы, ее сократимость и работу клапанов, направление и скорость тока крови в режиме реального времени. Данное исследование безопасно и безболезненно, и может выполняться столько раз, сколько потребуется для правильного диагноза (даже в течение одного дня).

Показания: шумы над сердцем, обнаруженные при аускультации; жалобы на боль в сердце; нарушения сердечного ритма и проводимости; наличие признаков сердечной недостаточности (отеков, одышки, кашля); отклонения в результатах ЭКГ и рентгенографии грудной клетки; травмы грудной клетки; периодическое наблюдение за больными с сердечными пороками, ишемической болезнью сердца, кардиомиопатиями и другими сердечными недугами. В некоторых случаях первыми проявлениями заболеваний сердца и крупных сосудов являются повторяющееся головокружение и потеря сознания, инсульты, рецидивирующие бронхиты и пневмонии. ЭхоКГ иногда назначают и тем больным, у которых на первый взгляд признаков сердечной патологии нет. Эхокардиография может быть рекомендована пациентам как при подозрении на наличие у них какой-либо сердечно-сосудистой патологии, так и в процессе терапии, чтобы оценить эффективность используемых препаратов. Показаниями для проведения Эхо-КГ являются: гипертония; подозрение на присутствие врожденного или приобретенного порока сердца, в том числе и при наследственной предрасположенности к этому заболеванию; частые головокружения, обмороки, одышка и отеки; жалобы на «замирающее» сердце, на «перебои» в его работе; боли за грудиной, особенно в том случае, если они иррадиируют в область левой лопатки или левую половину шеи; инфаркт миокарда, диагностика стенокардии и кардиомиопатии, подозрение на опухоль сердца; профилактическое обследование пациентов, которые часто испытывают эмоциональные и физические перегрузки; изменения на ЭКГ и рентгенограмме грудной клетки, требующие уточнения морфологических изменений сердца. Отдельно следует упомянуть о том, в каких случаях проведение эхокардиографии рекомендуется будущим мамам. Беременным Эхо-КГ следует провести, если: у будущей матери имеются боли в прекардиальной области; У пациентки диагностированы врожденные или приобретенные пороки сердца; прекратились прибавки в весе или произошла резкая потеря веса; появились немотивированные отеки нижних конечностей и одышка при незначительной физической нагрузке; нарушение гемодинамики в период беременности.

Специальной подготовки не требуется. Однако очень важно иметь при себе последнюю ЭКГ, направление от врача, выписки из больниц, предыдущие заключения ЭхоКГ. Это позволит не только выполнить исследование по стандартному установленному протоколу, но и уделить особое внимание спорным моментам, а также ответить на конкретные вопросы вашего лечащего доктора.

Пациент освобождает от одежды грудную клетку и ложится на кушетку на левый бок. Врач, выполняющий исследование, наносит на грудную клетку пациента специальный гель и водит по ней датчиком, рассматривая и измеряя сердце из разных позиций и под разными углами.

Оценка этой информации дает возможность опытному специалисту констатировать: пороки сердца; расширение полостей сердца; утолщение или истончение его стенок; нарушение их движений; снижение сократительной способности сердечной мышцы; аневризмы и тромбоз камер сердца и многое другое.

Продолжительность ЭхоКГ зависит от сложности выявленных изменений, а также трудностей визуализации.

Абсолютных противопоказаний к проведению эхокардиографии практически не существует. При этом отдельные виды данного исследования не рекомендуются в тех или иных ситуациях.

Как правило, при проведении одно- и двухмерной эхокардиографии, а также доплерэхокардиографии, в какой-либо особой подготовке нет необходимости. В том случае, если назначается чреспищеводное исследование, существует ряд ограничений. Так, последний прием пищи должен быть не позже, чем за шесть часов до процедуры. Пить тоже не рекомендуется. Непосредственно перед проведением манипуляции следует снять зубные протезы. Накануне проведения чреспищеводного исследования лицам с лабильной нервной системой рекомендуется принять легкое успокоительное. После проведения процедуры пациенту понадобится какое-то время на восстановление, поэтому до конца дня не следует перегружать себя работой. Необходимо также воздержаться от управления автомобилем.

Для проведения трансторакальной эхокардиографии пациента располагают в положении на левом боку, что обеспечивает сближение верхушки сердца и левой части грудной клетки и максимально точную визуализацию сердца — в итоге на мониторе видны сразу все четыре его камеры. Врач наносит на датчик гель, благодаря которому улучшается контакт электрода с кожей. После этого датчик попеременно устанавливают сначала в яремную ямку, потом в зоне пятого межреберья, где максимально четко можно проконтролировать верхушечный толчок сердца, а потом под мечевидным отростком. Разумеется, каждый врач стремится к тому, чтобы результаты исследования были максимально точными. При этом следует отметить, что то,

насколько информативной будет процедура, зависит от трех основных факторов. Прежде всего, следует учитывать анатомические особенности пациента. Серьезными препятствиями для ультразвука являются ожирение, деформация грудной клетки и другие подобные факторы. В результате полученное изображение может оказаться нечетким и не поддающимся надлежащей интерпретации.

При проведении стресс-эхокардиографии сначала пациенту делают обычную Эхо-КГ, а потом накладывают специальные датчики, которые проводят регистрацию показателей во время физической нагрузки. С этой целью используются велоэргометры, тредмил-тест, чреспищеводная электростимуляция или медикаментозные препараты. При этом изначальная нагрузка является минимальной, а потом ее постепенно повышают, контролируя показатели артериального давления и пульса. Если самочувствие больного ухудшается, обследование прекращается. Все это время непрерывно проводится электрокардиография, что дает возможность оперативно реагировать при возникновении каких-либо экстремальных ситуаций. Во время нагрузки пациент может ощущать головокружение, учащение пульса, дискомфорт в области сердца. После прекращения нагрузки пульс замедляется. Иногда для того, чтобы работа сердца полностью нормализовалась, требуется ввести другие медикаменты. При этом состояние пациента тщательно контролируется вплоть до полного восстановления. Как правило, вся процедура длится около часа. Проведение чреспищеводной Эхо-КГ начинается с орошения ротовой полости и глотки пациента раствором лидокаина для купирования рвотного рефлекса во время введения эндоскопа. После этого пациента просят лечь на левый бок, вставляют ему в рот загубник и вводят эндоскоп, через который будет осуществляться прием и подача ультразвука. Осуществляет расшифровку результатов Эхо-КГ тот врач, который проводил исследование. Полученные данные он либо передает лечащему врачу, либо же отдает непосредственно пациенту. Следует учитывать, что нельзя ставить диагноз, опираясь исключительно на результат эхокардиографии. Полученные данные сопоставляются с другой информацией, имеющейся в распоряжении лечащего врача: данными анализов и других лабораторных исследований, а также имеющейся клинической симптоматикой у пациента. Рассматривать эхокардиографию как полностью самостоятельный метод диагностики нельзя.

Рентгенография

Рентгенография – основной метод рентгенологического исследования, который заключается в получении рентгенограммы: теневого изображения органов на рентгеновской пленке.

ВНИМАНИЕ! Процедура имеет медицинские противопоказания. Наличие или отсутствие показаний/противопоказаний, количество процедур, показанных пациенту, устанавливает врач. Данный метод является диагностическим, проводимым по назначению лечащего врача. Нижеприведенная информация носит исключительно ознакомительно-справочный характер и не является публичной офертой. Необходима консультация врача. Исследование проводится при помощи медицинских рентген-аппаратов. Рентгеновские лучи, которые они образуют, проходят сквозь тело человека и фиксируются системой. После этого аналоговые аппараты выдают изображение на рентгеновской пленке, которую нужно проявлять. Более современные цифровые системы для рентгенографии оснащены чувствительным детектором, мгновенно передающим рентгеновское изображение на монитор компьютера.

Ожидаемый результат: заключение врача.

На рентгеновском снимке врач видит тени разной интенсивности: на месте костей – белые участки, на месте мягких тканей – серые; легкие на рентгенограмме выглядят черными. Рентгеновские снимки получаются контрастными, так как разные ткани по-разному улавливают рентгеновские лучи: чем плотнее ткань, тем более светлой она будет на рентгеновском изображении.

Рентгенограммы по своей сути являются негативами, поэтому более светлые участки на них называются затемнениями. К примеру, плотный и светлый участок воспаления легких на фоне «темных» воздушных легких обозначается врачом как тень. Перелом кости будет виден как более темный «разлом» на светлом «поле» кости.

Теневые изображения, полученные методом рентгенографии, дают врачу информацию о состоянии различных органов (легкие, сердце, желудок, лимфоузлы, кости, позвоночник и пр.), а также позволяют выявить разные патологии: участки воспаления, деструкции (разрушения), дистрофии, опухолевые узлы, аномалии развития органов.

Виды рентгенографии

В зависимости от целей исследования рентгенография делится на 2 типа:

1. Обзорная – позволяет обследовать обширную область, например, грудную или брюшную полость.
2. Прицельная – используется для изучения отдельного органа или участка: снимки зубов, 1 и 2 шейного позвонков, голеностопного сустава и пр.

В тех случаях, когда обычной рентгенографии для диагностики бывает недостаточно, применяется исследование с контрастированием. Рентгенография с контрастом используется для исследования внутренних полых органов, таких как желудок, кишечник, бронхи, сосуды, мочевого пузыря и пр. В этом случае в организм пациента вводятся рентгеноконтрастные вещества – перорально,

внутривенно или другими способами. Препарат активно поглощает рентгеновские лучи: заполняя исследуемые внутренние органы, он «окрашивает» их изнутри, делая изображение более четким и контрастным. Рентгеноконтрастные вещества абсолютно безопасны для пациента: они не накапливаются в организме и выводятся естественным путем.

Рентгенография позволяет изучить практически все области тела человека.

На сегодняшний день метод применяется в следующих областях медицины:

- **Травматология.** Рентгеновский снимок – обязательное исследование при переломах костей. Он используется для диагностики вывихов суставов; подозрении на опухоли, воспаления, дегенеративно-дистрофических изменения, аномалии и пороки развития костей, суставов, позвоночника.

- **Ортопедия.** Врач назначает рентгенографию для выявления плоскостопия; сколиоза, лордоза и других нарушений осанки.

- **Оториноларингология.** Исследование используется для диагностики воспалительных заболеваний придаточных пазух носа (гаймориты, фронтиты, синуситы), выявления врожденных пороков развития и травм носовых костей, в том числе, носовой перегородки.

- **Урология.** Врач может назначить рентгенографию при подозрении на нефроптоз (опущение почек), камни или опухоли в почках и мочевых путях, разрыв мочевого пузыря.

- **Гинекология.** Рентгенография с контрастированием используется для оценки проходимости маточных труб и выявления внутриматочных патологий.

- **Гастроэнтерология и абдоминальная хирургия.** Рентгенографию без контраста брюшной полости назначают при неотложных состояниях, подозрении на кишечную непроходимость, опухолевые процессы, наличие инородных тел, разрыв полых органов. Исследования с контрастированием применяются при заболеваниях пищевода (изъязвления, дивертикулы, стриктуры, рак), желудка и кишечника (рак, полипы, дивертикулы, непроходимость), желчного пузыря и желчевыводящих протоков.

- **Пульмонология.** Рентгенография грудной клетки проводится для выявления пневмонии, плевритов, туберкулеза, травмах легких и бронхов; при подозрении на паразитарные заболевания, а также для обнаружения инородных тел в дыхательных путях.

- **Стоматология.** Прицельные снимки зубов и ортопантограммы (панорамные снимки верхней и нижней челюстей) используются в диагностике заболеваний зубов и пародонта, деформаций и аномалий развития челюстной области.

Исследование назначается при самых разных заболеваниях внутренних органов грудной и брюшной полости и практически всегда – при травмах и переломах. Рентгенография позволяет подтвердить или опровергнуть

предполагаемый диагноз. Кроме того, исследование используется в процессе лечения патологии – для оценки его эффективности.

Абсолютных противопоказаний к прохождению рентгена нет. К относительным относятся беременность и детский возраст. Однако даже в этих случаях исследование проводится, если врач считает, что потенциальный риск для здоровья от излучения ниже, чем риски от неточной диагностики заболевания.

Подготовка и проведение процедуры

В большинстве случаев специальная подготовка пациентов к рентгенографическому обследованию не требуется. Исключение составляют пациенты с выраженным метеоризмом и запором – им рекомендуется провести очистительную клизму за 2 часа до процедуры. Если в желудке больного обнаруживается большое количество жидкости, слизи и остатков пищи, ему может быть назначено промывание желудка за 3 часа до исследования.

Перед процедурой пациент должен снять украшения и вынуть из карманов металлические предметы. В некоторых случаях, к примеру, при обследовании позвоночника, специалист может попросить пациента раздеться. Далее обследуемый занимает нужное положение – в этом ему помогает рентгенолаборант. Рентген может выполняться в положении стоя, лежа или сидя. Чтобы защитить от облучения чувствительные области, рентген-лаборант закрывает их свинцовыми фартуками. Во время процедуры врач и лаборант находятся в соседней комнате, защищенной от рентгеновских лучей. Из нее специалисты дистанционно управляют рентген-аппаратом и наблюдают за состоянием обследуемого. Чтобы снимки получились четкими и «несмазанными», пациент во время процедуры не двигается и задерживает дыхание (на короткое время, когда подается рентгеновское излучение).

В большинстве случаев обычная рентгенография длится не больше 10-15 минут. Исследование с контрастированием требует больше времени и занимает от 30 минут до часа. Процедура абсолютно безболезненна для пациента (исключение – введение контраста: внутривенное или при помощи катетера). После того как врач изучит изображения исследуемой области и расшифрует их, обследуемый получает на руки рентгеновский снимок на пленке, диске или флешке и его описание. С ними пациент идет к лечащему врачу, который ставит диагноз на основании симптомов заболевания, результатов рентгенографии и других диагностических исследований.

К недостаткам рентгенографии относятся невозможность проводить исследование часто из-за действия ионизирующего излучения. Кроме того, метод уступает в информативности более высокотехнологичным исследованиям – компьютерной томографии (КТ) и магнитно-резонансной томографии (МРТ). Если рентгеновские снимки показывают наложение

анатомических структур, то КТ и МРТ делают возможным получение послойных изображений.

КОМПЬЮТЕРНАЯ ТОМОГРАФИЯ

ВНИМАНИЕ! Процедура имеет медицинские противопоказания. Наличие или отсутствие показаний/противопоказаний, количество процедур, показанных пациенту, устанавливает врач. Данный метод является диагностическим, проводимым по назначению лечащего врача.

Нижеприведенная информация носит исключительно ознакомительно-справочный характер и не является публичной офертой. Необходима консультация врача.

Метод рентгенологического диагностического исследования органов и тканей, заключающийся в послойном сканировании тканей посредством просвечивания их рентгеновскими лучами, последующей компьютерной обработкой полученных изображений. Мне разъяснено, что при компьютерной томографии с контрастированием для улучшения визуализации в организм вводится контрастное вещество. Введение окрашивающего йодсодержащего препарата позволяет лучше диагностировать опухолевые образования и сосудистые патологии. Контраст в организм пациента вводится внутривенно, для чего в вену может быть установлен катетер (тонкая трубочка) для более быстрого введения препарата, перорально или ректально. Контрастный препарат, не причиняя никакого вреда здоровью, выводится из организма человека в течение 1-2 суток естественным путем;

Исследование сопровождается рентгеновским излучением. Применяемая в ходе исследования доза ионизирующего облучения зависит от массы тела, области исследования, а также продолжительности сканирования.

Ожидаемый результат: заключение врача.

В ходе выполнения исследования может возникнуть необходимость выполнения дополнительных рентгенограмм и/или других методов исследования, что может увеличить дозовую нагрузку на организм.

При компьютерной томографии без контрастирования предварительная подготовка не требуется, за исключением КТ- исследования живота и малого таза, перед которым нельзя принимать пищу в течение 4 (четырех) часов. В целях максимальной эффективности и безопасности проводимого обследования, обязательно поставить в известность медицинский персонал о всех проблемах, связанных со здоровьем, наследственностью, аллергическими проявлениями, индивидуальной непереносимостью лекарственных препаратов и продуктов питания, а также о курении табака, а злоупотреблении алкоголем, наркотическими и токсическими средствами в настоящее время и прошлом. Возможны осложнения при введении контрастного препарата в виде развития острой почечной недостаточности, особенно на фоне хронической почечной

недостаточности, о чем необходимо сообщить врачу и предоставить анализ с указанием содержания креатинина в крови со сроком проведения данного лабораторного исследования не более 7 (семи) дней до дня проведения компьютерной томографии.

Для проведения исследования необходимо ВСЕ металлические предметы (ключи, зажигалки, монеты, ножницы и т.д.) и магнитные карты отставить за пределами кабинета исследования. При КТ-исследовании металлические предметы оставляют тень на снимке, поэтому в исследуемой области таких изделий быть не должно.

Компьютерная томография проводится лежа на спине на диагностическом столе томографа. Во время исследования стол будет двигаться взад-вперед. Во время процедуры нельзя будет двигаться, иначе ухудшится качество получаемых в ходе исследования снимков или исследование не удастся вовсе. При компьютерной томографии с контрастированием до начала процедуры медицинский работник вводит контрастное вещество или устанавливает внутривенный катетер, с помощью которого во время сканирования контрастное вещество будет вводиться в вену автоматически. При попадании в кровь окрашивающий препарат вызывает у пациента специфическую реакцию — жар или холод, а также может возникнуть привкус металла во рту. Время от времени врач-рентгенолог может попросить пациента задержать дыхание — это требуется для качественного отображения информации. О возникновении непредвиденных и экстремальных ситуаций пациент может сообщить медицинскому работнику по системе обратной связи. Длительность компьютерной томографии составляет от 5 до 30 минут. После процедуры пациент может сразу же вернуться к привычной жизни. После исследования с контрастным веществом рекомендуется пить в тот же день много жидкости (воду в объеме порядка 1,5-2 литров), чтобы быстрее вывести контрастное вещество из организма. Кормящим матерям нельзя кормить ребенка грудью в течение 24 часов после инъекции контрастного вещества. Лица, больные сахарным диабетом, должны внимательно наблюдать за своим состоянием в отношении возможного возникновения почечной недостаточности.

К рискам, связанных с проведением исследования, относятся, в том числе, риски развития осложнений, связанных с индивидуальной чувствительностью пациента. В частности, введение контрастного препарата сопряжено с риском развития аллергических реакций — головокружение, тошнота, рвота, покраснение кожных покровов, вплоть до коллапса различной степени тяжести, а также шока и/или остановки сердечной деятельности. Эти реакции непредсказуемы, могут быть ранними и отсроченными. Помимо аллергических реакций возможны кровоизлияния в местах и/или вокруг мест введения игл, катетеров, возможны неприятные ощущения вследствие повреждения кожных нервов. При любой внутривенной инъекции могут возникнуть осложнения, такие как повреждение нерва, артерии или вены, инфицирование раны, экстравазация контрастного препарата (попадание в мягкие ткани). Используемая технология медицинской помощи не может полностью исключить вероятность возникновения иных побочных эффектов и осложнений, обусловленных биологическими особенностями организма, в том числе в случае, когда услуга

оказана с соблюдением всех необходимых требований. О возможных побочных явлениях и осложнениях, возникающих при введении контрастных веществ, и о возможном оказании реанимационно-анестезиологического пособия предупрежден.

КТ-исследование является уточняющим методом диагностики по сравнению с другими доступными методами диагностики (МРТ, ультразвуковое, прочие). Компьютерная томография, как любое исследование, обладает определенными диагностическими пределами, а также возможной ограниченной чувствительностью и специфичностью в диагностике патологических процессов, что может потребовать проведения дополнительных диагностических процедур. По результатам исследования будет выдано заключение на бумажном носителе, которое может составляться врачом удаленно, и запись исследования в электронном виде на диске (в случае дополнительной оплаты – возможна выдача исследования на пленке). Результат исследования выдается в течение 24 часов после окончания исследования, а в исключительных случаях по решению врача требующих детального изучения снимков — в течение 2 (двух) рабочих дней. Относительными противопоказаниями к компьютерной томографии являются: детский возраст (назначение рентгеновских исследований детям до 14 лет осуществляется врачом по показаниям и проводится с согласия и в присутствии родителей (законных представителей) ребенка); беременность (особенно, первый триместр); период лактации; гиперкинез (непроизвольные мышечные спазмы и судороги) пр. Мне разъяснено, что абсолютными противопоказаниями к введению контрастного вещества при проведении компьютерной томографии являются: аллергия на йод и йодсодержащие препараты; почечная недостаточность в терминальной стадии; тяжелые формы сахарного диабета; миеломная болезнь.

Для женщин: на момент исследования не должно быть беременности ввиду вредного воздействия рентгеновского излучения на развитие плода.

МРТ

Метод исследования - МРТ (способ получения медицинских изображений для исследования внутренних органов и тканей с использованием явления магнитного резонанса, с помощью специального медицинского аппарата-магнитно-резонансного томографа, метод предусматривает возможность внутривенного введения гадолинийсодержащего контрастного препарата);

цель исследования: получение медицинских изображений для исследования внутренних органов и тканей;

контрастное вещество вводится внутривенно, для чего в вену может быть установлен катетер (тонкая трубочка) для более быстрого введения препарата (далее-исследование, медицинское вмешательство).

Информация, имеющая значение для качественного предоставления медицинской услуги (перечень не является исчерпывающим и может быть расширен в зависимости от состояния здоровья пациента):

- отсутствие в теле любых металлических инородных тел, кардиостимулятора, ферромагнитных имплантатов (протезы внутреннего уха, тазобедренного сустава, клипсы на кровеносных сосудах и т.д.); отсутствие беременности; при наличии татуировок возможно нагревание кожи;
- любые проблемы, связанные со здоровьем, наследственностью, аллергическими проявлениями, индивидуальной непереносимостью лекарственных препаратов и продуктов питания, а также о курении табака, а злоупотреблении алкоголем, наркотическими и токсическими средствами в настоящее время и прошлом, наличие татуировок;
- исследования интересуемой области в прошлом (если выполнялись, то когда и какие);
- перенесенные операции на головном мозге, позвоночнике, сердце, сосудах, легких, брюшной полости и на других органах;
- эпилепсия, судорожные припадки;
- инородные металлические тела внутри организма, осколки после ранений или травмы, спицы в костях после переломов, искусственные водители ритма сердца, протезы клапанов сердца, искусственные суставы, скобки фильтры и любые другие устройства медицинского назначения (кроме зубных протезов) из металла, находящиеся внутри тела (если да, то где и какие);
- жалобы на момент исследования;
- вес пациента;
- иные сведения по желанию пациента.

Для проведения исследования необходимо выключить и оставить в раздевалке мобильный телефон, снять часы, ремень, украшения, булавки, зубные или слуховые протезы: ВСЕ металлические предметы из карманов (ключи, зажигалки, монеты, ножницы и т.д.) и магнитные карты отставить за пределами кабинета исследования.

Во время проведения диагностического исследования пациент лежит в ограниченном пространстве на столе, который помещен внутрь цилиндрического аппарата (в форме туннеля), буду чувствовать вибрацию и шум. Во время процедуры нельзя будет двигаться. Для фиксации головы будут использоваться специальные приспособления. Во время исследования пациент не может разговаривать, однако имеет возможность связаться с сотрудником, проводящим процедуру, при помощи кнопки вызова, которая будет находится в пределах досягаемости. Сотрудник, проводящий исследование, наблюдает за пациентом все время (от 15 до 90 минут) нахождения в аппарате.

Магнитного поле и радиочастотные импульсы воздействуют и оказывают влияние на организм пациента. Существуют риски, связанные с проведением исследования, в том числе риски развития осложнений, связанных с индивидуальной чувствительностью пациента. В частности, введение

контрастного препарата сопряжено с риском развития аллергических реакций - головокружение, тошнота, рвота, покраснение кожных покровов; возможно возникновение серьезных реакций, проявляющихся изолированными или сочетанными расстройствами со стороны разных органов и систем: кожных покровов, дыхательной, нервной, пищеварительной, сердечно-сосудистой, вплоть до коллапса различной степени тяжести, а также шока и/или остановки сердечной деятельности. Эти реакции непредсказуемы, могут быть ранними и отсроченными. Помимо аллергических реакций возможны кровоизлияния в местах и/или вокруг мест введения игл, катетеров, возможны неприятные ощущения вследствие повреждения кожных нервов. В месте прокола кожи возможны инфекционные осложнения и воспалительные реакции. При любой внутривенной инъекции могут возникнуть осложнения, такие как повреждение нерва, артерии или вены, инфицирование раны, экстравазация контрастного препарата (попадание в мягкие ткани). Факторами риска являются форма и тяжесть основного заболевания, возможные сопутствующие заболевания, возраст, жизненные привычки и другие факторы. Используемая технология медицинской помощи не может полностью исключить вероятность возникновения иных побочных эффектов и осложнений, обусловленных биологическими особенностями организма, в том числе в случае, когда услуга оказана с соблюдением всех необходимых требований.

По результатам исследования выдается заключение на бумажном носителе, которое может составляться врачом удаленно, и запись исследования в электронном виде на диске (в случае дополнительной оплаты – возможна выдача исследования на пленке). Результат исследования выдается в течение 24 часов после окончания исследования, а в исключительных случаях, по решению врача требующих детального изучения снимков, - в течение 2 (двух) рабочих дней.

МАММОГРАФИЯ

ВНИМАНИЕ! Процедура имеет медицинские противопоказания. Наличие или отсутствие показаний/противопоказаний, количество процедур, показанных пациенту, устанавливает врач. Данный метод является диагностическим, проводимым по назначению лечащего врача.

Нижеприведенная информация носит исключительно ознакомительно-справочный характер и не является публичной офертой. Необходима консультация врача.
Маммография представляет собой рентгенологическое исследование молочных желез, в процессе которого они подвергаются воздействию небольшой дозы ионизирующего излучения.

Ожидаемый результат: заключение врача.

Предполагаемым результатом медицинского вмешательства является получение рентгеновского снимка молочных желез, к которому прилагается заключение врача-рентгенолога с расшифровкой маммограммы. Рентгенологическое исследование, как любое исследование, обладает определенными диагностическими пределами, а также возможной ограниченной чувствительностью и специфичностью в диагностике патологических процессов, что может потребовать проведения дополнительных диагностических процедур. При проведении маммографии возможно получение ложноположительного результата, что может потребовать повторного проведения маммографии, проведения УЗИ молочных желез, назначения динамического наблюдения или биопсии. Маммография позволяет обнаружить не все виды злокачественных опухолей.

По результатам исследования будет выдано заключение на бумажном носителе, которое может составляться врачом удаленно, и запись исследования в электронном виде на диске (в случае дополнительной оплаты – возможна выдача исследования на пленке). Результат исследования выдается в течение 24 часов после окончания исследования, а в исключительных случаях по решению врача требующих детального изучения снимков — в течение 2 (двух) рабочих дней. За день до проведения маммографии не следует наносить на грудь или подмышечные области дезодоранты, лосьоны или пудру с тальком, поскольку в этом случае на маммограмме могут быть обнаружены признаки кальцификации. Наилучшим временем для проведения маммографии является следующая неделя после окончания менструаций; не рекомендуется проводить маммографию на неделе до наступления менструаций, если молочная железа набухает и становится болезненной. Во время исследования следует сохранять максимальную неподвижность, а во время самого снимка задержать дыхание на несколько секунд, поскольку это снижает вероятность смазывания изображения. При проведении маммографии молочные железы подвергаются сдавлению. При исследовании металлические предметы оставляют тень на снимке, поэтому в исследуемой области таких изделий быть не должно. Маммография является безболезненной процедурой, однако при сдавлении молочных желез пластиной возможен небольшой дискомфорт. Используемая технология медицинской помощи не может полностью исключить вероятность возникновения иных побочных эффектов и осложнений, обусловленных биологическими особенностями организма, в том числе в случае, когда услуга оказана с соблюдением всех необходимых требований. Возможным вариантом введения маммографии являются УЗИ молочных желез, МРТ молочных желез.

Противопоказанием к маммографии является беременность, период лактации и детский возраст.

КОЛОНОСКОПИЯ

ВНИМАНИЕ! Процедура имеет медицинские противопоказания. Наличие

или отсутствие показаний/противопоказаний, количество процедур, показанных пациенту, устанавливает врач. Данный метод является диагностическим, проводимым по назначению лечащего врача.

Нижеприведенная информация носит исключительно ознакомительно-справочный характер и не является публичной офертой. Необходима консультация врача.

Инвазивное эндоскопическое исследование толстого кишечника (прямой, сигмовидной, нисходящей, поперечно-ободочной, восходящей, слепой кишки) при помощи специального, технически очень сложного, гибкого инструмента — колоноскопа, вводимого в кишечник через задний проход и передающего увеличенное изображение на монитор; метод визуальной внутрипросветной диагностики, позволяющей оценить состояние прямой и толстой кишки и выявить заболевания этих органов, а также выполнить ряд оперативных малоинвазивных вмешательств;

Ожидаемый результат: заключение врача.

Цель медицинского вмешательства: диагностика новообразований толстой кишки; диагностика запоров, диагностика воспалительных процессов в толстой кишке, диагностика болезни Крона, диагностика неспецифического язвенного колита, диагностика кровотечения из кишечника, диагностика кишечной непроходимости; диспансерное наблюдение процесса восстановления после проведенного лечения (удаления полипов, спаек, ракового узла опухоли, стенозов и инвагинаций, язвенного колита и других заболеваний), удаление полипов, купирование кровотечения, введение лекарственных средств. С целью уточнения диагноза во время колоноскопии могут применяться дополнительные методы исследования: хромокопия (окрашивание слизистой оболочки), биопсия (взятие материала на морфологическое исследование, цитологический, гистологический, иммуногистохимический анализы (щипцовая биопсия, браш-биопсия).

Перед проведением колоноскопии по показаниям может проводиться премедикация.

Проведении колоноскопии возможно с применением анестезиологического пособия:

— местная анестезия — смазывание наконечника колоноскопа гелем, уменьшающим чувствительность;

— седация — погружение пациента с помощью внутривенного введения специальных препаратов в легкий сон.

Успешность колоноскопии во многом зависит от качества подготовки толстой кишки, поэтому:

— в течении 4 дней до исследования необходимо придерживаться бесшлаковой диеты, количество жидкости не ограничивается; можно: яйца, молоко и кисломолочные продукты, рыбу, мясо, отварной картофель, кисели, соки, бульоны, макаронные изделия из муки высшего сорта, сыры; нельзя: продукты с грубой растительной клетчаткой — овощи, фрукты, хлеб и крупы грубого помола, ягоды, семечки, орехи, грибы, зелень, водоросли;

— при запорах (отсутствии стула 2 и более дней) рекомендован прием слабительных средств за 3-4 дня до начала подготовки (форлакс, лавакол, касторовое масло, гутталакс);

— после проведения исследований с барием колоноскопию рекомендовано проводить не ранее, чем через 4 дня.

Исследование проводится строго натощак, в течение 8-10 часов до исследования нельзя есть, пить и курить. Если пациент постоянно принимает лекарственные средства – необходимо согласовать режим и условия их приёма с врачом. При недостаточной подготовке детальный осмотр слизистой оболочки толстой кишки невозможен. Несоблюдение рекомендаций по подготовке приведет к увеличению времени осмотра или к необходимости повторного исследования. По медицинским показаниям и (или) при недостаточной подготовке исследование может быть отменено врачом.

Непосредственно перед исследованием необходимо снять с себя всю одежду ниже пояса, включая нижнее белье. Колоноскопия проводится в положении лежа на кушетке на левом боку, колени должны быть согнуты в коленях и подтянуты к животу. Эндоскоп через заднепроходное отверстие вводится в просвет прямой кишки и постепенно продвигается вперед при умеренной подаче воздуха для расправления просвета кишки. При некоторых патологических состояниях для уточнения диагноза необходимо микроскопическое исследование измененных участков слизистой оболочки, которые врач берет специальными щипцами – выполняется биопсия, что удлиняет время исследования на 1-2 минуты. Во время процедуры колоноскопии без анестезии возможны: ощущение переполнения кишки газами, отчего возникают позывы на дефекацию; умеренные болевые ощущения; кратковременные усиления болевых ощущений. Резкое, неожиданное для врача, двигательное возбуждение пациента и активное сопротивление процедуре также могут привести к нанесению непреднамеренной травмы внутренним органам.

Средняя продолжительность исследования 60-120 минут. После окончания вмешательства может сохраняться ощущение вздутия живота, которое пройдет после отхождения газов; если выполнялась биопсия, следует исключить физические нагрузки в течение суток. При выполнении внутривенной седации в течение суток после исследования не рекомендуется водить машину, управлять какими-либо механизмами.

Возможные риски, осложнения и последствия медицинского вмешательства:

- 1) перфорации – связаны с введением эндоскопа или же с изменением (истончением) стенок толстой кишки (например, дивертикул или опухоль на фоне предперфоративного состояния);
- 2) кровотечения после биопсии, удаления опухолей или полипов; могут также возникнуть в отсроченном периоде (до 7-ми суток после проведения процедуры); риск возникновения внутреннего кровотечения после проведения эндоскопических исследований с биопсией значительно повышается при постоянном приеме препаратов, изменяющих свертывающие свойства крови;
- 3) нарушения со стороны дыхательной и сердечно – сосудистой системы при соответствующих сопутствующих заболеваниях;
- 4) возможность инфекционных осложнений, ранение соседних органов,

возможность гнойно-септических осложнений, тромбоэмболических осложнений;

5) местные (крапивница, отек Квинке) и системные (анафилактический шок) аллергические реакции из-за непереносимости анестетиков. При возникновении вышеперечисленных осложнений может потребоваться госпитализация, неотложное интенсивное, эндоскопическое и хирургическое лечение, общая анестезия.

Возникновение возможных перечисленных осложнений и дискомфортных состояний не является следствием некачественно оказанной услуги, поскольку проведение колоноскопии является инвазивным вмешательством в биологический организм, в котором все процессы протекают индивидуально. Используемая технология медицинской помощи не может полностью исключить вероятность возникновения иных побочных эффектов и осложнений, обусловленных биологическими особенностями организма, в том числе в случае, когда услуга оказана с соблюдением всех необходимых требований. Существует вероятность того, что во время медицинского вмешательства может возникнуть необходимость в частичном или полном его изменении, могут потребоваться дополнительные врачебные процедуры, которые невозможно достоверно и в полной мере предвидеть заранее. Плохая переносимость процедуры, недостаточно качественная подготовка к исследованию может стать объективной причиной отказа врача от его проведения. Врач вправе прервать исследование в случаях: если в ходе его проведения будет выявлена невозможность его продолжения по физиологическим или анатомическим причинам, а также факторы, которые могут повлечь за собой осложнения или другие негативные последствия для моего здоровья; из-за выхода оборудования из строя; выявления объективных, не зависящих от воли врача или пациента обстоятельств. Возможные варианты медицинского вмешательства: колоноскопия является одним из самых достоверных методов исследования, однако в силу объективных причин, ее выполнение в полном объеме и постановка точного диагноза возможны не во всех случаях. Альтернативой колоноскопии являются лучевые методы исследования, виртуальная компьютерная колоноскопия при МСКТ. Они позволяют диагностировать некоторые заболевания, но не дают возможности установить точный диагноз без выполнения биопсии. Противопоказаниями для проведения колоноскопии являются: — абсолютные противопоказания: тяжелая степень сердечно-сосудистой и сердечно-легочной недостаточности, острая стадия инфаркта миокарда, тяжелые формы НЯК и болезни Крона (т.к. имеется опасность перфорации стенки кишки при исследовании), терминальные состояния; плановая колоноскопия также не проводится при $MHO > 1,6$, $AЧТВ > 45''$, протромбиновый индекс $< 50\%$; - относительные противопоказания: острые воспалительные заболевания анальной и перианальной зоны, ранний послеоперационный период на толстой кишке, перитонит, гемофилия, психические нарушения, болезнь Гиршпрунга, выраженный дивертикулез с явлениями дивертикулита, острые кишечные или простудные заболевания, подозрение на перитонит, поздний период легочной или сердечной недостаточности, выраженные нарушения в системе свертывания

крови, общее тяжелое состояние, тяжелая форма ишемических колитов, обострение и массивное поражение кишки в процессе язвенного колита.

ЭЗОФАГОГАСТРОДУОДЕНОСКОПИЯ (ЭГДС)

ВНИМАНИЕ! Процедура имеет медицинские противопоказания. Наличие или отсутствие показаний/противопоказаний, количество процедур, показанных пациенту, устанавливает врач. Данный метод является диагностическим, проводимым по назначению лечащего врача. Нижеприведенная информация носит исключительно ознакомительно-справочный характер и не является публичной офертой. Необходима консультация врача.

Метод визуальной внутрипросветной диагностики, инвазивное эндоскопическое исследование, позволяющее оценить состояние слизистой оболочки пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки и выявить заболевания этих органов, а также выполнить ряд малоинвазивных вмешательств. Исследование выполняется при помощи гибкого инструмента - эндоскопа, который вводится в желудок через ротовую полость или полость носа, что позволяет визуально определить патологию пищевода, желудка и ДПК, провести при необходимости биопсию (взятие кусочка новообразований или измененной слизистой) пораженной ткани; перед проведением исследования может проводиться местная анестезия корня языка при помощи распылителя с анестетиком или носовых ходов с помощью раствора анестетика; Ожидаемый результат: заключение врача. По результатам исследования будет выдано заключение на бумажном носителе. Результат исследования выдается в течение 24 часов после окончания исследования, а в исключительных случаях по решению врача требующих более длительного изучения изображения или консультации других специалистов - в течение 2 (двух) рабочих дней. Цель исследования: визуальный осмотр слизистой оболочки пищевода, желудка ДПК, диагностика заболеваний этих органов; диагностика онкологических заболеваний; контроль результатов проводимого лечения; оценка эффективности оперативного вмешательства; С целью уточнения диагноза во время ЭГДС могут применяться дополнительные методы исследования: хромокопия (окрашивание слизистой оболочки), щипцовая биопсия (взятие материала на морфологическое исследование, цитологический, гистологический, иммуногистохимический анализы, определение наличие или отсутствие *Helicobacter Pylori*). ЭГДС проводится строго натощак, в течение 8 - 10 часов до исследования нельзя есть, пить и курить. Если пациент постоянно принимает лекарственные средства – необходимо согласовать режим и условия их приёма с врачом. Исследование проводится в положении лежа на кушетке, на левом боку с несколько поджатыми ногами. Медсестра дает пациенту зажать в зубах специальный мундштук-загубник с отверстием для эндоскопа. Специальный мундштук-загубник помогает сохранить положение рта в открытом состоянии при проведении аппарата через рот. После этого врач вводит гибкий эндоскоп в ротовую полость и далее – в пищевод, желудок, кишку. Во время продвижения гибкого эндоскопа в просвет ЖКТ подается

воздух для лучшей визуализации. В момент проведения эндоскопа могут отмечаться неприятные ощущения, рвотные позывы. Возможен дискомфорт при проведении исследования: ощущения сухости во рту от премедикации; неприятные ощущения першения в горле, обычно проходящие через сутки; неприятные ощущения, связанные с глотанием, связанные с введением эндоскопа и анестезией, восстановление акт глотания после исследования происходит в течение 2-3 часов. Возможные осложнения ЭГДС: 1) травматические повреждения глотки (слизистой носа), пищевода и желудка (вплоть до перфорации); перфорации связаны с процессом введения эндоскопа или с изменением стенок пищевода и желудка (например, опухоль кардиального отдела желудка на фоне предперфоративного состояния, как и при язвенной болезни; рубцовые стриктуры пищевода); при этом резкое, неожиданное для врача, двигательное возбуждение пациента и активное сопротивление процедуре также могут привести к нанесению непреднамеренной травмы пищевода, желудка или 12-типерстной кишки эндоскопом; спазмирование ротоглотки может привести к перфорации грушевидного синуса; 2) кровотечения после биопсии, удаления опухолей или полипов, могут также возникать в отсроченном периоде (до 7 суток после проведения процедуры); 3) нарушения со стороны дыхательной и сердечно-сосудистой системы, особенно при соответствующих сопутствующих заболеваниях; пневмония, связанная с попаданием в дыхательные пути желудочного содержимого; 4) флебит; 5) обострения хронических заболеваний; 6) местные (отек зева и носоглотки) и системные (анафилактический шок) аллергические реакции из-за непереносимости анестетиков; 7) повреждения зубов и зубных протезов при сильном сжатии загубника – поэтому перед процедурой протезы нужно обязательно снять. Используемая технология медицинской помощи не может полностью исключить вероятность возникновения иных побочных эффектов и осложнений, обусловленных биологическими особенностями организма, в том числе в случае, когда услуга оказана с соблюдением всех необходимых требований. При возникновении перечисленных осложнений может потребоваться госпитализация, неотложное интенсивное, эндоскопическое или оперативное лечение, общая анестезия. После окончания исследования в течение 30 минут нельзя есть и не пить; если выполнялась биопсия, то рекомендуется употреблять охлаждённую пищу и напитки в течение суток. При появлении необычных симптомов и любых тревожащих обстоятельств в первые часы и дни после исследования необходимо проинформировать врача, проводившего исследование. ЭГДС является одним из самых достоверных методов исследования, однако в силу объективных причин, ее выполнение в полном объеме и постановка точного диагноза возможны не во всех случаях. Возможной альтернативой ЭГДС являются видеокапсульная эндоскопия и лучевые методы исследования: рентгеноскопия или компьютерная томография пищевода, желудка, 12-пёрстной кишки. Они позволяют диагностировать некоторые заболевания, но не дают возможности установить точный диагноз без выполнения биопсии. Вследствие значительного разнообразия анатомического и морфологического строения тканей, а также актуального состояния органов и условий проведения эндоскопических манипуляций, пробы, полученные при

проведении биопсии, могут содержать недостаточно информативного материала для получения однозначного заключения патоморфологических (гистологических)/цитологических исследований, что может потребовать проведения повторного обследования. ЭГДС, как любое исследование, обладает определенными диагностическими пределами, а также возможной ограниченной чувствительностью и специфичностью в диагностике патологических процессов, что может потребовать проведения дополнительных диагностических процедур. Абсолютными противопоказаниями к ЭГДС являются: выраженное сужение пищевода, препятствующее прохождению аппарата, аневризма аорты, острая стадия инфаркта миокарда, терминальные состояния, некоторые психические заболевания, нежелание пациента проходить данное исследование; Относительными противопоказаниями для ЭГДС являются резко выраженный кифосколиоз и тяжелый остеохондроз позвоночника, химические ожоги пищевода и желудка в остром периоде (8-10 дней), большой зуб, дивертикул Ценкера, заболевания, протекающие с выраженной сердечно-сосудистой и дыхательной недостаточностью, острые воспалительные заболевания глотки, миндалин, гортани, гемофилия, психические нарушения.

ОПЕРАТИВНОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО

Метод медицинского вмешательства – оперативное вмешательство – комплекс воздействий на ткани или органы пациента, проводимых врачом, выполняемый с помощью различных способов разъединения, перемещения и соединения тканей;

цель медицинского вмешательства: лечебная или диагностическая;

с целью уточнения диагноза в качестве дополнительного метода исследования во время оперативного вмешательства может применяться биопсия (взятие материала на морфологическое исследование, цитологический, гистологический, иммуногистохимический анализы (щипцовая биопсия, браш-биопсия).

Возможные риски и осложнения оперативного вмешательства:

во время проведения - болевые ощущения, локальные нарушения чувствительности кожи, локальная гематома (кровоизлияние) и гиперпигментация (потемнение) кожи, локальное покраснение и ожог кожи, повышенная кровоточивость, тромбоз, эмболия (закупорка сосудов) в силу особенностей организма, воспалительные явления, обострение сопутствующих заболеваний, аллергические реакции, колебания артериального давления, возможность временной нетрудоспособности;

риск потери крови, возможность инфекционных осложнений, ранение соседних органов, возможность гнойно-септических осложнений, тромбоэмболических осложнений, нарушений со стороны сердечно-сосудистой и других систем жизнедеятельности организма, непреднамеренного причинения вреда моему здоровью и даже неблагоприятного исхода;

после оперативного вмешательства - развитие временного локального отека; вследствие местной анестезии и механического воздействия, за счет кожных кровоизлияний может изменяться цвет кожи в области оперативного вмешательства и соседних зон (в редких случаях изменение цвета кожи сохраняется на срок до нескольких недель); проколы, разрезы кожи заживают с формированием рубца под действием силовых линий (в большинстве случаев спустя несколько месяцев после операции, эти рубцы становятся малозаметными, однако при внимательном рассмотрении их всегда можно обнаружить); после операции может появиться зона пониженной или повышенной чувствительности в области вмешательства, проходящая в течение нескольких недель или месяцев;

возможные последствия приёма анальгетиков и антибиотиков (при их назначении), а именно: аллергические реакции, нарушение состава кишечной микрофлоры;

несмотря на всестороннюю профилактику осложнений, осуществляемую хирургическим персоналом с целью свести риск их появления к минимуму, во время и после операции возможно развитие любых общехирургических осложнений (кровотечение во время вмешательства и после него, перфорация органа, тромбоз, нагноение раны, образование келоидных рубцов, гематом, сером и др.), а также специфических осложнений, характерных для данного оперативного вмешательства.

При возникновении перечисленных осложнений может потребоваться госпитализация, неотложное интенсивное лечение, общая анестезия.

В ряде случаев могут потребоваться повторные операции, в том числе в связи с возможными интра- и послеоперационными осложнениями или с особенностями течения заболевания.

Во время операции возможна потеря крови и может потребоваться переливание донорской или ауто (собственной) крови и ее компонентов.

Используемая технология медицинской помощи не может полностью исключить вероятность возникновения иных побочных эффектов и осложнений, обусловленных биологическими особенностями организма, в том числе в случае, когда услуга оказана с соблюдением всех необходимых требований.

Существует вероятность того, что во время оперативного вмешательства может возникнуть необходимость в частичном или полном его изменении, могут потребоваться дополнительные врачебные процедуры, которые невозможно достоверно и в полной мере предвидеть заранее.

Возможным вариантом медицинского вмешательства является интенсивная медикаментозная терапия. Предполагаемым результатом

оперативного вмешательства является достижение целей диагностики и/или лечения.

АНЕСТЗИОЛОГИЧЕСКОЕ ПОСОБИЕ

Метод медицинского вмешательства – общая анестезия ингаляционным методом/внутривенным методом/комбинированным методом; местная анестезия;

цель медицинского вмешательства: устранение реакции на болевые раздражители, угнетение сознания для проведения оперативного вмешательства или диагностической инвазивной манипуляции без опасных последствий для организма.

Анестезиологическое пособие во время операции или процедуры, необходимо для обезболивания, для обеспечения непрерывного контроля над состоянием пациента, включая, поддерживание полноценного дыхания, кровообращения и других важнейших функций организма. Кроме того, пособие включает профилактику вероятных осложнений во время операции, их своевременное выявление и сведение к минимуму их последствий.

При наличии медицинских показаний, в случае возникновения необходимости возможно проведение следующих манипуляций:

- катетеризации центральной вены (подключичная, бедренная, яремная);
- аппаратная реинфузия аутокрови;
- транспортировка при переводе в/из отделения анестезиологии и реанимации;
- перевод из ОАиР в другие отделения и другие профильные ЛПУ;
- наблюдение и лечение в ОАиР;
- пролонгированная искусственная вентиляция легких;
- седация;
- инфузионно-трансфузионная терапия.

Общая анестезия (общий наркоз) представляет собой состояние, вызываемое с помощью фармакологических средств и характеризующееся потерей сознания, подавлением рефлекторных функций и реакций на внешние раздражители, что позволяет выполнять оперативные вмешательства без опасных последствий для организма и с полной амнезией периода операции. Для проведения общей анестезии пациент ложится на операционный стол, позволяет медицинскому персоналу произвести необходимые приготовления - отрегулировать положение тела пациента, установить венозный катетер, подготовить маску для наркоза и т.д. Анестезия проводится в несколько стадий. Первая стадия при ингаляционном методе начинается с момента вдыхания паров эфира, при внутривенном введении препаратов - с момента такого введения, и продолжается в среднем 3-8 мин, после чего наступает потеря сознания. Пациент испытывает при этом постепенное затемнение сознания: потерю ориентации, речь становится бессвязной, состояние полудремотным, кожа лица становится гиперемированой, зрачки исходной величины или

несколько расширены, активно реагируют на свет. Дыхание и пульс пациента учащаются, становятся неравномерными, артериальное давление несколько повышено. Вторая стадия начинается сразу же после потери сознания и продолжается 1-5 мин в зависимости от индивидуальных особенностей больного. Кожные покровы пациента при этом резко гиперемированы, веки сомкнуты, зрачки расширены, реакция на свет сохраняется, отмечаются непроизвольные плавательные движения глазных яблок. Дыхание учащено, аритмично, артериальное давление повышено. Третья стадия наступает через 12-20 мин после начала общей анестезии, при этом отмечаются потеря всех видов чувствительности, расслабление мышц, угнетение рефлексов, урежение дыхания. Пульс замедляется, артериальное давление несколько снижается. Зрачок расширяется, но сохраняется живая реакция на свет. Четвертая стадия - пробуждения - наступает после прекращения действия анестезии и характеризуется постепенным восстановлением рефлексов, тонуса мышц, чувствительности, сознания в обратном порядке. Пробуждение проходит медленно и, в зависимости от индивидуальных особенностей больного, длительности и глубины общей анестезии, продолжается от нескольких минут до нескольких часов. При этом пациент может испытывать спутанность сознания, головокружение, испытывать тошноту и позывы в туалет, испытывать звуковые, визуальные, обонятельные галлюцинации.

Общая анестезия (общий наркоз) может оказываться в следующих условиях: в условиях медицинской организации, в специально оборудованном помещении, отвечающем санитарно-эпидемиологическим требованиям, под наблюдением медицинских работников.

Общая анестезия (общий наркоз) оказывается с применением медицинских изделий: стол для врача анестезиолога-реаниматолога, аппарат наркозодыхательный, монитор операционный, многофункциональный хирургический стол, дефибриллятор, стетофонендоскоп, аппарат для измерения артериального давления, аспиратор хирургический, ларингоскоп, инфузионный насос, набор хирургических инструментов, набор трахеостомических трубок, набор для реанимации, каталка лежащая медицинская, аппарат для электрохирургии, мешок Амбу, набор для катетеризации центральных вен, смеситель воздушно-газовой смеси, ротаметр, пульсоксиметр, капнограф, аппарат для искусственной вентиляции легких.

Качественное выполнение общей анестезии (общего наркоза) требует предварительной подготовки: для оценки общего состояния пациента, выявления особенностей анамнеза, связанных с анестезией, оценки клинических и лабораторных данных, определения степени риска операции и наркоза (выбор метода анестезии), больной проходит осмотр врача-анестезиолога-реаниматолога. У пациента выясняются жалобы, собирается анамнез заболеваний, получается информация, имеющая значение в связи с предстоящей операцией и общей анестезией: наличие повышенной кровоточивости, аллергических реакций, зубные протезы, ранее перенесенные операции, наличие беременности и т.д. Вечером перед операцией пациент может получать снотворное и седативные средства. Непосредственно перед операцией, с целью снижения частоты осложнений проводится премедикация -

введение медикаментозных средств для снижения эмоционального возбуждения, нейровегетативной стабилизации, создания оптимальных условий для действия анестетиков, профилактики аллергических реакций на средства, используемые при анестезии.

Общая анестезия (общий наркоз) может осуществляться следующими методами:

1. Ингаляционный метод;
2. Внутривенный;
3. Комбинированный.

Общая анестезия (общий наркоз) ингаляционным методом осуществляется следующим образом: на лицо больного накладывается маска с поступлением анестетиков в газообразном или жидком состоянии, больной вдыхает средства при сохранении спонтанного (самостоятельного) дыхания. От коэффициента растворимости веществ в крови зависят время введения в анестезию и скорость пробуждения. В рамках данного метода применяется эндотрахеальный подход, который обеспечивает свободную проходимость дыхательных путей независимо от операционного положения больного, возможность систематической аспирации слизистого отделяемого бронхов и патологического секрета из дыхательных путей, изоляцию желудочно-кишечного тракта больного от дыхательных путей, что предупреждает в ходе анестезии и операции развитие синдрома Мендельсона. Эндотрахеальный метод создает надлежащие условия для проведения искусственной вентиляции легких, уменьшения мертвого пространства, применения мышечных релаксантов, позволяющих оперировать больного в условиях полного обездвиживания и поверхностной анестезии, что в большинстве случаев исключает токсический эффект некоторых анестетиков.

Общая анестезия (общий наркоз) внутривенным методом осуществляется следующим образом: средства для анестезии вводятся пациенту внутривенно через катетер. Рука пациента фиксируется во избежание произвольных движений во время действия анестезии и возвращения в сознание и получения травм пациентом.

Общая анестезия (общий наркоз) комбинированным методом осуществляется следующим образом: врач сочетает несколько видов анестезии, в частности, ингаляционный метод, внутривенный метод, ректальный, внутримышечный, пероральный и др. Применение данного метода может понадобиться в зависимости от состояния больного, его восприимчивости к анестезии того или иного вида, а также физической возможности проведения той или иной анестезии.

Местная инъекционная анестезия имеет своей целью обезболить медицинские манипуляции. Местная инъекционная анестезия проводится в области выполняемой манипуляции и предусматривает одну или несколько инъекций(уколов) для введения анестезирующего вещества с целью обеспечения эффекта обезболивания. Длительность эффекта может варьироваться от 15 минут до нескольких часов в зависимости от вида анестетика и индивидуальной восприимчивости организма.

Последствиями отказа от данной процедуры могут быть: невозможность выполнения медицинской манипуляции, прогрессирование заболевания, развитие инфекционных осложнений, появление болевых ощущений, а также обострение системных заболеваний организма.

Возможные риски и осложнения медицинского вмешательства:

Общая анестезия (общий наркоз) имеет следующие противопоказания: считается, что абсолютных противопоказаний нет, к относительным противопоказаниям относят индивидуальные особенности пациента, аллергические реакции на анестезию, нарушения функции дыхания, нарушения сердечной деятельности, острые неврологические заболевания, острые психиатрические заболевания, острый инфаркт миокарда, от начала развития которого прошло менее одного (а лучше шести) месяцев, нестабильная стенокардия или стабильная стенокардия напряжения тяжелой степени тяжести (ФК 4), диастолическое ("нижнее") артериальное давление выше 110 mm Hg, некомпенсированная сердечная недостаточность (нарастание отеков на ногах, усиление одышки, слабости), данные УЗИ сердца: фракция выброса (ФВ) менее 40%, тяжелый стеноз аортального или митрального клапанов, тяжелое (некомпенсированное) нарушение ритма сердца: замедление сердечной деятельности (блокада 2-3 степени), не леченные приступы тахикардии с частотой более 140 в минуту, мерцательная аритмия с частотой более 100 в минуту, обострение бронхиальной астмы, острый или обострение хронического бронхита, пневмония, острая инфекция дыхательных путей, сопровождающаяся кашлем и (или) температурой, явное наркотическое или алкогольное опьянение.

Общая анестезия (общий наркоз) может повлечь возникновение нежелательных осложнений: респираторные осложнения (апноэ - остановка дыхания, бронхоспазм, ларингоспазм, неадекватное восстановление самостоятельного дыхания, рекураризация), сердечно-сосудистые осложнения (аритмии, брадикардию, остановку сердца), неврологические осложнения (дрожь при пробуждении, гипертермия, судороги, мышечные боли, регургитация, рвота). При спонтанной и искусственной вентиляции легких возможна аспирация или нагнетание жидкости в трахею в результате регургитации содержимого желудочно-кишечного тракта при кишечной непроходимости, обильном желудочно-кишечном кровотечении. Также могут быть травмы горла и кашель после введения дыхательной трубки; аспирация, резкое падение уровня артериального давления у пациента, что влечет гипоксию или кислородное голодание, боли в голове и спине, отравление токсическими анестетиками при попадании их большого количества в системный кровоток, в частности, при случайном повреждении вен, спинальный блок (сильные боли). Рвота часто развивается при проведении неадекватной премедикации, повышенной чувствительности некоторых больных к препаратам морфия, тяжелой интубации трахеи у неадекватно

анестезированного больного. Имеется категория больных, у которых рвота наступает без каких-либо видимых причин.

Иные риски и осложнения:

болевые ощущения во время введения препарата, локальные нарушения чувствительности кожи, локальная гематома (кровоизлияние) и гиперпигментация (потемнение) кожи, локальное покраснение и ожог кожи, повышенная кровоточивость, тромбоз, эмболия (закупорка сосудов) в силу особенностей;

осложнения инъекционной анестезии, обусловленные введением в ткани организма специального раствора и реакцией организма на него (учащение сердцебиения, повышение артериального давления, аллергический шок, обморок, коллапс). Введение раствора проводится при помощи иглы, что травмирует мягкие ткани и может вызвать образование внутреннего кровотечения и гематомы, отечность десны в области инъекции, тризм (ограниченное открывание рта), которые могут сохраняться в течение нескольких дней или дольше;

риски развития осложнений, связанных с индивидуальной чувствительностью пациента, и аллергических реакций - головокружение, тошнота, рвота, покраснение кожных покровов, вплоть до коллапса различной степени тяжести, а также шока и/или остановки сердечной деятельности. Эти реакции непредсказуемы, могут быть ранними и отсроченными. Помимо аллергических реакций возможны кровоизлияния в местах и/или вокруг мест введения игл, катетеров возможны неприятные ощущения вследствие повреждения кожных нервов. При любой внутривенной инъекции могут возникнуть осложнения, такие как повреждение нерва, артерии или вены, инфицирование раны, экстравазация контрастного препарата (попадание в мягкие ткани. Используемая технология медицинской помощи не может полностью исключить вероятность возникновения иных побочных эффектов и осложнений, обусловленных биологическими особенностями организма, в том числе в случае, когда услуга оказана с соблюдением всех необходимых требований.

Техника, ожидаемые результаты и дополнительные риски каждого возможного вида анестезии:

общий наркоз

ожидаемый результат: общее состояние без сознания, возможно размещение трубки в трахею;

техника: препараты вводятся внутривенно, ингаляционно или другими путями;

риски: боль во рту или горле, хрипота, повреждение во рту или зубов, интраоперационное пробуждение, повреждение кровеносных сосудов, аспирация, пневмония;

спинальная или эпидуральная анестезия

ожидаемый результат: временное снижение или потеря чувствительности и/или движение в нижней части тела;

техника: анестетик вводят через иглу/катетер расположенный либо непосредственно в спинномозговом канале или непосредственно рядом с ним;

риски: головная боль, боли в спине, шум в ушах, судороги, инфекции, постоянные слабость, онемение, остаточная боль, повреждение кровеносных сосудов, «тотальный спинальный блок»;

большой/малый блок нерва

ожидаемый результат: временная потеря чувствительности и/или движения в конкретных конечности или области тела;

техника: анестетик вводят вблизи нервов, обеспечивающих потерю чувствительности в области операции;

риски: инфекция, судороги, слабость, постоянные онемение, остаточная боль, повреждение кровеносных сосудов;

внутривенная местная анестезия с седацией или без седации

ожидаемый результат: временная потеря чувствительности и/или движения конечности;

техника: анестетик вводят в вены руки или ноги с помощью жгута;

риски: инфекция, судороги, постоянное онемение, остаточная боль, повреждение кровеносных сосудов;

контролируемая анальгезия (с седацией)

ожидаемый результат: снижение тревоги и боли, частичная или полная амнезия;

техника: анестетик вводится в кровь, ингаляционно через легкие, или другими путями, обеспечивая полубессознательное состояние;

риски: бессознательное состояние, депрессия дыхания, травма кровеносных сосудов;

контролируемая анальгезия (без седации)

ожидаемый результат: измерения жизненно важных признаков, наличие анестезии, обеспечение для дальнейшего вмешательства

техника: нет

риски: повышение уровня тревоги и/или дискомфорт.

Во время анестезиологического пособия могут возникнуть непредвиденные обстоятельства и осложнения. В таком случае вид и тактика анестезиологического пособия может быть изменена врачами по их усмотрению. При проведении процедуры анестезиолог будет учитывать

рекомендации врача и предпочтения пациента. Иногда метод анестезии, который предполагает использование местной анестезии с седацией или без нее, может быть неудачен, следовательно, техника наркоза может измениться, в т.ч. может быть использован общий наркоз.

Предполагаемым результатом медицинского вмешательства является устранение реакции на болевые раздражители, угнетение сознания для проведения оперативного вмешательства или иных медицинских процедур без опасных последствий для организма.

После оказания общей анестезии (общего наркоза) пациенту рекомендовано: воздержаться от вождения автомобиля, работы со сложным техническим оборудованием, которое может представлять угрозу жизни и здоровью при неправильной эксплуатации в течение минимум 24 часов, подписания важных документов и принятия важных решений, поскольку есть риск нарушения не только физической активности, но и изменения умственного состояния, не принимать лекарств без назначения врача, исключить прием алкоголя, наркотических, психотропных средств и веществ, принимать пищу и еду по назначению врача (обычно - не ранее 1 часа после операции). Пациенту надлежит неукоснительно соблюдать рекомендации медицинского работника и сообщать о любых изменениях в своем состоянии.

Сбор анамнеза и жалоб терапевтический

Выяснение жалоб. Анамнез болезни (*Anamnesis morbi* – воспоминание болезни) Изучение истории возникновения и развития настоящего заболевания. Анамнез жизни (*Anamnesis vitae* – воспоминание жизни). Изучение истории жизни больного. Дополнительный расспрос о состоянии функций организма больного (*Status functionalis*).

ВНИМАНИЕ! Процедура имеет медицинские противопоказания. Наличие или отсутствие показаний/противопоказаний, количество процедур, показанных пациенту, устанавливает врач.

Данный метод является диагностическим, проводимым по договору. Нижеприведенная информация носит исключительно ознакомительно-справочный характер и не является публичной офертой. Необходима консультация врача. Методика расспроса может соответствовать одному из двух вариантов: 1). Дать возможность больному высказаться в вольном стиле по разным этапам сбора жалоб и анамнеза, уточняя лишь отдельные детали. 2). Попросить больного ответить коротко и точно на поставленные вопросы. При этом задаваемые больному вопросы должны быть ясными, четкими и понятными. Второй способ предпочтительнее, так как при этом врач не

перегружается сведениями, которые не несут информации о самом заболевании, а получает сконцентрированные данные о развитии болезни. Расспрос является субъективным методом обследования, основанным на ощущениях больного, но он имеет большое значение для: -ранней диагностики клинически ещё не выраженных форм заболеваний; -постановки диагноза заболеваний с типичными клиническими проявлениями (например, ишемическая болезнь сердца: стенокардия); - выяснения функциональных расстройств и нервно-психического состояния больного, при которых объективные методы постановки диагноза малоинформативны; - выяснения связи данного заболевания с условиями труда и быта, а также с ранее перенесенными заболеваниями; -изучения больного как личности и способа установления необходимого контакта между врачом и больным. Начинается расспрос с выяснения жалоб больного по общему плану. Расспрос больного в отношении развития заболевания также проводится по схеме. После расспроса о настоящем заболевании переходят к расспросу о всей предшествовавшей ему жизни больного, особое внимание уделяя тем фактам, которые могли непосредственно повлиять на развитие болезни. Расспрос о жизни больного также ведётся в определённой последовательности и позволяет составить “медицинскую биографию” пациента. Биографические данные. Перенесенные заболевания в прошлом, наличие хронических заболеваний, а также травмы и операции. Выясняются профессиональные вредности. Наследственность. Привычные интоксикации (вредные привычки). Аллергологический анамнез. Эпидемиологический анамнез. Семейная жизнь и гинекологический анамнез (для женщин). Материально-бытовые условия Страховой анамнез. Собрав жалобы больного и анамнез, прежде чем перейти к объективному обследованию, проводится ещё раз беглый, систематический опрос больного относительно состояния важнейших функций организма и включает в себя расспрос по системам. Показанием является обращение пациента с жалобами, противопоказания отсутствуют, риски минимальные.

Иссечение поражения подкожно-жировой клетчатки

Доброкачественное образование – это опухоль, расположенная на коже или в подкожно-жировой клетчатке, врождённого или приобретённого происхождения. Данная патология характеризуется разрастанием тканей, изменением функций клеток, возникновением гиперплазии. Приобретённые новообразования являются следствием длительно протекающих воспалительных процессов на коже, в структуре слизистых и мягких тканей, которые приобрели хроническую форму. Им свойственно возникать после облучений химическими веществами, солнечных ожогов, травм, ожогов вследствие рентгеновского излучения.

ВНИМАНИЕ! Процедура имеет медицинские противопоказания. Наличие или отсутствие показаний/противопоказаний, количество процедур, показанных пациенту, устанавливает врач.

Данный метод является лечебным, проводимым по назначению лечащего врача. Нижеприведенная информация носит исключительно ознакомительно-справочный характер и не является публичной офертой. Необходима консультация врача. Доброкачественные опухоли медленно растут. Редко они могут визуально быть похожи на злокачественные опухоли. Чтобы удостовериться в доброкачественности диагностируемых образований, дополнительно проводят их биопсию. По большому счёту, доброкачественные образования не доставляют дискомфорта и других проблем, кроме эстетических. Но при влиянии на них неблагоприятных факторов (в частности, постоянного травмирования, частого воздействия ультрафиолета), на первый взгляд безобидные родинки, папилломы, бородавки могут переродиться в онкологию. Вариантом избавления от доброкачественных образований является их иссечение в ходе оперативного вмешательства. Доброкачественные новообразования или неоплазии кожи и подкожного слоя имеют различное происхождение и гистологическую структуру. Но у них есть общие черты: состоят из атипично измененных клеток; характеризуются медленным ростом; четко отграничены от соседней окружающей ткани, не прорастают в нее; нет поражения близлежащих лимфатических узлов; нет отдаленных дочерних опухолей, метастазов. Виды доброкачественных неоплазий: гемангиомы (формируется из клеток кровеносных сосудов), родинки и невусы, папилломы, их еще называют бородавками, фиброма, нейрофиброма, лейомиома. Существует также множество других видов новообразований, произрастающих из рогового слоя, из железистого эпителия кожи, жировой, мышечной и нервной ткани подкожного слоя. Все доброкачественные опухоли кожи и подкожного слоя подлежат удалению в следующих случаях: быстрый рост; снижение четкости границ, размытость контуров; изменение цвета, формы и консистенции; выпадение волос в патологическом очаге и на соседних участках; неприятные ощущения – болезненность, зуд, жжение; кровоточивость; появление кожных трещин, изъязвлений; появление большого количества патологических образований на участке кожи небольшой площади; наличие патологических новообразований на открытых участках тела (лицо, шея, руки), что создает косметический дефект; хроническая травматизация из-за трения об одежду или обувь. Также доброкачественные опухоли кожи подлежат удалению при отягощенной наследственности, если у кого-либо из родственников ранее был диагностирован рак кожи. Устранение доброкачественных новообразований имеет место быть: если на маленьком участке тела насчитывается скопление 20 и более родинок; когда они подвергаются частому воздействию ультрафиолета; если у кого-то из родственников / членов семьи пациента ранее был диагностирован рак кожи;

при частой их травматизации; если местом их расположения являются лицо, руки, шея. Способ оперативного вмешательства для каждого случая подбирается индивидуально. Хирургическое иссечение неоплазии кожи характеризует: безопасность; быстроту проведения; безболезненность; отсутствие травматичности здоровых тканей; бескровность; отсутствие необходимости наложения швов; достижение максимального косметического эффекта; быстроту заживления ран; отсутствие рубцов при заживлении. Устранение доброкачественных образований кожи и ПЖК проводится сразу же после осмотра врачом. Специалист осуществляет подбор оптимального способа хирургического вмешательства, устанавливает факт отсутствия / наличия противопоказаний к процедуре, а также её целесообразность. Приходя на процедуру по удалению доброкачественных новообразований кожи и ПЖК, пациент обязан иметь при себе результаты общего анализа крови, выполненные не позже, чем за 10 дней до проведения манипуляции, анализа на гепатит В (HBs-Ag), реакции микропрепарации на сифилис годностью полгода, теста на антитела к гепатиту С, исследования на наличие антител и антигена к ВИЧ-инфекции. Выбор метода удаления новообразования индивидуален для каждого человека и базируется на учёте специфики образования, его величины, формы, вероятности осложнений и прочих факторов. Методика проведения. Устранение доброкачественных образований скальпелем. Изначально на коже вокруг новообразования врач обозначает контуры разрезания, после чего дефект устраняется с незначительными захватами здоровой ткани. Это позволяет уменьшить вероятность повторного новообразования. После зашивания разрезов участок, на котором проводилась операция, закрывается повязкой. Когда речь идёт об удалении обширного новообразования, с целью предотвращения косметического дефекта специалист может предложить пластическую операцию. При проведении операций по удалению доброкачественных образований кожи и ПЖК госпитализация пациента не проводится. Поскольку данное вмешательство является малотравматичным, оно легко переносится. Послеоперационная реабилитация, как правило, короткая, послеоперационные Простой и надёжный метод удаления патологических кожных новообразований – это их коагуляция, аппаратное прижигание. К патологическому образованию подносят электрод аппарата. Искровой разряд на электроде прижигает измененную ткань. Для того чтобы избежать рецидивов, прижигается не только само новообразование, но и близлежащие здоровые участки. Кровотечения практически нет, т.к. вместе с тканью прижигаются и кровеносные сосуды. Недостаток коагуляционного метода – его болезненность. Поэтому вмешательство проводится под местной анестезией. Удаление новообразований у детей требует введения в наркоз. Для удаления множественных образований, возможно, потребуются несколько сеансов прижигания. Обширные невусы не прижигаются, а механически иссекаются скальпелем. Глубоко лежащие подкожные новообразования тоже удаляют механическим способом – вылушивают и иссекают в пределах здоровой ткани.

Продолжительность коагуляции или механического удаления обычно не превышает 20-30 мин. Удаленную ткань обязательно отправляют на гистологическое исследование для того чтобы окончательно определить тип новообразования и исключить малигнизацию. На период заживления пациент амбулаторно наблюдается врачом-хирургом.

Противопоказания. Запрещено проводить операции на коже при диагностировании у пациента: аллергических реакций; острых респираторных заболеваний; гипертонического криза; обострённой стадии герпеса; лихорадки. Лазерное (радиоволновое) иссечение. Бесконтактно удалить доброкачественные новообразования можно с помощью радиоволн высокой частоты или лазера. Этим методикам свойственна высокая точность. Они не распространяются на здоровые ткани и способствуют удалению тех новообразований, которые расположены в труднодоступных местах. Бесконтактное избавление от них уменьшает риск возникновения осложнений и рецидива образования такой же опухоли.

Снятие послеоперационных швов (лигатур)

ВНИМАНИЕ! Процедура имеет медицинские противопоказания. Наличие или отсутствие показаний/противопоказаний, количество процедур, показанных пациенту, устанавливает врач.

Данный метод является лечебным, проводимым по назначению лечащего врача. Нижеприведенная информация носит исключительно ознакомительно-справочный характер и не является публичной офертой. Необходима консультация врача. Швы снимают только после того, как ткани срослись, и рана затянулась. Обычно это происходит спустя 7-10 суток после их накладывания. Сроки снятия швов в немалой степени зависят от вида оперативного вмешательства, и от анатомической зоны, где они были наложены: лицо, шея – 6 сут.; стопы, голени – 10-12 сут.; культя после ампутации конечности – 12 сут.; поверхностные непроникающие раны брюшной стенки, небольшой объем вмешательств на органах брюшной полости – 7 сут.; объемные вмешательства на органах брюшной полости – 9-12 сут.; вмешательства на органах грудной клетки – 10-14 сут.; нижняя часть живота после кесарева сечения – 7-10 сут.; родовые пути, промежность после ушивания родовых травм – 14-20 сут. Определяющим критерием, указывающим на необходимость снятия швов, является успешное заживление раневой области, характерными признаками которого являются плотно сросшиеся края раны и отсутствие проявлений течения воспалительного процесса. Срок снятия швов зависит и от ряда других факторов, которые могут замедлить процесс заживления. Этот срок удлиняется у пациентов: пожилых; страдающих обменными расстройствами (сахарный диабет, ожирение, авитаминозы); с

другими хроническими тяжело протекающими заболеваниями; с иммунодефицитными состояниями; с явлениями кахексии (истощения) и обезвоживания. Методика проведения. Процедура снятия швов, как правило, не представляет трудностей. Вначале линию раны с располагающимися швами обрабатывают раствором бриллиантового зеленого или каким-либо другим кожным антисептиком. Левой рукой врач берет хирургический пинцет (снабженный зубцами), а правой – ножницы с тонкими острыми режущими концами. Используемый инструмент должен быть стерильным. Вначале врач пинцетом немного оттягивает шовную нить с узлом. Затем под нее подводится режущий край ножниц. После перерезания нити она извлекается из кожи так, чтобы в мягких тканях не осталось фрагментов. Таким способом снимают все имеющиеся швы. Хотя при обширных длинных ранах или при замедленной регенерации тканей врачи практикуют постепенное снятие швов – вначале снимают часть швов, через один, а спустя несколько дней убирают остальные. После того как швы сняты, область раны вновь обрабатывается антисептиком. Наложение асептической повязки в большинстве случаев не требуется. Точно так же не требуется обезболивание – боли вообще нет, или она незначительная. Особенности снятия послеоперационных швов в виде металлических скоб. Хирургические скобы, как правило, накладывают на раневые области, имеющие ровные края и разрезы. Такие раны, при отсутствии осложнений, заживают на протяжении порядка 14 дней. Но все индивидуально и конкретный срок заживления зависит от многих факторов, в числе которых вид проведенной операции и скорость регенерации кожи. Сама манипуляция проводится следующим образом. Хирург обрабатывает место шва раствором антисептика. Это позволяет смягчить кожу и удалить имеющуюся на поверхности шва засохшую жидкость. При помощи специального инструмента – скободёра, специалист осторожными движениями зажимает середину металлической скобы, в следствие чего края скобы самостоятельно извлекаются из кожного покрова пациента. Хирургу остается аккуратно извлечь каждую скобу. После снятия скоб хирург дезинфицирует поверхность раневой области, проводит наложение на нее временной стерильной повязки. Признаки осложнений: покраснение рубца, покраснел, его отечность, сильные болевые ощущения, причем боль зачастую носит пульсирующий характер; гнойные или кровянистые выделения, повышение температуры тела. Указанные признаки могут свидетельствовать о течении воспалительного процесса и развитии осложнений, необходимо обратиться к врачу.

Местная анестезия

В медицине местной анестезией называют временное «отключение» чувствительности тканей в месте проведения процедур, которые могут вызвать острую боль или сильный дискомфорт. Достигается это путем блокады рецепторов, отвечающих за формирование болевого импульса, и

чувствительных волокон, по которым проводятся эти импульсы проводятся в головной мозг.

ВНИМАНИЕ! Процедура имеет медицинские противопоказания. Наличие или отсутствие показаний/противопоказаний, количество процедур, показанных пациенту, устанавливает врач.

Данный метод является лечебным, проводимым по назначению лечащего врача. Нижеприведенная информация носит исключительно ознакомительно-справочный характер и не является публичной офертой. Необходима консультация врача. Особенность местной анестезии – нахождение человека в сознании во время ее действия. Этот вид анестезии действует на рецепторы, которые расположены ниже уровня груди. Местная анестезия позволяет устранить и другие тактильные ощущения, включая температурное воздействие, давление на ткани или их растяжение. Проведение местной анестезии возможно на следующих участках: на поверхности слизистых оболочек различных органов – трахеи, гортани, моче-вого пузыря, бронхов и так далее; в толще ткани – костных, мышечных или мягких; по направлению нервного корешка, выходящего за границы оболочки спинного мозга; в проводящих импульс нервных клетках спинного мозга. Цель местной анестезии – блокирование возникновения импульсов и их передачи с сохранением сознания. Показания к проведению местной анестезии. Все методы местной анестезии имеют одинаковый перечень показаний, и применяются при необходимости на короткое время (до полутора часов) обезболить определенную область. Использовать их рекомендуется: для проведения хирургического не полостного вмешательства или небольших полостных операций, длительность проведения которых не превышает 60-90 минут; при непереносимости наркоза; если пациент находится в ослабленном состоянии; при необходимости проведения диагностических процедур на фоне выраженного болевого синдрома; при отказе пациента от наркоза; у пациентов в пожилом возрасте; когда нельзя использовать наркоз. Противопоказаниями к проведению местной анестезии являются следующие состояния: нервное возбуждение; психические заболевания; непереносимость анестетиков; детский возраст. Не используют местное обезболивание и при большом объеме лечебных или диагностических манипуляций, которые могут занять много времени. Использование местных анестетиков несет определенные риски, в число которых входят несколько типов осложнений: поражение ЦНС и проводящей системы сердца; повреждение тканей позвоночника, нервных корешков и оболочки спинного мозга; нагноения в месте введения анестетика; аллергические реакции. В большинстве случаев перечисленные проблемы возникают при нарушении техники проведения анестезии, или при недостаточно полном сборе анамнеза.

Проводниковая анестезия

Под термином «анестезия» понимается процесс уменьшения чувствительности тела, вплоть до полной ее утраты, при сохраненном или отсутствующем сознании пациента. В результате снижения чувствительных ощущений человек перестает чувствовать боль, что делает возможным проведение тех или иных инвазивных вмешательств. Существует различные виды анестезии. Одним из них является проводниковая анестезия, о которой мы и поговорим ниже.

ВНИМАНИЕ! Процедура имеет медицинские противопоказания. Наличие или отсутствие показаний/противопоказаний, количество процедур, показанных пациенту, устанавливает врач.

Данный метод является лечебным, проводимым по назначению лечащего врача. Нижеприведенная информация носит исключительно ознакомительно-справочный характер и не является публичной офертой. Необходима консультация врача. Суть данной процедуры заключается в выключении чувствительности того или иного участка тела за счет введения анестетика в непосредственной близости от нерва, иннервирующего ту зону, на которой планируется проводить вмешательство. Ранее использовался еще и такой метод, при котором анестетик вводится в сам нерв. Однако в последние годы он утратил свою популярность в связи с высокой вероятностью развития нейропатии. Неоспоримым преимуществом проводниковой анестезии является то, что после ее проведения пациент находится в сознании, а значит может контактировать с хирургом. Однако если человек эмоционально неустойчив, чрезмерно тревожен или излишне боится предполагаемого вмешательства, выбор все же лучше сделать в пользу наркоза. Проводниковая анестезия может использоваться как самостоятельно, так и в комбинации с другими методами. В 2015 году ученые из Ярославского государственного медицинского университета опубликовали работу, по результатам которой было установлено, что у пациентов с травмой дистального отдела нижней конечности предпочтительней всего использовать сочетание спинальной анестезии с блокадами нервов нижней конечности, что позволяет купировать болевой синдром, но и обеспечить стабилизацию показателей нейровегетативного гомеостаза. Показания. Проводниковая анестезия может использоваться при самых различных видах хирургических вмешательств. Она показана при: операциях на верхних и нижних конечностях; некоторых вмешательствах на половых органах; при коррекции паховых грыж и так далее. Такой вид анестезии широко применяется в стоматологии.

Противопоказания: гиперчувствительность к тому анестетику, который предполагается использовать, тяжелые сердечно-сосудистые патологии, эмоциональную неустойчивость пациента и психические заболевания, слишком длительные и обширные операции, а также многое другое. Возможные осложнения. Самым распространенным осложнением проводниковой анестезии является нейропатия. Данная процедура в отдельных случаях может приводить к: Аллергическим реакциям; Травмам крупных сосудов; Инфицированию места введения анестетика; Токсическому действию препарата и так далее.

Получение влагалищного мазка

ВНИМАНИЕ! Процедура имеет медицинские противопоказания. Наличие или отсутствие показаний/противопоказаний, количество процедур, показанных пациенту, устанавливает врач.

Данный метод является диагностическим, проводимым по назначению лечащего врача. Нижеприведенная информация носит исключительно ознакомительно-справочный характер и не является публичной офертой. Необходима консультация врача. Мазок на флору, гинекологический мазок, бактериальный мазок – все это названия одного и того же диагностического метода, широко используемого в гинекологии. Данный метод предполагает взятие физиологических, а в ряде случаев патологических выделений для последующего микроскопического исследования. Показания к взятию мазка: каждой женщине репродуктивного возраста рекомендуется даже в отсутствие жалоб посещать гинеколога не реже 1 раза в год. И каждый раз берется мазок. И уж тем более его следует брать при появлении местных болей, белей (патологических выделений), нарушениях менструального цикла, и других симптомов, подозрительных на гинекологическую патологию. Мазок берут на этапе планирования беременности и в дальнейшем, в ходе наблюдения беременной. Взятие мазка обязательно при диагностике бесплодия, а также в рамках подготовки к предстоящему ЭКО (экстракорпоральному оплодотворению). Рекомендуется взятие мазка после длительного приема средств, которые могут повлиять на женское здоровье. Среди этих средств – оральные контрацептивы, стероиды, антибиотики. Методика проведения. Методика взятия мазка на флору: подходящее время для гинекологического мазка – несколько дней до или после менструаций. В любом случае, во время его взятия не должно быть менструальных выделений. Подготовка к взятию мазка предусматривает исключение факторов, которые могут исказить результаты. В этой связи за неделю следует отказаться от приема антибиотиков, гормональных препаратов, оральных контрацептивов, интравагинального введения препаратов. За 2-3 дня нежелательны половые контакты и прием алкоголя. Накануне вечером необходим интимный туалет, но лишь теплой водой, без гигиенических средств и спринцевания. Утром гигиенические мероприятия не проводят. За 2-3 часа до взятия мазка желательно не мочиться. Сама процедура взятия мазка осуществляется во время гинекологического осмотра в кресле. Врач собирает специальным пластиковым стержнем материал со слизистых оболочек влагалища, цервикального канала и уретры. Взятие мазка проходит безболезненно. Наличие боли свидетельствует о патологии. Важно, чтобы для каждого участка использовался отдельный стерильный стержень. Затем с помощью стержня материал размещают на чистых предметных стеклах, фиксируют, и маркируют буквами латинского алфавита: V

(vagina) – влагалище, С (cervix) – цервикальный канал, U (uretra) – мочеиспускательный канал. После этого направляют лабораторию. Ответ готов в течение 2-3 дней. Отклонения результатов мазков служат показанием к другим видам лабораторной диагностики (бакпосев, иммунологические реакции, ПЦР и другое). Цитологический мазок Цитологический мазок, он же мазок Папаниколау, пап-тест, основан на изменении структуры клеток в исследуемом материале (греч. цитос – клетка), и рассчитан на своевременную диагностику рака шейки матки. Учитывая большую распространенность этого заболевания, пап-тест рекомендован всем женщинам не реже 1 раза в год. И только при отрицательных ежегодных результатах допускается его проводить реже, 2-3 раза в год. **ВНИМАНИЕ! Процедура имеет медицинские противопоказания.** Наличие или отсутствие показаний/противопоказаний, количество процедур, показанных пациенту, устанавливает врач. Данный метод является диагностическим, проводимым по назначению лечащего врача. Нижеприведенная информация носит исключительно ознакомительно-справочный характер и не является публичной офертой. Необходима консультация врача. Причина рака шейки матки – папилломавирус или вирус папилломы человека (ВПЧ). Внедрившись в эпителиальные клетки цервикальной слизи, ВПЧ вызывает изменение их свойств, дисплазию. В дальнейшем диспластические изменения усугубляются, и на месте измененных тканей формируется раковая опухоль. Пап-тест позволяет вовремя обнаружить этот процесс еще на той стадии, когда нет клинических проявлений, и результаты лечения могут быть эффективными. Подготовка к цитологическому мазку практически не отличается от подготовки к обычному мазку на флору. Оптимальное время: 5 дней до или 5 дней после менструации. Мазок берется во время гинекологического осмотра с помощью специальной щетки. Этой щеткой собирается цервикальная слизь. Эта слизь содержит клеточный материал, подлежащий диагностике. Из нее на предметном стекле делают мазки-отпечатки, которые направляют в лабораторию. Спустя несколько дней готов результат, который может быть представлен несколькими вариантами: норма, нет клеточных изменений, легкая дисплазия, умеренная или выраженная дисплазия, предраковое состояние, рак шейки матки. Однако достоверность пап-теста тоже невелика, и составляет 40-60%. Заменой пап-тесту может быть метод жидкостной цитологии. С помощью цитощетки материал собирается даже с труднодоступных участков. Мазок-отпечаток на стекле не готовится – щетка с материалом помещается в контейнер с жидким консервантом. Дальнейшее приготовление мазка осуществляется уже в лаборатории в автоматическом режиме на специальной аппаратуре. Автоматически с использованием программного обеспечения даже интерпретируются результаты. В итоге достоверность цитологического анализа повышается до 95%. Жидкостная цитология способ микроскопического исследования, для выявления ранних стадий неоплазии (патологического процесса, характеризующегося бесконтрольным ростом атипичных клеток) слизистых

покровов цервикального канала и влагалищной части шейки матки. Данная методика от традиционной отличается тем, что отобранный образец биологического материала помещается в жидкую среду. Затем путем центрифугирования клетки «отмываются» от загрязнений и, концентрируясь в одном месте, образуют однородный слой – это позволяет получить более точные и информативные результаты. После проведения диагностической процедуры пациентка должна придерживаться некоторых правил, которые позволят ей быстро восстановиться – в течении 7 дней следует воздержаться от интимной близости, принятия горячей ванны, посещения бассейна и сауны, использования влагалищных тампонов (рекомендуется воспользоваться гигиеническими прокладками). В первые дни после взятия соскоба возможно наличие незначительных кровянистых выделений из половых путей – это явление не должно вызывать беспокойство. В случае появления кровотечения, высокой температуры и болезненных ощущений в нижней части живота необходимо обратиться за медицинской помощью гинеколога.

Кольпоскопия

Кольпоскопия – это визуальный осмотр слизистой оболочки влагалища и стенки матки с помощью прибора кольпоскопа. Современные кольпоскопы представляет собой сложные оптические системы, снабжены источниками света, и увеличивают визуальную картину до 40 раз.

ВНИМАНИЕ! Процедура имеет медицинские противопоказания. Наличие или отсутствие показаний/противопоказаний, количество процедур, показанных пациенту, устанавливает врач.

Данный метод является диагностическим, проводимым по назначению лечащего врача. Нижеприведенная информация носит исключительно ознакомительно-справочный характер и не является публичной офертой. Необходима консультация врача. Риски: иногда даже многократное увеличение в цифровом режиме не позволяет диагностировать патологию. В этих случаях исследуемый участок обрабатывают химическими веществами. Здоровые и измененные ткани реагируют на одно и то же вещество по-разному, и это сразу становится заметным. Проводить кольпоскопию в профилактических целях можно не реже 1 раза в год всем женщинам даже при отсутствии жалоб. К расширенной кольпоскопии прибегают при появлении признаков гинекологических заболеваний. Среди этих признаков: патологические выделения с неприятным запахом; тупые ноющие боли внизу живота; болезненный половой акт; нарушения менструального цикла, кровянистые выделения в межменструальный период; неудовлетворительные результаты гинекологического мазка. Расширенная кольпоскопия позволяет диагностировать псевдоэрозию (эктопию) и ее осложнение, эктропион, очаги лейкоплакии, а также полипы, кондиломы. Ценность данного метода

закljučается еще и в том, что он позволяет вовремя обнаружить диспластические изменения слизистой оболочки, являющиеся предраковыми состояниями. Перед проведением расширенной кольпоскопии женщина должна соответствующим образом подготовиться. За несколько дней до исследования нужно отказаться от использования вагинальных спреев, таблеток, свечей. Половая жизнь прекращается в ближайшие 1-2 дня. Перед исследованием обязательна интимная гигиена, но только теплой водой без моющих средств. Оптимальное время для расширенной кольпоскопии – с 7 по 10 день менструального цикла, когда слизистые выделения наиболее прозрачны. Процедура расширенной кольпоскопии чаще всего проводится амбулаторно, хотя при необходимости к ней прибегают и в стационаре. Женщина находится в гинекологическом кресле. Посредством зеркальных расширителей обнажается влагалище и шейка матки. Кольпоскоп, снабженный источником освещения, врач располагает на расстоянии 10-15 см от вагинального входа. После этого он смотрит в окуляр прибора, и визуально оценивает состояние слизистых оболочек. В ходе визуальной оценки врач обращает внимание на подозрительные участки с изменением окраски, сосудистого рисунка и рельефа, появлением на их поверхности объемных образований. Эти участки обрабатывают химическими реагентами – с этого момента простая кольпоскопия переходит в расширенную. В качестве реагента чаще всего используют 3% уксусную кислоту. В нормальной ткани капилляры под действием уксусной кислоты спазмируются, в результате чего примерно через 1 мин. обработанный участок бледнеет. Правда, бледнеет он недолго, в норме не более 1-3 мин. Капилляры в атипично измененных тканях не реагируют на уксусную кислоту, и их окраска не меняется. Стойкое побледнение тоже свидетельствует о патологии, например, о вагинальных кондиломах. Уксусная кислота усиливает рельефность слизистых оболочек, и с ее помощью можно определить границу между однослойным цилиндрическим эпителием шейки матки и многослойным плоским эпителием влагалища. Еще один метод расширенной кольпоскопии – проба Шиллера. Суть ее заключается в обработке слизистой оболочки раствором Люголя. Это раствор содержит йод. При контакте йода с гликогеном клеток слизистой оболочки последняя приобретает характерный коричневый окрас. Происходит это через 2 мин. после нанесения раствора. При атрофических, воспалительных и диспластических процессах содержание гликогена в клетках снижается, и они хуже окрашиваются, или не окрашиваются вовсе. Пробы с 3% уксусной кислотой и раствором Люголя используются чаще всего. Менее востребованными являются пробы с адреналином, трихлортетразолом и флюорохромами. Проба с адреналином по сути своей такая же, как и проба с 3% уксусной кислотой. Капилляры здоровой ткани спазмируются, а патологически измененных нет. Трихлортетразоль используют для индикации в тканях фермента лактатдегидрогеназы, маркера раковой опухоли. А при обработке флюорохромами злокачественно измененная ткань в ультрафиолетовом свечении приобретает розовый цвет. Расширенная

кольпоскопия длится около получаса. Обезболивание не требуется. Опасения по поводу того, что нанесение химического реагента будет сопровождаться болью, тоже напрасны. Используемые вещества не раздражают слизистую оболочку, и их наносят аккуратно с помощью марлевого шарика. Небольшая болезненность, может быть, при патологических процессах, и при ее появлении женщина сразу же должна информировать врача. Заключение выдается в день проведения исследования. Расширенная кольпоскопия не является окончательным методом диагностики, да и достоверность ее невелика. Если после нанесения реагента отмечаются неудовлетворительные результаты, это служит показанием к более информативному методу, к биопсии слизистой. Описание обычно содержит: вид и форма шейки матки (цилиндрическая, коническая, деформированная, гипертрофированная), вид наружного зева матки (округлый, полулунный, щелевидный), посттравматическая деформация (присутствует, отсутствует), эрозированный эктропион – выворот слизистых покровов цервикального канала (есть, нет), эндоцервикоз – эктопия шейки матки (есть, нет), зона трансформации (ЗТ): нормальная (открытые, закрытые или ороговевшие железы); атипическая (эпителий йод-негативный либо ацетабельный, пунктация и мозаика нежные или грубые), сосуды (отсутствуют либо присутствуют, какого типа – правильного, усиленного, атипичного), лейкоплакия шейки матки – неспецифический процесс, протекающий в плоском эпителии и характеризующийся его ороговением и утолщением (есть, нет), рельеф слизистой оболочки (ровный, приподнятый, неровный), рубцовые изменения, полипы, истинные эрозии, мелко-пунктационные изъязвления, экзофитные (видимые) кондиломы, признаки пост-коагуляционного синдрома, эндометриоза, локальных и диффузных воспалительных процессов (присутствуют, отсутствуют). У здоровой женщины слизистые покровы влагалищной части шейки матки покрыты эпителиальным слоем с ровным рельефом, имеют бледнорозовый оттенок (синюшный наблюдается во 2-ой половине цикла), сосудистый рисунок имеет правильный тип и равномерное расположение. Любое изменение перечисленных показателей является поводом для дальнейшего обследования. Данная методика позволяет обнаружить воспалительные процессы и выполнить малоинвазивные лечебные и диагностические мероприятия – удалить папилломы и полипы, осуществить отбор биоптата подозрительной ткани. Во время проведения кольпоскопии слизистые покровы генитального тракта не травмируются. По окончании диагностической процедуры пациентка может вернуться к обычному режиму без каких-либо ограничений – разрешается физическая активность и интимная близость. В течение двух-трех дней из влагалища могут наблюдаться выделения коричневого оттенка – это остатки раствора йода. Если же при кольпоскопии была выполнена биопсия или удаление новообразований, пациентка может ощущать болезненные ощущения внизу живота и отмечать появление кровянистых выделений из влагалища – этот случай требует ограничения физических нагрузок, воздержания от сексуальных контактов и

выполнения рекомендаций гинеколога. Выполнение исследования не рекомендуется пациенткам: после искусственного прерывания беременности (в течение 1 месяца); в послеродовом периоде (в первые 2 месяца); после оперативного вмешательства на матке; с аллергической реакцией на уксусную кислоту или йод; с маточным кровотечением; страдающим тяжелыми воспалительными процессами. Хотя кольпоскопия считается достаточно безопасным диагностическим способом, все же в редких случаях наблюдаются кровотечения темнокоричневого оттенка, субфебрилитет, небольшой дискомфорт в половых путях и нижней части живота, усиление менструаций. Выполнение процедуры усложняет чрезмерная продукция слизистого секрета, при получении сомнительных данных первого теста, необходимо его повторить через 6-12 недель. Правильно сделанная кольпоскопия никогда не навредит пациентке и ее плоду. Зондирование матки Зондирование полости матки - это операция для определения направления полости матки, ее длины и состояния рельефа стенок. Зондирование матки производят маточным зондом, изготовленным из мягкого металла, длиной 25 см, диаметром 3 мм. На конце зонда имеется пуговка и утолщение на расстоянии 7 см от пуговки, соответствующее нормальной длине полости матки; на поверхности зонда нанесены сантиметровые деления.

ВНИМАНИЕ! Процедура имеет медицинские противопоказания. Наличие или отсутствие показаний/противопоказаний, количество процедур, показанных пациенту, устанавливает врач. Данный метод является диагностическим, проводимым по назначению лечащего врача. Нижеприведенная информация носит исключительно ознакомительно-справочный характер и не является публичной офертой. Необходима консультация врача. Зондирование полости матки производят как диагностическую процедуру перед искусственным абортом, а также с целью определения длины полости матки перед диагностическим выскабливанием. Для выявления субмукозных миоматозных узлов зондирование имеет относительную ценность. Шейку матки обнажают зеркалами. Переднюю ее губу берут пулевыми щипцами и низводят. Через канал шейки матки вводят зонд. Продвигать его надо осторожно, чтобы не сделать ложный ход или не перфорировать стенку матки. Зондирование производят перед диагностическим выскабливанием полости матки, при аборте, для определения аномалий развития матки, субмукозного узла в матке. Зондирование матки производят только в условиях стационара с соблюдением правил асептики и антисептики. Техника проведения зондирования полости матки. Прежде всего маточный зонд изгибают соответственно положению матки, определенному при двуручном влагалищном исследовании. После дезинфекции наружных половых органов шейку матки обнажают при помощи зеркал, влагалище и влагалищную часть шейки матки протирают спиртом. Пулевыми щипцами захватывают переднюю губу шейки матки, после чего удаляют подъемник, а зеркало передают держать ассистенту.левой рукой оперирующий пулевыми щипцами низводит и фиксирует шейку матки, а

правой рукой берет зонд так, чтобы рукоятка его свободно лежала между большим и указательным пальцами. Вводят зонд в канал шейки матки и без применения силы осторожно продвигают его в полость до дна матки. По окончании зондирования извлекают зонд, снимают пулевые щипцы и влагалищную часть шейки матки смазывают йодом. По шкале маточного зонда определяют длину полости матки. Увеличение или уменьшение ее длины указывают на патологию (аденомиоз, миома матки, гипоплазия матки и т. д.). Различная длина в области углов матки говорит об ее асимметрии. Направление движения зонда определяется положением матки: в положении *anteflexio* зонд направляется кпереди, в положении *retroflexio* - кзади. Рельеф стенок полости матки в норме гладкий, ровный. Плотная неровная поверхность, выдающаяся в полость матки, говорит о наличии субмукозной миомы. Участки мягкой консистенции подозрительны на злокачественный процесс. При аномалиях развития матки определяется перегородка в матке или двойная матка. Кровяные выделения во время зондирования или после него могут появиться из-за легкого ранения тканей, при полипозе, эндометрите или раке матки. Противопоказаниями для зондирования матки являются: острые и подострые воспалительные процессы половых органов, III-IV степень чистоты влагалища, подозрение на маточную беременность. Осложнения после процедуры: при зондировании матки можно образовать ложный ход или перфорировать ее стенку. Это может произойти, если перед зондированием не произведено влагалищное исследование и не определено положение матки, а также если введение зонда осуществлялось с усилием. Биопсия шейки матки Биопсию шейки матки врач назначает в том случае, если во время гинекологического осмотра он заметил подозрительные изменения в тканях шейки. Эта небольшая процедура позволяет определить, каковы эти изменения - доброкачественные или злокачественные. В ее процессе с поверхности шейки матки отщипывают кусочек ткани, который отправляют на лабораторное исследование.

Биопсия шейки матки

Биопсия шейки матки нужна для выявления онкологических заболеваний на ранних стадиях или других патологий, которые впоследствии могут перерасти в рак.

ВНИМАНИЕ! Процедура имеет медицинские противопоказания. Наличие или отсутствие показаний/противопоказаний, количество процедур, показанных пациенту, устанавливает врач.

Данный метод является диагностическим, проводимым по назначению лечащего врача. Нижеприведенная информация носит исключительно ознакомительно-справочный характер и не является публичной офертой. Необходима консультация врача. Забор тканей на биопсию гинеколог назначает при любых отклонениях на шейке матки, обнаруженных им во время осмотра или кольпоскопии. К таким изменениям относятся: эрозии шейки матки;

папилломы, полипы; наличие участков на слизистой с измененной окраской, которые проявляются под воздействием специальных растворов, используемых при кольпоскопии; плохой результат мазка на цитологию. Если нужно подтвердить некоторые диагнозы, такие как эндоцервицит, дисплазия шейки матки, лейкоплакия, также обязательно делают биопсию. При наличии в мазке папилломавируса и других заболеваний, передающихся половым путем, тоже берется биопсия шейки матки, так как эти вирусы могут вызвать рак шейки.

Противопоказания: это плохая свертываемость крови, воспалительный процесс на шейке или во влагалище, инфекции, передающиеся половым путем (ИППП). Биопсия, в редких случаях может привести к маточному кровотечению, поэтому пациенткам с плохой свертываемостью крови она не показана. Такое осложнение может наступить из-за того, что в шейке находится много кровеносных сосудов, и при плохой свертываемости они начинают сильно кровоточить. Женщинам, у которых этой патологии нет, во время биопсии шейки матки ничего не грозит. Перед проведением процедуры назначаются анализы на наличие ИППП. В них входят мазок и анализ крови. При выявлении таких венерических заболеваний, как гонорея, сифилис, трихомониаз, хламидиоз и др. биопсия откладывается до тех пор, пока пациентка не пройдет необходимый курс лечения и не поправится. Это же относится и к воспалительным процессам во влагалище и на шейке. Такие меры предосторожности обусловлены тем, что во время процедуры повреждается слизистая шейки, и есть риск занесения инфекции в рану, а это уже может стать причиной серьезной патологии. Способов проведения биопсии шейки матки есть несколько. Обычно во время процедуры применяют местный наркоз, но некоторые женщины вполне прекрасно ее переносят и без анестезии. В редких случаях может быть проведена общая анестезия. Самым распространенным способом считается биопсия, сделанная при помощи скальпеля. В начале специальными инструментами обнажают шейку матки, потом вводят раствор, который ее окрашивает и выделяет патологические участки. Затем один из этих очагов аккуратно вырезают - это и есть материал для исследования на гистологию. В настоящее время все большую популярность приобретает биопсия шейки матки, проведенная при помощи лазера или переменного тока. Этот способ считается менее инвазивным, но имеет один недостаток: при нем могут пострадать ткани, взятые на гистологию, что существенно повлияет на результаты анализа. После биопсии нет кровотечения и на шейке не образуются швы и спайки. Этот момент важен для тех женщин, которым еще предстоит рожать. Каким именно способом будет сделана биопсия шейки матки, решает лечащий гинеколог. Для этого он учитывает все факторы: возраст женщины, хронические заболевания, особенности физиологического состояния, размеры поражения слизистой и пр. В большинстве случаев процедуру проводят прямо в гинекологическом кабинете, но при некоторых видах биопсии может потребоваться пребывание пару дней в стационаре. Результаты биопсии шейки матки обычно готовы через две недели. В зависимости от того, что выявила

гистология, врач назначает дальнейшее лечение. Если анализ выявил атипичные клетки в слизистой, то это подтверждает дисплазию шейки матки и показывает, насколько сильно она развилась. Также результаты биопсии позволяют выявить раковые клетки, тем самым подтверждая или опровергая наличие онкологии. Достаточно часто целью биопсии является не только диагностика, но лечение некоторых заболеваний. Так при дисплазии во время процедуры пораженный участок удаляют, и весь материал отправляют в лабораторию на гистологию, дабы исключить злокачественную патологию. Последствия: кровянистые выделения, которые появляются из-за нарушения целостности слизистой. Выделения могут сопровождаться ноющей болью внизу живота. Но это вполне допустимые последствия, и они считаются нормальными для подобной процедуры. Беспокоиться женщине стоит только в том случае, если выделения не прекратились через несколько дней, а, наоборот, усилились, и если у них появился неприятный запах, который говорит о наличии инфекции. Чтобы избежать подобных осложнений, а также маточного кровотечения, женщина должна соблюдать несколько правил после проведения биопсии шейки матки. Нельзя принимать горячую ванну, посещать баню или сауну, загорать на солнце, нужно воздержаться от половой близости до заживления слизистой, не поднимать тяжести, избегать сильных физических нагрузок. Если в период реабилитации не возникает никаких осложнений, то восстановление происходит за неделю, и женщина спокойно может вернуться к своему привычному образу жизни и прежним делам.

Введение лекарственных препаратов интравагинально

Для лечения некоторых гинекологических заболеваний, бесплодия, во время беременности применяют специальный способ введения лекарственных средств - интравагинальный. Есть много лекарственных средств, которые инструкция по применению предписывает вводить интравагинально: гели, свечи, растворы для спринцевания, суппозитории, таблетки и пр.

ВНИМАНИЕ! Процедура имеет медицинские противопоказания. Наличие или отсутствие показаний/противопоказаний, количество процедур, показанных пациенту, устанавливает врач.

Данный метод является лечебным, проводимым по назначению лечащего врача. Нижеприведенная информация носит исключительно ознакомительно-справочный характер и не является публичной офертой. Необходима консультация врача. У лекарственных препаратов, которые нужно вводить интравагинально, существует своя классификация. Их условно разделяют на три группы: Лекарственные препараты непосредственно для лечения - их применяют при инфекционных и воспалительных заболеваниях женских половых органов. К ним относятся специальные вагинальные таблетки, свечи, гели, мази, эмульсии и др. Профилактические препараты - их применяют в

основном перед гинекологическими операциями. К ним относят средства для поддержания флоры внутри влагалища, которые одновременно помогают женские половые органы подготовить к инвазивному вмешательству. Существуют и вещества, помогающие предотвратить беременность или заражение инфекционными заболеваниями. Лекарственные препараты, применяемые при диагностике гинекологических заболеваний. В основном это рентгеноконтрастные вещества, которые вводятся интравагинально непосредственно перед какой-либо диагностической процедурой. Их применяют перед компьютерной томографией, во время кольпоскопии, рентгеновскими снимками. Таблетки, свечи во влагалище быстро растворяются, и начинают свое лечебное воздействие практически сразу же, как только попадают вовнутрь. Быстрое воздействие важно при лечении очагов инфекции и воспаления. Ведь если процесс вовремя не купировать, он начнет распространяться из влагалища в матку и дальше. А лекарство, введенное интравагинально, не только оказывает лечебный эффект, но и препятствует такому распространению, становясь своеобразным барьером на пути инфекции. К тому же при таком способе лечения побочные эффекты практически отсутствуют, чего нельзя сказать о других методах приема лекарственных препаратов, например, пероральных. Именно поэтому при лечении многих гинекологических заболеваний врачи назначают интравагинальное введение лекарственных средств. Врач может назначить лекарство внутривлагалищно, если: пероральный способ у женщины вызывает побочные эффекты; у пациентки в анамнезе есть заболевания, связанные с серьезными нарушениями работы печени, почек, желудочно-кишечного тракта, и другие способы введения лекарственных средств им противопоказаны. Введение лекарственных препаратов интравагинально производится в гинекологическом кресле. Процедура абсолютно безболезненная и не требует от женщины какой-либо специальной подготовки. Достаточно всего лишь соблюсти гигиену половых наружных органов и освободить мочевой пузырь. Далее врач вводит во влагалище гинекологическое зеркало. В некоторых случаях по рекомендации врача пациентке перед введением лекарственного препарата могут сделать лечебную ванночку или смазать область преддверия влагалища и промежность вазелином. Потом врач вводит нужное лекарственное средство, и ставит тампон. Тампон предотвращает вытекание лекарства. Если проводится спринцевание, то под ягодицы пациентки подставляется судно, а саму процедуру проводят теплым раствором при помощи кружки Эсмарха, которая перед применением тщательно дезинфицируется.

Забор крови для выполнения лабораторных исследований

Забор крови для выполнения лабораторных исследований представляет собой медицинскую процедуру, которая необходима для определения множества показателей, позволяющих поставить точный диагноз и выбрать грамотную тактику лечебных мероприятий.

ВНИМАНИЕ! Процедура имеет медицинские противопоказания. Наличие или отсутствие показаний/противопоказаний, количество процедур, показанных пациенту, устанавливает врач.

Данный метод является диагностическим, проводимым по назначению лечащего врача. Нижеприведенная информация носит исключительно ознакомительно-справочный характер и не является публичной офертой. Необходима консультация врача. Гемограмма – клинический анализ, для проведения которого используется капиллярная кровь. Его результаты предоставляют врачу возможность оценить общее состояние организма и определить: уровень гемоглобина; количество кровяных клеток – лейкоцитов, эритроцитов, тромбоцитов; скорость оседания эритроцитов; гематокритную величину; эритроцитарные индексы; процентное соотношение разновидностей лейкоцитов. Забор капиллярной крови производят при профилактических обследованиях для измерения концентрации глюкозы и общего холестерина. Взятие крови на исследование из вены Для выполнения анализов используют также образцы венозной крови – это позволяет получить более исчерпывающую информацию о состоянии здоровья пациента в результате проведения широкого спектра исследований, необходимых для: ежегодной диспансеризации; диагностирования инфекционных, воспалительных и злокачественных процессов; биохимического анализа; измерения основных биологических показателей – протеинов, липидов, глюкозы, ферментов, микроэлементов, электролитов; изучения уровня гормонов; оценивания иммунологического статуса. Взятие крови осуществляют в утренние часы, на голодный желудок (с момента последнего приема пищи должно пройти не менее 10-ти часов), до проведения инструментального обследования (УЗИ, КТ, МРТ, рентгенографии), физиотерапевтических процедур и выполнения других медицинских манипуляций. За сутки до процедуры пациент должен: Исключить распитие алкоголя. Отменить прием лекарственных препаратов (после согласования с лечащим врачом). Ограничить курение. Отказаться от изменения рациона питания. Избегать стрессовых ситуаций. Воздержаться от интенсивных физических нагрузок. Алгоритм взятия крови При заборе капиллярной крови медицинский специалист выполняет следующие действия: большим и указательным пальцами зажимает верхнюю фалангу 4-го пальца пациента и обрабатывает ее внутреннюю поверхность смоченной в 70% спирте стерильной салфеткой; берет скарификатор и быстрым движением совершает прокол кожных покровов; вытирает первую каплю крови сухой стерильной салфеткой и с помощью одноразовой пипетки отбирает в пробирку необходимое количество биоматериала; прижимает к месту прокола салфетку со спиртом и просит пациента подержать ее около 2-х минут. Пробу тщательно

перемешивают, маркируют и отправляют для исследования. Для взятия крови из периферической вены используются инновационные системы, в состав которых входит держатель, тонкая игла и пробирка (с вакуумом, антикоагулянт, разделительным гелем или активатором свертывания). Квалифицированная медицинская сестра подготавливает необходимый для забора биологической жидкости набор, проверяет его кодировку, срок годности, целостность упаковки и приглашает пациента. Техника отбора пробы требует выполнения следующих действий: обработки рук антисептическим средством; надевания перчаток; усаживания пациента возле манипуляционного стола на стул и фиксации его руки ладонью кверху; наложения на среднюю треть плеча жгута; обработку ватным тампоном, смоченным 70% спиртом, области локтевого сгиба; прокалывания вены вакуумной системой; взятия необходимого количества крови; отсоединения пробирки; прижатия к месту укола стерильной салфетки со спиртом и извлечения иглы. Строгое соблюдение подготовительных мероприятий и правил забора образца биоматериала обеспечивает эффективность выполнения исследований, исключает получение недостоверных данных и возникновение осложнений после процедуры.

Антропометрические исследования

Одним из методов оценки физического развития человека является антропометрия. Суть исследования заключается в измерении человеческого тела и его частей. Антропометрия –это совокупность методов и приемов измерений морфологических особенностей человеческого тела.

ВНИМАНИЕ! Процедура имеет медицинские противопоказания. Наличие или отсутствие показаний/противопоказаний, количество процедур, показанных пациенту, устанавливает врач.

Данный метод является диагностическим, проводимым по назначению лечащего врача. Нижеприведенная информация носит исключительно ознакомительно-справочный характер и не является публичной офертой. Необходима консультация врача. Ожидаемый результат: получение результатов исследований. Для измерения длины тела используют ростомер, представляющий собой вертикальную планку с нанесенной на ней сантиметровой шкалой, укрепленную на площадке. По вертикальной планке движется вверх-вниз планшет с горизонтально расположенным козырьком. Пациента ставят на площадку спиной к вертикальной стойке так, чтобы он касался стойки пятками, ягодицами, лопатками и затылком. Голова находится в таком положении, чтобы наружный слуховой проход и глаз были на одном уровне. Планшет опускают на голову. Цифры на шкале у нижнего края планшета указывают длину тела больного. Взвешивание производят на медицинских весах, правильно установленных и отрегулированных. Для регулировки грузы на верхней и нижней планках коромысла (граммы и

килограммы) ставят в нулевое положение, открывают защелку коромысла и с помощьюдвигающихся на винте балансировочных грузиков балансируют коромысло. Пациент должен становиться на площадку весов при закрытой защелке коромысла. Окружность грудной клетки измеряют мягкой сантиметровой лентой. Сзади она должна располагаться под лопатками, спереди - на уровне IV ребра. Измерение производят при спокойном дыхании, на максимальном вдохе и выдохе. Окружность живота особенно важно измерять при асците. Измерение производят утром, желательно после дефекации и освобождения мочевого пузыря. Мягкую сантиметровую ленту располагают сзади на уровне III поясничного позвонка, спереди - на уровне пупка.

Измерение артериального давления на периферических артериях

ВНИМАНИЕ! Процедура имеет медицинские противопоказания. Наличие или отсутствие показаний/противопоказаний, количество процедур, показанных пациенту, устанавливает врач.

Данный метод является диагностическим, проводимым по назначению лечащего врача. Нижеприведенная информация носит исключительно ознакомительно-справочный характер и не является публичной офертой. Необходима консультация врача.

Ожидаемый результат: получение результатов исследований. Артериальное давление – то давление, которое кровь оказывает на стенки артериальных сосудов. Это важный метод контроля за состоянием пациента. Две цифры, которые фиксируются по результатам замера, характеризуют верхнее и нижнее давление. Верхнее (систолическое) описывает уровень давления в момент максимального сокращения сердца, а нижнее (диастолическое) – в момент максимального расслабления. Измерение артериального давления – метод контроля, применяемый не только пациентами с сердечно-сосудистыми заболеваниями. Необходимо проводить замеры если у человека отмечаются: болит и/или кружится голова; отмечается тошнота; больно смотреть, тяжело сфокусировать зрение; перед глазами летают мушки; затруднение дыхания или его учащение; слабость это может свидетельствовать о снижении или повышении АД. Само по себе повышение или понижение артериального давления – это не заболевание, это симптом. И как симптом, он свидетельствует о сбоях в работе сердца или сосудов. Такое состояние нуждается в диагностике и лечении у квалифицированного врача терапевта или кардиолога (в зависимости от характера патологии). Правила измерения артериального давления: замеры делаются только после 5-минутного отдыха. Пациент находится в положении сидя, опираясь спиной на спинку стула. Его ноги расслаблены и не перекрещены. Рука находится на столе. Измерение артериального давления выполняют на правой руке, а в случае, если у пациента

разное давление в руках, то на той, где оно выше. Середина манжета тонометра должна находиться на уровне сердца. Неверное положение может приводить к неверным данным. Рекомендуется замерять давление через 1-2 часа после еды. В течение часа до замеров не следует пить кофе и другие напитки, стимулирующие кровообращение. Давление измеряют несколько раз. Среднее значение наиболее точно характеризует артериальное давление. Рекомендованная подготовка: За 2 часа до измерения не рекомендуется курить, употреблять тонизирующие напитки, кофеиносодержащие продукты и алкоголь. Все это стимулирует кровообращение и негативно отразится на результатах диагностики. После последнего приема пищи должно пройти не менее 1 часа. Мочевой пузырь и кишечник перед измерением давления желательно опорожнить. Перед началом диагностики нужно посидеть или полежать в покое от 2 до 10 мин. Поза в процессе измерения должна быть расслабленной, сидя, ноги не скрещены, не напряжены. Манжету правильно поместить на руке на одном уровне с сердцем. Пациенту необходимо молчать.

Более подробную информацию о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи предоставит квалифицированный медицинский работник, непосредственно оказывающий медицинскую услугу или вмешательство!