

PROCEDURY ZWIĘKSZONEGO RYZYKA POWIKŁAŃ  
PRYWATNEJ PRZYCHODNI LEKARSKIEJ CHEŁM ŚLĄSKI

**WYKAZ INFORMACJI DLA PACJENTA  
DO ZAPOZNANIA SIĘ PRZED PLANOWYM ŚWIADCZENIEM ZDROWOTNYM O  
ZWIĘKSZONYM RYZYKU POWIKŁAŃ**  
*obowiązujący*  
*Prywatnej Przychodni Lekarskiej*  
*w Chełmie Śląskim*  
*( opracowanie własne )*

<b>LP.</b>	<b>NAZWA ŚWIADCZENIA ZDROWOTNEGO O ZWIĘKSZONYM RYZYKU POWIKŁAŃ</b>	<b>S</b>
1	Zabieg kriochirurgii	2
2	Zabieg elektrokoagulacji	3
3	Biopsja cienkoigłowa	4
4	Biopsja skóry	5
5	Chirurgiczne pobranie materiału diagnostycznego	6
6	Chirurgiczne wycięcie zmian powierzchniowych	7
7	Chirurgiczne leczenie ran	8
8	Ultrasonografia endokawitarna : przezpochwowa / przezodbytnicza	9
9	Założenie/Usunięcie wkładki antykoncepcyjnej	10
10	Rektoskopia / Anoskopia	11
11	Elektrokardiograficzny test wysiłkowy	12
12	Echokardiograficzny test wysiłkowy	..
13	Echokardiograficzny test farmakologiczny	..
14	DRUK <b>ZGODA NA WYKONANIE PROCEDURY MEDYCZNEJ O ZWIĘKSZONYM RYZYKU POWIKŁAŃ</b>	13

## **KRIOCHIRURGIA**

Kriochirurgia jest bezkrwawą i bezpieczną metodą leczniczą, polegającą na miejscowym, kontrolowanym niszczeniu chorej tkanki przez jej zamrażanie. Konsekwencją zamrożenia tkanek jest jej destrukcja - rozpad komórek tworzących chorą tkankę, a następnie ich oddzielenie ( demarkację ) w procesach fizjologicznego gojenia. W celu uzyskania skutecznej kriodestrukcji obniżamy temperaturę tkanki poniżej 100 st.C wykorzystując ciekłe gazy np. azot, podtlenek azotu, dwutlenek węgla itp. W naszej Przychodni stosujemy urządzenia przystosowane do przechowywania i aplikacji ciekłego azotu [ „gaz szczęścia” – wdychany poprawia nastrój i rozwesela :) ]. Ciekły azot pozwala osiągnąć temperaturę mrożenia do minus 190 st.C – wg dotychczasowych opinii jest najbardziej uniwersalny i skuteczny w porównaniu z innymi kriogenami. Zależnie od preferencji operatora stosuje się różne metody zamrażania - metodę natryskową, kontaktową – aplikatory różnego kształtu lub zamrażanie za pomocą tamponów zanurzanych w kriogenie. Kriochirurgia jest metodą bezkrwawą, nie wymaga specjalnego przygotowania, dostępna w każdym wieku, również dzieci, kobiet ciężarnych, pacjentów z chorobami nowotworowymi, zaburzeniami krzepnięcia, z wszczepionymi urządzeniami elektrycznymi ( min. rozrusznikami, defibrylatorami ). W okresie poprzedzającym nie ma konieczności stosowania znieczulenia, zabieg przebiega z uczuciem miejscowego zimna, pieczenia i świądu, czasem bólu. Czas trwania zabiegu jest krótki ( kilka – kilkanaście sekund ), zależny od wielkości zmiany i sposobu aplikacji kriogenu. Zabieg jest bezkrwawy – bez naruszania ciągłości skóry. Zamrażanie tkanek minimalizuje problem zakażeń ( mikroorganizmy również ulegają kriodestrukcji ). Gojenie przebiega krótko ( w okresie 2- 3 tygodni ); wytworzona blizna po zabiegu jest płaska i elastyczna ( bezkolagenowa ) z cechami samoistnego zanikania.

### **Wskazania medyczne mających zastosowanie w Prywatnej Przychodni Lekarskiej**

#### *Dermatologia, Chirurgia Ogólna i Angiologia*

*brodawki zwykle zwane potocznie kurczakami; włókniaki; naczylniaki; brodawki łojotokowe tzw. starcze stany przednowotworowe (rogowacenie posłoneczne i inne); niektóre raki skóry; kłykciny kończyste w obrębie narządów płciowych i odbytu; odciski; tatuaże; nadmierne owłosienie; naczylniaki; rozszerzone naczynia krwionośne;*

#### *Ginekologia*

*Szyjka macicy :*

*Ektopia gruczołowa ( nadżerka ); Ektopia z łatwym krwawieniem urazowym; Ektopia ze współistniejącym stanem zapalnym; Brodawczak płaskonabłonkowy; Ektopia doczesnowa; Nieprawidłowe obrazy kolposkopowe (poletkowanie, punkcikowanie, nietypowa strefa regeneracji) towarzysząca metaplastyce płaskonabłonkowej z negatywnym wynikiem badania cytologicznego i histologicznego; Niepoddające się leczeniu procesy zapalne szyjki macicy z typowym nabłonkiem płaskim; Torbiele Nabotha; Endometrioza szyjki macicy*

*Srom i pochwa:*

*Brodawczaki lub kłykciny; zmiany nabłonkowe nienowotworowe;*

## **ELEKTROKOAGULACJA**

*Elektrokoagulacja jest metodą leczenia zabiegowego stosowaną w różnych dziedzinach medycyny. W Naszej Przychodni jest wykorzystana przez dermatologów, chirurgów i ginekologów.*

***Metoda** polega na zastosowaniu prądu wysokiej częstotliwości przepływającego przez ciało z wykorzystaniem zjawiska ługu elektrycznego w miejscu przyłożenia aplikatora ( odpowiedniej końcówki ). W celu przygotowania pacjenta do zabiegu zakłada się jedną płaską elektrodę na skórę, z zapewnieniem pełnego, ścisłego przylegania; druga końcówka stanowi kulistą elektrodę - narzędzie lecznicze. Biologicznym skutkiem oddziaływania przepływu prądu jest wytworzenie wysokiej temperatury , prowadzącej do uszkodzenia tkanek, odparowania wody oraz koagulacji białek. Zabieg elektrokoagulacji poprzez uszkodzanie tkanek może wywoływać ból – w niektórych zakresach zaleca się stosowanie znieczulenia. W zabiegach dermatologicznych stosuje się znieczulenie miejscowe.*

***Objawy niepożądane** - zdarzają się one rzadko, a przebieg zabiegu oraz proces zdrowienia przebiega najczęściej łagodnie – **bezpośrednie** obejmujące obrzęk, rumień, stwardnienie, zasinienie oraz ból; **późne** do których należą miejscowe infekcje, przebarwienia, odbarwienia, blizny zanikowe oraz przerosty.*

***Przeciwwskazaniami** do przeprowadzenia zabiegu elektrokoagulacji są: zły stan ogólny pacjenta, ostre infekcje, wszczepiony rozrusznik serca, kardiodefibrylator, zaburzenia krzepnięcia, ciąża, brak zgody i współpracy ze strony pacjenta;*

### **Wskazania medyczne realizowane w Prywatnej Przychodni Lekarskiej**

#### **Dermatologia :**

*brodawki zwykłe, brodawki łojotokowe i wirusowe, włókniaki, naczyńniaki, rozszerzone naczynia włosowate oraz usuwanie zbędnego owłosienia*

#### **Chirurgia i Angiologia :**

*naczyńniaki , rozszerzone naczynia włosowate*

#### **Ginekologia :**

*nadżerki szyjki macicy, zmiany w obrębie szyjki, pochwy i sromu*

### **BIOPSJA CIENKOIGŁOWA; PUNKCJA ASPIRACYJNA**

*Biopsja aspiracyjna cienkoigłowa ślepa lub celowana z oceną cytologiczną pobranego materiału ( brak możliwości oceny histopatologicznej ) z ewentualną aspiracją zawartości torbieli oznacza nakłucie powierzchownie położonych narządów ( tarczyca, ślinianki, węzły chłonne, sutek, skóra i inne ) cienką igłą ( o średnicy zewnętrznej 0.4 – 0.6 mm). W sytuacji zmian niewyczuwalnych palpacyjnie badanie to wykonuje się w sposób celowany pod kontrolą obrazu ultrasonograficznego (USG). Zmiany patologiczne wyczuwalne palpacyjnie nie wymagają bezwzględnej kontroli ultrasonograficznej. Badanie pozwala na postawienie rozpoznania cytologicznego, dzięki czemu można ostatecznie zaplanować leczenie - określić konieczność wykonania zabiegu operacyjnego lub innego postępowania zachowawczego.*

*Biopsja cienkoigłowa i okres po zabiegu nie wymaga znieczulenia miejscowego. Czas wklucia igły jest krótki i można porównać do wykonania iniekcji podskórnej. Zabieg biopsji wykonuje się w warunkach ambulatoryjnych; nie jest wymagane specjalne przygotowanie; zaleca się ograniczenie w przyjmowaniu posiłków i płynów na ok 4 godziny przed planowanym badaniem; może być wykonane u pacjentów obciążonych innymi chorobami; nie ma konieczności bezwzględnego odstawiania leków w tym leków wpływających na krzepnięcie krwi – wymaga jednak indywidualnego omówienia kilka dni przed planowanym badaniem .*

*Wykaz leków wpływających na układ krzepnięcia krwi obejmuje niżej wymienione preparaty : aspiryna ( polocard, acard, bestpiryna, aspiryna), leki przeciwzapalne ( Diklofenc, Naproxen, itd. ), aklotyna (Aclotin, Ticlo ), klopidogrel ( np. Plavix ), heparyny, warfin, acenocumarol, dabigatran;*

*Przeciwwskazaniem do biopsji są miejscowe zmiany skórne – zapalne, bakteryjne lub grzybicze; Spotykane opinie wśród pacjentów dt „rozsiewu” zmian nowotworowych nie znajdują potwierdzenia w piśmiennictwie, a również w praktyce lekarskiej. W czasie badania wymagana jest pełna współpraca lekarza i pacjenta - zachowanie spokoju, bez wykonywania niespodziewanych ruchów i gestykulowania rękami, mówienia itp. Wskazane jest bezwzględne wykonywanie poleceń personelu medycznego. Powikłania po biopsji cienkoigłowej zdarzają się niezmiernie rzadko. W miejscu wklucia może wystąpić krwiak, przy nakłuciu tarczycy przejściowa chrypka, bezgłos.*

*Harmonogram przygotowania pacjenta do badania obejmuje :*

- zapoznanie się z informacją o badaniu przekazaną ustnie przez lekarza, przeczytaniu informacji pisemnej, wyrażeniu pisemnej zgody na wykonanie badania*
- potwierdzenie terminu badania*
- w dniu badania w przypadku biopsji celowanej wykonane jest powtórne badanie ultrasonograficzne z określeniem lokalizacji zmian do biopsji ( jednocześnie można wykonać 3-5 nakłuć )*
- po dezynfekcji skóry nakłuwa się skórę nad zmianą i poprzez kilkusekundową manipulację igłą pobiera się materiał do badania cytologicznego*
- obecne torbiele aspiruje się powodując ich opróżnienie, istnieje możliwość zastosowania środków obliterujących ( alkohol etylowy )*
- ponowna dezynfekcja miejsca nakłucia oraz ok. 5 minutowy opatrunek kompresyjny ( uciskowy ), w uzasadnionych klinicznie przypadkach dłuższy.*
- do 3 tygodni od badania będzie dostępna informacja o wyniku badania, który należy odebrać w wyznaczonym terminie w godzinach pracy lekarza kwalifikującego do badania*

*Warunki prowadzenia badania biopsji w PPL*

- badanie wykonuje się w Gabinetce Zabiegowo-Diagnostycznym lub Pracowni USG*
- biopsję wykonują przygotowani merytorycznie i praktycznie lekarze*
- ocena histopatologiczna prowadzona jest przez doświadczonych anatomopatologów*

## **BIOPSJA SKÓRY**

*Badanie polega na pobraniu wycinka (biopsji) skóry z miejsca - w ocenie klinicznej - zmienionego chorobowo lub/i pozornie zdrowego. Pobrany materiał po odpowiednim przygotowaniu można poddać ocenie histologicznej, immunohistologicznej lub ultrastrukturalnej pod mikroskopem (światłowym, fluorescencyjnym, ewentualnie elektronowym).*

*Badanie wykonuje się w celu rozpoznawania stanów przedrakowych skóry, nowotworów skóry, dermatoz o swoistym obrazie histologicznym przy często niecharakterystycznym obrazie klinicznym i chorób skóry o podłożu autoimmunologicznym. Wycinki do badań immunohistochemicznych pobiera się również w celu prognostycznym (rokowanie, stadium choroby, monitorowanie leczenia, badanie kontrolne).*

*WSKAZANIA : Nowotwory skóry (z wyjątkiem czerniaka). Stany przedrakowe skóry. Choroby tkanki łącznej (kolagenozy). Choroby pęcherzowe. Porfiria późna skóry. Zapalenia naczyń na tle immunologicznym. Złośliwe rozrosty limforetikularne (chłoniaki skóry). Inne choroby skóry o charakterystycznym obrazie histologicznym (np. łuszczyca, przyłuszczyce, liszaj płaski). Badanie jest wykonywane na zlecenie lekarza*

*SPOSÓB PRZYGOTOWANIA DO BADANIA. Nie ma specjalnych zaleceń. Nie ma bezwzględnej konieczności wykonywania wcześniej innych badań. Badanie wykonuje się w znieczuleniu miejscowym*

*OPIS BADANIA W przypadku pobierania wycinków z twarzy lub kończyn górnych chory siedzi; przy pobieraniu wycinków z tułowia, kończyn dolnych pacjent leży. Przed wykonaniem biopsji badane miejsce na skórze znieczula się przy pomocy zastrzyku lignokainy. Wycinek pobiera się zwykłym skalpelem lub wycinakiem o średnicy 4-6 mm. Do badań histopatologicznych biopsja powinna obejmować zmianę chorobową i wąski odcinek skóry otaczającej. Nie pobiera się wycinka z miejsc objętych martwicą z dna owrzodzenia czy strupa, ponieważ te elementy nic nie wnoszą do rozpoznania. Do badania immunohistochemicznego (immunomorfologicznego) wycinki pobiera się zwykle z bardzo wczesnych zmian chorobowych. Jednakże, w przypadku podejrzenia choroby pęcherzowej, wycinki pobierane są z otoczenia zmian rozpoznaniu choroby tkanki łącznej wycinki pobierane są ze skóry niezmienionej (zdrowej) narażonej na działanie promieni słonecznych (z grzbietu ręki), natomiast w celach prognostycznych ze skóry osłoniętej od działania promieni słonecznych (z pośladka). Po wykonaniu biopsji zakłada się opatrunek ze spongostanem, który zapobiega krwawieniu. Biopsję z miejsc silnie krwawiących (wargi, żołądź), biopsję głęboką i wycięcie zmiany podejrzonej o czerniak złośliwy pobiera się w znieczuleniu miejscowym, nakłuwając igłą miejsce wycięcia i wstrzykując kilkakrotnie 1% lub 2% roztwór lignokainy (nazywa się to ostrzykiwaniem). Następnie, w miejscu pobrania wycinka tkanki zakłada się szwy. Pobrany materiał biopsyjny podlega odpowiedniemu opracowaniu technicznemu w laboratorium (zatopieniu w parafinie lub zamrożeniu w ciekłym azocie, skrawaniu, barwieniu różnymi metodami) i dokładnej ocenie mikroskopowej zmian. Wynik badania histopatologicznego można uzyskać po 10-14 dniach, a badania immunohistochemicznego zwykle w ciągu 7 dni. W szczególnych sytuacjach możliwe jest uzyskanie wyniku histopatologicznego już po 20-30 minutach i immunohistochemicznego po 3 godzinach.*

*Wynik badania przekazywany jest w formie opisu. Badanie trwa zwykle od kilku do kilkunastu minut*

*INFORMACJE, KTÓRE NALEŻY ZGŁOSIĆ WYKONUJĄCEMU BADANIE Przed badaniem -aktualnie przyjmowane leki (zwłaszcza leki przeciwkrzepliwie i wydłużające czas krwawienia), skłonność do krwawień (skaza kwotoczna). W czasie badania -wszelkie nagłe dolegliwości (silny ból, osłabienie). Po badaniu – zabiegu : opatrunek w miejscu biopsji powinien pozostać 3-4 dni, o ile osoba pobierająca materiał do badania nie zaleci inaczej. Niekiedy istnieje konieczność zdjęcia po kilku dniach założonych uprzednio szwów.*

*POWIKŁANIA Praktycznie powikłania nie występują. Wyjątkowo rzadkim powikłaniem jest krwawienie z miejsca wycięcia i infekcja skóry, które nie wymagają na ogół interwencji lekarskiej. Badanie może być powtarzane wielokrotnie. Wykonywane jest u pacjentów w każdym wieku, a także u kobiet ciężarnych.*

**ZABIEG CHIRURGICZNY  
POBRANIA MATERIAŁU DIAGNOSTYCZNEGO**

Badanie polega na pobraniu wycinka lub biopsji skóry z miejsca - w ocenie klinicznej - zmienionego chorobowo lub/i pozornie zdrowego. Pobrany materiał po odpowiednim przygotowaniu można poddać ocenie histopatologicznej; Badanie wykonuje się na pisemne zlecenie lekarza w celu rozpoznawania stanów przedrakowych skóry, nowotworów skóry, dermatoz o swoistym obrazie histologicznym przy często niecharakterystycznym obrazie klinicznym i chorób skóry o podłożu autoimmunologicznym.

Wskazania do zabiegu : Nowotwory skóry (z wyjątkiem czerniaka); Stany przedrakowe skóry; Choroby tkanki łącznej (kolagenozy). Choroby pęcherzowe; Porfiria późna skóry; Zapalenia naczyń na tle immunologicznym; Złośliwe rozrosty limforetikularne (chłoniaki skóry). Inne choroby skóry o charakterystycznym obrazie histologicznym (np. łuszczyca, przyłuszczyce, liszaj płaski);

Przygotowanie pacjenta nie wymaga specjalnego postępowania. Zabieg należy do grupy zabiegów o niskim ryzyku i nie ma bezwzględnej konieczności wykonywania badań dodatkowych. Wymagana jest pełna informacja dt stosowanych leków, pełny wywiad chorobowy ze szczególnym uwzględnieniem informacji w zakresie schorzeń zakaźnych np. wzw B; wzw C, HIV itp.

Metodyka wykonania. Biopsję lub pobranie wycinka skóry wykonuje się w warunkach ambulatoryjnych; Biopsja lub pobranie wycinka skóry wymaga znieczulenia miejscowego. Zabieg trwa ok. 5-10 min, wykonywany jest w warunkach gabinetu zabiegowego, przez lekarza chirurga. Nie jest wymagane specjalne przygotowanie; zaleca się ograniczenie w przyjmowaniu posiłków i płynów na ok. 4 godziny przed planowanym badaniem; zabieg może być wykonany u pacjentów obciążonych innymi chorobami; istnieje konieczność bezwzględnego odstawiania leków wpływających na krzepnięcie krwi – wymaga to jednak indywidualnego omówienia kilka dni przed planowanym badaniem. Wykaz leków wpływających na układ krzepnięcia krwi obejmuje niżej wymienione preparaty : aspiryna ( polocard, acard, bestpiryn ), leki przeciwzapalne ( Diklofenc, Naproxen, itd. ), aklotyna (Aclotin, Ticlo ), klopidogrel ( np. Plavix ), heparyny, warfin, acenocumarol, dabigatran;

Przeciwwskazaniem do biopsji lub pobrania wycinka skóry są miejscowe zmiany zapalne bakteryjne lub grzybicze; W czasie badanie wymagana jest pełna współpraca lekarza i pacjenta - zachowanie spokoju, bez wykonywania niespodziewanych ruchów i gestykulowania rękami, mówienia itp. Wskazane jest bezwzględne wykonywanie poleceń personelu medycznego.

Badanie – zabieg wykonuje się w pozycji siedzącej lub leżącej z zastosowaniem znieczulenia miejscowego. Przed wykonaniem biopsji lub pobrania wycinka skóry miejsce na skórze znieczula się w formie ostryknięć podskórnych lignokainą. Wycinek pobiera się sterylnymi narzędziami chirurgicznymi ( min. skalpelem ) lub wycinakiem o wymiarach dostosowanych do wielkości pobieranej zmiany..

Po wykonaniu biopsji zakłada się opatrunek ze spongostanem ( zapobiega krwawieniu ); w miejscu pobrania wycinka tkanki zakłada się szwy. Pobrany materiał biopsyjny podlega odpowiedniemu utrwaleniu w roztworze formaliny i przekazany w do pracowni histopatologicznej. Okres oczekiwania na wynik szacuje się na 14-21 dni; Opatrunek w miejscu biopsji powinien pozostać 3-4 dni, o ile osoba pobierająca materiał do badania nie zaleci inaczej. Niekiedy istnieje konieczność zdjęcia po kilku dniach założonych uprzednio szwów.

Powikłana po biopsji lub pobraniu wycinka skóry zdarzają się niezmiernie rzadko. Wyjątkowo rzadkim powikłaniem jest krwawienie z miejsca wycięcia lub infekcja skóry; W okresie pozabiegowym zaleca się ograniczenie aktywności ruchowej ze szczególnym uwzględnieniem okolicy badanej, unikanie moczenia opatrunku, kąpieli itp.

Przeciwwskazania: brak zgody pacjenta; brak współpracy ze strony pacjenta, miejscowe bakteryjne zapalenie skóry; zaburzenia krzepnięcia krwi, brak współpracy.

**ZABIEG CHIRURGICZNY  
WYCIĘCIA ZMIAN POWIERZCHOWNYCH**

Zabieg chirurgiczny w zakresie tzw. „małej chirurgii” polega na chirurgicznym wycięciu zmian powierzchniowych z zastosowaniem znieczulenia miejscowego. Pobrany materiał po odpowiednim przygotowaniu można poddać ocenie histopatologicznej; Zabieg wykonuje się po medycznej kwalifikacji i wyrażeniu pisemnej zgody przez pacjenta lub jego prawnego opiekuna;

Wskazania do zabiegu obejmują : wrastające paznokcie; włókniaki; tłuszczaki; brodawki; żółtaki ( kępkki żółte) ; keloidy ( blizny przerosłe ); pieprzyki; znamiona, zmiany przednowotworowe i ponowotworowe; naczylniaki; czyraki; ropnie; usunięcie ciała obcego;

Przygotowanie pacjenta nie wymaga specjalnego postępowania. Zabieg należy do grupy zabiegów o niskim ryzyku i nie ma bezwzględnej konieczności wykonywania badań dodatkowych. Wymagana jest pełna informacja dt stosowanych leków, pełny wywiad chorobowy ze szczególnym uwzględnieniem informacji w zakresie schorzeń zakaźnych np. wzw B; wzw C, HIV itp.

Metodyka wykonania. Wycięcie zmian skórnych wymaga znieczulenia miejscowego. Zabieg trwa ok 15-30 min, wykonywany jest w warunkach gabinetu zabiegowego przez lekarza chirurga. Przed zabiegiem zaleca się ograniczenie w przyjmowaniu posiłków i płynów na ok 4 godziny przed planowanym badaniem; Zabieg może być wykonany u pacjentów obciążonych innymi chorobami; istnieje konieczność odstawiania lub ograniczenia leków wpływających na krzepnięcie krwi – wymaga to jednak indywidualnego omówienia kilka dni przed planowanym badaniem. Wykaz leków wpływających na układ krzepnięcia krwi obejmuje niżej wymienione preparaty : aspiryna ( polocard, acard, bestpiryn ), leki przeciwzapalne ( Diklofenc, Naproxen, itd. ), aklotyna (Aclotin, Ticlo ), kłopidogrel ( np. Plavix ), heparyny, warfin, acenocumarol, dabigatran;

Przeciwwskazaniem względnym są miejscowe zmiany – zapalne, bakteryjne lub grzybicze; W czasie badania wymagana jest pełna współpraca lekarza i pacjenta - zachowanie spokoju, bez wykonywania niespodziewanych ruchów i gestykulowania rękami, mówienia itp. Wskazane jest bezwzględne wykonywanie poleceń personelu medycznego. Badanie – zabieg wykonuje się w pozycji siedzącej lub leżącej z zastosowaniem znieczulenia miejscowego. Przed wykonaniem zabiegu wycięcia miejsce na skórze znieczula się ostrykując podskórną lignokainą. Zmianę usuwa się poprzez jej szerokie i głębokie wycięcie sterylnymi narzędziami chirurgicznymi ( min. skalpel ).

Końcowym elementem zabiegu jest zabezpieczenie przed krwawieniem i założenie szwów, które usuwa się w zależności od procesów gojenia w 7-10 dniu po zabiegu. Wycięty materiał biologiczny podlega odpowiedniemu utrwaleniu w roztworze formaliny i przekazany w do pracowni histopatologicznej. Okres oczekiwania na wynik szacuje się na 14-21 dni;

Powikłana po biopsji lub pobraniu wycinka skóry zdarzają się niezmiernie rzadko: ból okolicy poddanej leczeniu chirurgicznemu łagodzony standardowymi preparatami p/c bólowymi np. p.aracetamol; krwawienie z miejsca cięcia; infekcja bakteryjna rany pozabiegowej;

Celem ograniczenia powikłań zaleca się po zabiegu unikania naciągania skóry w miejscu ingerencji chirurgicznej, moczenia opatrunku i zbyt gwałtownych ruchów. Blizna z czasem się zmniejsza i zblednie; Zaleca się unikanie ekspozycji na światło słoneczne przez ok. 6 miesięcy;

Przeciwwskazania: brak zgody pacjenta; brak współpracy, miejscowe bakteryjne zapalenie skóry; zaburzenia krzepnięcia krwi; ostre stany infekcyjne i inne istotne nagłe zachorowania;



## PROCEDURY ZWIĘKSZONEGO RYZYKA POWIKŁAŃ PRYWATNEJ PRZYCHODNI LEKARSKIEJCHELM ŚLĄSKI

### ZABIEG CHIRURGICZNEGO LECZENIA RAN

Rana jest to uszkodzenie ciągłości skóry, a często również głębszych tkanek lub narządów na skutek urazu mechanicznego. Istnieją również rodzaje ran, które powstają w wyniku procesów chorobowych – odleżyny, owrzodzenie na tle zespołu pozakrzepowego, na tle zespołów niedokrwienych, na tle zakażeń skóry; Rana w zależności od mechanizmu jej powstania wymaga odpowiedniego zaopatrzenia. Nie wszystkie rany wymagają szycia chirurgicznego, jednak wszystkie powinny być odpowiednio zaopatrzone. Pierwszym krokiem powinno być zatamowanie krwawienia, najczęściej poprzez sterylny gazik oraz silny ucisk na ranę. Ponadto każdą ranę należy przed zaopatrzeniem chirurgicznym dezynfekować oraz oczyścić z ciał obcych, tak aby nie doszło do zakażenia. Czasami konieczne jest również szycie rany, czyli założenie szwów. Założenie szwów umożliwia szybsze gojenie się rany oraz skutkuje lepszym efektem kosmetycznym. Rany, w zależności od cech, można podzielić na kilka rodzajów. Podstawowy podział uwzględnia rany proste - wówczas uszkodzone są tylko powłoki, oraz rany złożone - są to rany głębsze, w wyniku których dochodzi do uszkodzenia nerwów, mięśni, narządów wewnętrznych, ścięgien lub naczyń. Podział ran w zależności od skażenia : rany czyste - są to rany powstałe w czasie operacji; rany skażone - to rany pourazowe oraz powstałe w trakcie operacji przewodu pokarmowego; rany zakażone - to sytuacja, kiedy już w czasie rozpoczęcia leczenia rana wykazuje cechy zapalenia. Wg mechanizmu powstawania: rany cięte - najczęściej powstają w wyniku działania ostrego przedmiotu – noża, ostrza – wtedy rana ma równe brzegi, obficie krwawi, jednak goi się dobrze; jeżeli nie dojdzie do zakażenia, to powierzchowna rana cięta jest typem rany, który goi się najlepiej, co wynika z braku uszkodzenia tkanek sąsiadujących z raną; rany klute - składają się z otworu wklucia i kanału; rany postrzałowe - zadane pociskiem z broni palnej, odlamkiem bomby lub miny; mają otwór wlotowy, kanał i otwór wylotowy; rana wlotowa jest mała, zabrudzona, z rąbkami otarcia naskórka, rana wylotowa jest duża i poszarpana; rany tłuczone - powstają w wyniku działania tępego przedmiotu; oprócz przerwania ciągłości skóry dochodzi do zmiążdżenia tkanek przyległych do rany, co może grozić komplikacjami; okolica jest obrzęknięta, krwawienie jest mniejsze niż w ranach ciętych; zmiążdżone tkanki ulegają martwicy, martwe tkanki muszą zostać wchłonięte i wypełnione tkanką bliznowatą; proces gojenia takiej rany jest długi i zagrożony infekcją; rany szarpane - zadane narzędziem tnącym o nierównych krawędziach, stycznie do powierzchni ciała; brzegi są nierówne i poszarpane; rany kątane - goją się bardzo źle ze względu na zakażenie; rany rąbane - zadane ciężkim narzędziem tnącym, np. siekierą; dochodzi do uszkodzenia struktur wewnętrznych; rany termiczne - powstają w wyniku oparzenia, np. wrzątkiem, ogniem, lub odmrożenia; rany chemiczne – powstałe w wyniku oparzenia kwasami i zasadami. Wszystkie tkanki, w tym skóra, mają zdolność do samoistnej regeneracji – samoistny proces gojenia ran, z którym wiąże się ryzyko dłuższego procesu co sprzyja jej zakażeniu oraz tworzenia się nieokreślonej blizny. Proces gojenia rany: - rychłozrost – zbliżone brzegi rany sklejają się, odtwarza się ciągłość skóry, powstaje linijna blizna. Jest to najbardziej korzystny sposób gojenia ran. Goją się w ten sposób rany czyste i prawidłowo zszyte. - ziarninowanie - dłuższy proces leczenia i ma miejsce wtedy, gdy nie doszło do pierwotnego zamknięcia rany. W dniu rany powstaje ziarnina z wrastających naczyń krwionośnych. Ziarnina jest podłożem do regeneracji skóry i naskórka, który narasta z brzegów rany na ziarninę. Takie gojenie rany wymaga bieżącego zaopatrywania medycznego. W tym przypadku czas leczenia znacznie się wydłuża, istnieje ryzyko wytworzenia się nieokreślonej blizny, przebarwień skóry. Ten sposób gojenia się ran ma zastosowanie w przypadku ran zanieczyszczonych, niezaopatrzonych we właściwym terminie, tłuczone, szarpane i inne.; - gojenie pod strupem – dotyczy uszkodzeń termicznych i powierzchownych skóry. W celu skrócenia czasu leczenia, ograniczenia zagrożenia zakażeniem oraz innych następstw zaleca się ingerencję zabiegową – w najkrótszym z możliwych opracowanie ran : oczyszczenie, zatamowanie krwawienia, dezynfekcja, zamknięcie rany w tym min. szycie, opatrunek, profilaktyka antybakteryjna, leczenie p/c bólowe, szczepienia ochronne; Następstwem leczenia ran jest powstanie, zależnych od indywidualnych skłonności, blizn (wygładzeniem naskórka, brakiem włosów i gruczołów łojowych, brakiem włókien elastycznych), krwawienia, krwaków, ropni, bliznowców czy ewentualnie rozejście się rany. Szycie rany to zabieg polegający na zbliżaniu do siebie brzegów przeciętych tkanek - cel ułatwienia szybszego gojenia i ponownego zespolenia ich w jednolitą strukturę. Rana podlega wstępnemu opracowaniu : oczyszczeniu, dezynfekcji, zatrzymaniu krwawienia, badaniu rany z określeniem zakresu uszkodzenia tkanek głębszych w szczególności naczyń, nerwów, ścięgien i innych w zależności od lokalizacji. Szycie ran jest zabiegiem, konieczne jest użycie jałowych narzędzi. Zwykle do szycia ran używa się: imadła, pęsety chirurgicznej z ząbkami, nożyczek, skalpela z ząbkami, kleszczyków hemostatycznych. Następnie lekarz zakłada szwy, zszywki lub w inny sposób zajmuje się raną. Do połączenia tkanek stosuje się : nici wchłaniane - używane głównie do szycia głębiej położonych tkanek, nie wymagają ściągnięcia; Nici niewchłaniane - używane głównie do szycia skóry, konieczne jest ich ściągnięcie; staplery, czyli aparaty do zszywania mechanicznego( zszywki wymagają usunięcia); plastry zbliżające brzegi rany – stosowane przy małych, niegłębokich ranach; Igły ze względu na kształt przekroju ostrza dzielą się na dwa rodzaje: okrągłe - wykorzystywane są do szycia kruchych tkanek, jak wątroba, żółdek; trójkątne - wykorzystywane są do szycia skóry i ścięgien. Metody szycia : Szywy węzłkowe wykonuje się przez wklucie igły po obu brzegach rany, w drugim etapie wykonywany jest węzeł. Jest to najbardziej odpowiednia metoda do szycia ran urazowych. Szycie ciągłe polega na kolejnym przeciąganiu nici przez całą długość rany, a na końcu wykonuje się węzełek. Przed założeniem szwów podaje się znieczulenie podskórne lub blokadę nerwu. W niektórych rodzajach ran m.in. w ranach pourazowych, które zwykle mają charakter rany tłuczonej i często są skażone nie zamyka się szczelnie – konieczne zapewnienie odpływu wydzieliny, czasem założenia drenażu ( tzw. sączek ). Po zszyciu rany zakładany jest jałowy opatrunek, który wymaga wymiany zgodnie z zaleceniem lekarza; W okresie pozabiegowym wymagane jest ograniczenie nadmiernej aktywności, zastosowanie środków przeciwbólowych oraz ewentualnej antybiotykoterapii empirycznej. Każde przerwanie ciągłości skóry na skutek przypadkowego urazu, wypadku wymaga oceny z uwzględnieniem potencjalnego skażenia bakteryjnego w tym profilaktyki p/c tęczowej. Wskazanie do szczepienia profilaktycznego zgodnie z kalendarzem szczepień; Rana kątana wymaga oceny w zakresie potrzeby szczepienia p/c wścieklicznie. Okres leczenia kończy proces usunięcia szwów - zdejmowanie szwu polega na uniesieniu pęsetą umieszczonego na skórze fragmentu nici, przecięciu go obok węzła i wyciągnięciu go ze skóry. Zabieg raczej nie jest bolesny. Jeżeli użyte zostały szwy wchłaniane, nie wymagają one usuwania. Termin usuwania szwów uzależniony jest od lokalizacji rany i naprężenia skóry w danym miejscu. Po usunięciu szwów blizna nadal się rozwija. W ciągu trzech miesięcy pojawia się w tym miejscu zaczerwieniona wypukłość. Następnie spłaszczy się i rozjaśni. U osób chorych na cukrzycę lub z chorobą naczyń obwodowych gojenie ran może trwać dłużej i większe jest ryzyko infekcji. Poza tym pojawienie się infekcji jest większe przy ranach skażonych, tłuczonych, kątanych. O konieczności podania szczepionki i antybiotyków decyduje lekarz. W okresie pozabiegowym wskazane jest ograniczenie nadmiernej aktywności miejsc leczonych – proces gojenia i wytworzenia odpornej blizny trwa kilka miesięcy. Powikłania : zakażenie rany ( ból rany oraz tkanek otaczających; zaczerwienienie brzegów rany; gorączka; nieprawidłowy wysięk z rany) – konieczny kontakt z lekarzem; rozejście rany - powodem może być zakażenie rany, zaburzenia hemostazy, niedokrwienie brzegów rany, nieprawidłowe wykonanie szycia, podeszły wiek chorego, nieprzestrzeganie zaleceń po zabiegowych, zwiększone ryzyko u pacjentów otyłych, w grupie schorzeń metabolicznych i naczyniowych; keloid - skłonności osobnicze.



PROCEDURY ZWIĘKSZONEGO RYZYKA POWIKŁAŃ  
PRYWATNEJ PRZYCHODNI LEKARSKIEJ CHEŁM ŚLĄSKI

**BADANIE ULTRASONOGRAFICZNE  
WYKONYWANE  
METODĄ PRZEPPOCHWOWĄ / PRZEZODBYTNICZĄ**

*Badanie diagnostyczne oparte na emisji ultradźwięków jest od kilkadziesiąt lat wykorzystywane w medycynie, zyskując sobie zaufanie lekarzy i pacjentów. Metoda powszechnie dostępna, najczęściej wykorzystywana do obrazowania struktur anatomicznych we wszystkich dziedzinach medycyny. W ginekologii, urologii ultrasonografia wykorzystywana jest do obrazowania narządów miednicy małej ( narząd rodny – macica, jajniki; pęcherz moczowy, gruczoł krokowy). Najczęściej stosuje się technikę przez powłoki brzuszne, jednak uzyskanie obrazów czytelnych diagnostycznie dość często jest utrudnione. W tak mało sprzyjających okolicznościach ma zastosowanie technika - przezpochwowa lub przezodbytnicza. Uzyskane obrazy narządów miednicy małej są bardziej dokładne, pozwalają na ich bardziej szczegółową ocenę. Stosowane do tego celu sondy usg odpowiedniego kształtu zapewniają szerokokątny obraz, zaś bliskość narządów oraz wysoka częstotliwość emitowanej fali ultradźwiękowej pozwalają na precyzyjne obrazowanie – co przekłada się niejednokrotnie na wczesne rozpoznawanie chorób.*

*Pacjent kierowany do badania przezpochwowego lub przezodbytniczego wymaga jedynie odpowiedniego przygotowania higienicznego. Badanie wykonywane jest w pozycji leżącej na plecach lub na lewym boku. Zabezpieczoną jednorazową osłonką sondę o średnicy 15-20mm wprowadza się do pochwy lub odbytu. Odpowiednie manipulacje pozwalają na pełną ocenę w/w narządów. Badanie trwa ok 20 minut.*

*Wskazania ginekologiczne:*

- ocena płodu; ocena jajników; ocena macicy; ocena endometrium i jajeczkowania

*Wskazania urologiczne:*

- ocena gruczołu krokowego; ocena pęcherza moczowego

*Przeciwwskazania:*

- brak zgody pacjenta

*Powikłania:*

- brak

## ZABIEG ZAŁOŻENIA / USUNIĘCIA WKŁADKI ANTY-KONCEPCYJNEJ

Aplikacja wkładki wewnątrzmacicznej polega na umieszczeniu jej w jamie macicy drogą pochwową. Wkładka wewnątrzmaciczna ma najczęściej kształt litery T, litery S albo spirali. Zbudowana jest z trzonu i odchodzących od niego ramion. Spirala antykoncepcyjna produkowana jest z polichlorku winylu oraz innych substancji obojętnych biologicznie dla organizmu kobiety oraz wyróżniających się znaczną elastycznością. W celu zwiększenia skuteczności wkładka powleczone jest jonami miedzi, srebra, złota lub platyny. Stosowanie wkładek wewnątrzmacicznych jest jedną z metod antykoncepcji. Wśród innych metod są – metody naturalne (min. Metoda LAM, Kalendarzyk małżeński, Metoda Billings); - metody mechaniczne (min. prezerwatywy, błony dopochwowe); - metody chemiczne (środki plemnikobójcze); - antykoncepcja hormonalna (preparaty hormonalne – tabletki, plastry, zastrzyki). Skuteczność antykoncepcji określa wskaźnik Pearl – im jest on niższy, tym dana metoda lepsza. Dla metod naturalnych – 0,5-40; dla metod mechanicznych 2-20; dla antykoncepcji hormonalnej 0,1-0,3;

Większość wkładek wewnątrzmacicznych nasycona jest solami baru, dzięki czemu są widoczne na zdjęciach RTG w razie diagnostyki obrazowej. Jak potwierdzają badania naukowe, stosowanie wkładki wewnątrzmacicznej nie zwiększa ryzyka rozwoju raka trzonu i szyjki macicy. Spirale antykoncepcyjną należy zakładać w pierwszej połowie cyklu miesięczkowego, a usuwać podczas menstruacji. Antykoncepcja wewnątrzmaciczna jest polecana kobietom, które już rodziły. Spirale wewnątrzmaciczną zaleca się kobietom nieplanującym już ponownego zajścia w ciążę. Nie zaleca się tej metody w przypadku kobiet młodych, nieposiadających potomstwa lub miesiączkujących obficie i boleśnie.

Mechanizm działania spirali wewnątrzmacicznej jest złożony. Wkładka wewnątrzmaciczna umieszczona w organizmie kobiety uważana jest za ciało obce, w związku z czym prowadzi do rozwinięcia stanu zapalnego w jamie macicy. W ten sposób, zwiększony poziom leukocytów w tej okolicy prowadzi do unieszkodliwienia plemników, a niekiedy także komórki jajowej. Białe ciała krwi powodują również degenerację błony śluzowej macicy, zapobiegając w ten sposób zagnieżdżeniu się zapłodnionej komórki jajowej. W czasie miesiączki jest ona wydalana wraz z krwią. Większość obecnie stosowanych wkładek domacicznych jest zbudowana z użyciem miedzianego drutu, który zwiększa skuteczność antykoncepcyjną. Miedź ma właściwości miejscowo drażniące, co pozwala na zmniejszenie rozmiarów samych wkładek i na zminimalizowane ewentualnych skutków ubocznych.

Przeciwwskazania do założenia wkładki wewnątrzmacicznej: Wkładkę wewnątrzmaciczną można założyć już po trzech miesiącach od porodu – w tym czasie występuje zwykle nieplodność laktacyjna. Nie wszystkie kobiety mogą jednak wybrać spirale jako metodę antykoncepcji po porodzie. Istnieją pewne przeciwwskazania do stosowania spirali. Należą do nich: częste, nawrotowe stany zapalne narządów rodnych, stany zapalne w obrębie miednicy mniejszej, krwawienia z dróg rodnych o nieznanym przyczynie, mięśniaki macicy, nadżerka szyjki macicy, obfite krwawienia miesięczne, endometrioza, niedokrwistość i niedobór żelaza w organizmie, zaistniała ciąża lub podejrzenie ciąży, ciąża pozamaciczna w przeszłości, wielokrotne poronienia ciąży (poronienia nawykowe), nieprawidłowości w budowie macicy, zmniejszona odporność, np. AIDS, leczenie immunosupresyjne, uczulenie na składniki wkładki, przebyte bakteryjne zapalenie wsierdza.

Zakładanie wkładki wewnątrzmacicznej: Przed założeniem spirali antykoncepcyjnej lekarz musi przeprowadzić badanie ginekologiczne, które pozwala ocenić budowę macicy, czyli położenie jej szyjki i trzonu. Należy również przeprowadzić badania dodatkowe, pozwalające wykluczyć przypadki wymienione we przeciwwskazaniach. Spirale zakłada się w ostatnim dniu krwawienia miesięczkowego, gdy układ płciowy ma naturalnie podwyższoną odporność na zakażenia i gdy wejście do pochwy jest rozszerzone. Przed aplikacją wkładki lekarz odkaża pochwę. Wkładka umieszczana jest w jamie macicy za pomocą specjalnego aplikatora, który jest dostarczany razem z nią. Spiralka domaciczna jest elastyczna, więc łatwo wcisnąć ją w aplikator, a po włożeniu do macicy wypchnąć za pomocą tłoczka.

Spirala antykoncepcyjna we wnętrzu macicy przyjmuje właściwy sobie kształt i położenie. Około 30 minut przed aplikacją wkładki najlepiej przyjąć środek przeciwbólowy, gdyż zabieg ten może się okazać bolesny. Panie z niską tolerancją bólu, powinny przemyśleć możliwość skorzystania ze znieczulenia miejscowego. Po zakończeniu procesu aplikacji, może się pojawić nieznaczne krwawienie oraz skurcze macicy. Wystające na zewnątrz nitki z polietylenu przycina się do długości 2-3 cm. Po około tygodniu od zabiegu wskazana jest konsultacja specjalistyczna, którą należy powtórzyć po kolejnej miesiączce – sprawdza się, czy wkładka nie wypadła i czy krwawienie nie jest nadmierne. Jeśli wszystko jest w porządku, kolejne badania wykonywane są co pół roku.

Wystające nitki wkładki nie mogą być zbyt krótkie ani zbyt długie, ponieważ będą wywoływały dyskomfort w czasie stosunku. Koniecznym jest kontrolowanie nitek wkładki – ocena prawidłowej lokalizacji. Nie zaleca się stosowania tamponów w czasie menstruacji. Najmniejsza skuteczność antykoncepcyjna wkładki jest w pierwszych miesiącach jej stosowania i w tym czasie wskazane stosowanie dodatkowych metod antykoncepcji. Wskaźnik Pearl dla wkładki wewnątrzmacicznej nieuwalniającej hormonów wynosi 0,3-2; dla uwalniającej hormony 0,1;

Usuwanie wkładki wewnątrzmacicznej: Każda spiralka antykoncepcyjna ma określony przez producenta czas użyteczności, po którym należy ją usunąć. Wraz z końcem tego okresu środek aktywny przestaje działać; Wkładkę można usunąć w każdym dniu cyklu, jednak wskazane jest usunięcie wkładki w ostatnim dniu krwawienia miesięcznego – w ten sposób dodatkowo zmniejsza się ryzyko nieplanowanej ciąży. Kolejną implantację wkładki antykoncepcyjnej można wykonać po 4-6 tygodniach. Bezwzględnie usunięcia wkładki wymaga się w przypadku rozpoznania rzeżączki.

**PROCEDURY ZWIĘKSZONEGO RYZYKA POWIKŁAŃ  
PRYWATNEJ PRZYCHODNI LEKARSKIEJCHEŁM ŚLĄSKI**

**REKTOSKOPIA / ANOSKOPIA  
WZIERNIKOWANIE KANAŁU ODBYTU**

*Rektoskopia jest badaniem endoskopowym polegającym na wzziernikowaniu dolnego odcinka przewodu pokarmowego w zakresie do głębokości zagięcia esiczo – prostniczego ( 15-20cm ). Badaniem ocenia się stan śluzówki odbytnicy i prostnicy. Anoskopia, jest częścią badania rektoskopowego - płytkie wzziernikowanie, pozwala na obejrzenie zmian w zakresie kanału odbytu, i bańki odbytnicy, do głębokości 7-10 cm i wykrywanie zmian, których nie daje się wyczuć badaniem manualnym.*

*Badanie rektoskopowe wymaga skrupulatnego przygotowania, zapewniającego uwolnienie dolnego odcinka przewodu pokarmowego z mas kałowych; W okresie 2-3 dni przed badaniem należy zastosować wyłącznie dietę płynną, zaś w dniu poprzedzającym badanie i na 2-3 godziny wcześniej wlewkę doodbytniczą preparatami zawierającymi fosforany ( np. Enema, Rectanal – dostępne bez recepty w formie gotowych roztworów w butelkach z aplikatorem ) Badanie anoskopowe nie wymaga specjalnego przygotowania, poza zwróceniem uwagi na stan higieniczny okolicy krocza;*

*Rektoskopię wykonuje się w pozycji kolankowo-łokciowej lub na lewym boku z podkurczonymi kończynami dolnymi. W szczególnych sytuacjach ma zastosowanie łagodna premedykacja farmakologiczna : środki uspokajające i przeciw bólowe; Zasadnicze badanie jest poprzedzone oglądaniem okolicy odbytu i badaniem per rectum. Tubus rektoskopu uszczelniony obturatorem oraz pokryty środkami miejscowo znieczulającymi i poślizgowymi wprowadza się do głębokości ok 5cm na ślepo, następnie po usunięciu obturatora pod kontrolą wzroku do głębokości ok 15-20cm.*

*W czasie badania wymagana jest pełna współpraca. Wprowadzenie rektoskopu poprzez odbytnicę do prostnicy może być powodem nieprzyjemnych odczuć w formie parcia na stolec, bolesnego kurczu jelita, bólu podbrzusza o czym należy informować.*

*Badaniem endoskopowym można sprowokować powikłania od otarć śluzówki, drobnych powierzchownych krwawień i zdarzających się bardzo rzadko uszkodzeń ścian jelita m.in. perforacji ( przebicia ) co wymaga pilnego leczenia chirurgicznego. W sytuacji silnego, ostrego bólu badanie powinno zostać przerwane.*

*Do diagnostyki rektoskopowej i anoskopowej zastosowanie mają tubusy jednorazowego użytku; Głowica rektoskopu przed każdym badaniem podlega dekontaminacji i dezynfekcji zgodnie z obowiązującymi procedurami sanitarno- higienicznymi.*

*W czasie badania lekarz może wykonać proste zabiegi terapeutyczne, a także pobrać wycinek do badania mikroskopowego – histopatologicznego.*

**Wskazania do wykonania rektoskopii / anoskopii obejmują:**

*krwawienie z dolnego odcinka przewodu pokarmowego; bóle w czasie defekacji; guzki w odbycie; zmiany w rytmie i częstotliwości defekacji oraz w konsystencji oddawanego stolca; nietrzymanie stolca; dokuczliwe lub daremne parcie na stolec; kontrolne badania po zabiegach operacyjnych w obrębie odbytu i odbytnicy; podejrzenie choroby nowotworowej lub zapalnej dolnego odcinka p. pokarmowego*

**Przeciwwskazania:**

*brak zgody pacjenta; ostry ból brzucha; stan zapalny okolicy odbytu*

**Powikłania:**

*otarcie śluzówki; krwawienie z śluzówki lub miejsca pobrania materiału diagnostycznego  
perforacja ścian prostnicy*

# PROCEDURY ZWIĘKSZONEGO RYZYKA POWIKŁAŃ PRYWATNEJ PRZYCHODNI LEKARSKIEJCHEŁM ŚLĄSKI

## ELEKTROKARDIOGRAFICZNY TEST WYSIŁKOWY

Badanie wysiłkowe EKG (test wysiłkowy EKG, próba wysiłkowa) polega na ocenie zmian zachodzących w sercu podczas wysiłku fizycznego, jakim jest jazda na rowerze stacjonarnym lub marsz na bieżni elektrycznej. Badanie ma na celu zdiagnozowanie zmian ukrwienia i czynności serca, podczas wysiłku fizycznego. W czasie wysiłku mogą w zapisie EKG pojawić się zmiany, które nie występują w zwykłym, spoczynkowym badaniu EKG. Wysiłek fizyczny zwiększa zapotrzebowanie mięśni szkieletowych na tlen, co prowadzi do przyspieszenia rytmu i wzrostu objętości minutowej serca – co wiąże się z większą pracą mięśnia sercowego, a tym samym większym zużyciem tlenu. Podczas wysiłku wzrastającego aż do skrajnego wyczerpania, częstotliwość rytmu zwiększa się stopniowo do granicy nazywanej maksymalną częstotliwością rytmu. U osób z chorobą wieńcową objawy niedokrwienia mięśnia sercowego pojawiają się natomiast już przez osiągnięciem maksymalnej częstotliwości rytmu serca. **Wskazania** - Test wysiłkowy wykonywany jest w następujących okolicznościach: diagnostyka nieinwazyjna choroby niedokrwiennej serca (powtarzające się bóle w klatce piersiowej), każdy pacjent po zawałe serca ma wykonywaną próbę wysiłkową (ocena rokowania po świeżo przeżytym zawałe serca), diagnostyczne badanie po angioplastyce naczyń wieńcowych (poszerzenie zwężonego światła przy użyciu specjalnego balonu), po operacji pomostowania aortalno-wieńcowego - test wysiłkowy ma wykazać czy nastąpiła poprawa ukrwienia, ocena wydolności fizycznej u chorych z objawową niedomykalnością zastawki aortalnej oraz z wrodzonym blokiem przedsionkowo-komorowym III stopnia, którzy planują wykonać większe wysiłki fizyczne, ocena funkcji stymulatora o adaptowanej częstotliwości rytmu. Warto dodać, że brak jednoznacznych wskazań klinicznych do wykonania diagnostycznej próby wysiłkowej u mężczyzn w wieku > 40 roku życia i u kobiet > 60lat z typowym bólem dławicowym. W tej grupie koronarografia potwierdza obecność istotnych zwężeń w tętnicach wieńcowych u ponad 90% chorych, w związku z czym wynik próby wysiłkowej nie ma istotnego wpływu na trafność diagnostyczną badania klinicznego. Wskazaniem dyskusyjnym jest wykonywanie przesiewowej próby wysiłkowej u bezobjawowych mężczyzn po 40. roku życia z czynnikami ryzyka choroby wieńcowej oraz u mężczyzn w wybranych grupach zawodowych, np. u strażaków, policjantów lub żołnierzy specjalnych jednostek operacyjnych. Czynniki ryzyka choroby wieńcowej serca to: wiek, palenie papierosów, otyłość, zaburzenia lipidowe, nadciśnienie tętnicze, cukrzyca, obciążenie rodzinne. Obciążenie wysiłkiem fizycznym polega na chodzeniu po bieżni ruchomej lub pedalowaniu na ergometrze rowerowym. Wielkość wysiłku wykonywanego na ergometrze rowerowym określa się w jednostkach mocy (Watt), a wykonywanego na bieżni ruchomej - w jednostkach metabolicznych (MET). Elektrody odprowadzeń przedsercowych umieszcza się tak, jak podczas wykonywania EKG standardowego na przedniej powierzchni tułowia. Podczas wysiłku prowadzi się stale monitorowanie elektrokardiograficzne oraz okresową rejestrację EKG w odstępach 3-minutowych. Konieczne jest wykonywanie pomiarów ciśnienia tętniczego. Po zakończeniu wysiłku wykonuje się zapisy kontrolne w 1., 3., 5., 8 minucie odpoczynku. Wysiłek wykonywany na ergometrze rowerowym rozpoczyna się od obciążenia 50 W, a u osób z uprzednio rozpoznaną chorobą wieńcową lub ze zmniejszoną sprawnością fizyczną od 25 W. Wielkość obciążenia zwiększa się co 3 minuty o 25 W. Wysiłek na bieżni ruchomej może być wykonywany według różnych programów obciążenia, które różnią się szybkością przesuwny i kątem nachylenia bieżni (najczęściej wykonuje się protokół Bruce-a).

Obciążenie wysiłkiem można zwiększać aż do uzyskania maksymalnej częstotliwości rytmu lub wystąpienia objawów wskazujących na konieczność zakończenia próby (maksymalna próba wysiłkowa ograniczona objawami), bądź do uzyskania 85-90% maksymalnej częstotliwości rytmu (submaksymalna próba wysiłkowa). Test wysiłkowy jest badaniem prowokującym serce do większej pracy, dlatego podczas jego wykonywania mogą pojawić się: bóle w klatce piersiowej; uczucie duszności; zawroty głowy. Jeżeli podczas badania poczujesz ból w klatce, brak sił, uczucie duszności od razu poinformuj o tym lekarza przeprowadzającego test. Na 3 godziny przed próbą nie należy spożywać posiłku ani palić tytoniu, a na 12 godzin przed próbą nie należy wykonywać większych wysiłków fizycznych. W miarę możliwości powinno się odstawić leki, mogące utrudnić interpretację próby wysiłkowej (zwłaszcza beta-blokery), jeśli celem próby jest potwierdzenie lub wykluczenie choroby wieńcowej. Natomiast badanie do celów rokowniczych u osób z już rozpoznaną chorobą niedokrwinną serca powinno być wykonywane bez odstawiania aktualnie stosowanych leków. Przed wykonaniem próby konieczne jest wykluczenie przeciwwskazań do badania, można to osiągnąć po badaniu lekarskim oraz wykonaniu standardowego EKG.

**Przeciwwskazania - bezwzględne** (uniemożliwiających wykonanie badania) to: świeży zawał serca, niestabilna choroba wieńcowa, objawowe zaburzenia rytmu serca, ciężkie, objawowe zwężenie zastawki aortalnej, nieopanowana niewydolność serca, świeży zator tętnicy płucnej lub zawał płuca, ostre zapalenie osierdzia lub mięśnia sercowego, ostre rozwarstwienie aorty; **Przeciwwskazania – względne:** w których po dokładnym przeanalizowaniu bezpieczeństwa pacjenta możliwe jest przystąpienie do próby wysiłkowej: zwężenie pnia lewej tętnicy wieńcowej, umiarkowane zwężenie zastawki aortalnej, kardiomiopatia przerostowa, nadciśnienie tętnicze (>200/110 mm Hg), tachyarytmia i bradyarytmia, blok przedsionkowo-komorowy wysokiego stopnia, niezdolność fizyczna lub psychiczna do wykonania próby wysiłkowej, zaburzenia elektrolitowe i niedokrwistość;

**Powikłania** Chociaż test wysiłkowy jest badaniem nieinwazyjnym to możliwe są powikłania, dlatego też próbę wysiłkową wykonuje się zawsze w obecności lekarza, a pomieszczenie w którym wykonywane są próby wysiłkowe, powinno być wyposażone w zestaw do udzielenia nagłej pomocy kardiologicznej. Do powikłań, które mogą się pojawić w czasie wysiłku lub po jego zakończeniu, należą: hipotonia, częstoskurcz nadkomorowy lub komorowy, migotanie przedsionków, migotanie komór, lewokomorowa niewydolność serca i ostry zespół wieńcowy, zawał m. sercowego. Statystycznie rzecz biorąc ryzyko zgonu sercowego według dużych zestawień klinicznych jest niskie. Dlatego też tak ważne jest przestrzeganie przeciwwskazań podczas kwalifikacji pacjentów do wykonania próby wysiłkowej. Podsumowując w trakcie badania bardzo ważna jest współpraca badanego z lekarzem. To właśnie pacjent może wychwycić pierwsze oznaki dolegliwości wieńcowych i tym samym dać sygnał do zakończenia badania. Należy także wiedzieć, że żądanie zakończenia testu wyrażone przez chorego jest bezwzględnym wskazaniem do zakończenia próby. Dlatego jeśli poczujesz ból w klatce sercowej, zawroty głowy lub duszność bezzwłocznie poinformuj o tym lekarza.

**Metody alternatywne oceny rezerwy wieńcowej: TOMOGRAFIA KOMPUTEROWA** tt. wieńcowych i serca : badanie nie ocena unaczynienia serca w czasie wysiłku fizycznego; podanie kontrastu pozwala na zobrazowanie naczyń wieńcowych – tj. ich anatomii o morfologii co pozwala na określenie miejsca zwężenia . Efektem ubocznym niepożądanym podaniem kontrastu może być uszkodzenie nerek, odczyn uczuleniowy.

**ECHOKARDIOGRAFICZNY TEST WYSIŁKOWY** – badanie dedykowane pacjentom z nietypowym przebiegiem krzywej ekg tj. z blokiem lewej odnogi pęczka Hisa oraz zespołem preekscytacji - WPW; Pozostałe wskazania i przeciwwskazania jak w klasycznym teście wysiłkowym. W czasie badania prowadzony jest stały nadzór i zapis ekg, który jest podstawą rozpoznania choroby wieńcowej serca.

**ECHOKARDIOGRAFICZNY TEST FARMAKOLOGICZNY** z podaniem dobutreksu – badanie połączone z podaniem leku prowokującym przyspieszoną akcję serca i przez to wzrost zapotrzebowania na tlen; test obciążony zwiększonym ryzykiem arytmii. W czasie badania prowadzony jest stały nadzór i zapis ekg; zmiany w zapisie ekg są podstawą rozpoznania choroby wieńcowej serca.

**TEST WIĘNCOWY** badanie wykonywane najczęściej w czasie badania stymulacji przezprzełykowej, polega na stymulacji serca – z prowokacją impulsami elektrycznymi tachykardii, co symuluje zwiększony wysiłek fizyczny. W czasie badania prowadzony jest stały nadzór i zapis ekg, którego zmiany są podstawą rozpoznania choroby wieńcowej serca;

**KORONAROGRAFIA** – inwazyjna metoda diagnostyczna, obrazująca układ i stan naczyń wieńcowych po podaniu środka kontrastowego; zabieg powala na ocenę stanu nn.wieńcowych i ewentualne równocześnie wykonanie zabiegu rewaskularyzacji – plastykę balonową, wszczepienie stentów i innych metod udrażniania.

PROCEDURY ZWIĘKSZONEGO RYZYKA POWIKŁAŃ  
PRYWATNEJ PRZYCHODNI LEKARSKIEJ CHEŁM ŚLĄSKI

**ZGODA NA WYKONANIE PROCEDURY MEDYCZNEJ**

*Dane osobowe pacjenta:*

*Imię i Nazwisko PESEL :* .....

*Adres zamieszkania i Telefon :* .....

***Oświadczenie d/t zgody na wykonanie badania / zabiegu medycznego\*\****

*Ja niżej podpisany/a oświadczam, że zostałem/am zapoznany/a z wskazaniami medycznymi i ewentualnymi powikłaniami proponowanego badania diagnostycznego / zabiegu medycznego\*\* oraz przedstawiono mi alternatywne metody diagnozowania i leczenia zgodnie z art. 32-35 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. O zawodach lekarza i lekarza dentystry (tekst jednolity dz. U. z 2008 nr 136 Poz. 857 z późniejszymi zmianami), wyrażam zgodę na wykonanie, wyżej opisanego, planowanego świadczenia zdrowotnego przez*

*lekarza .....w Prywatnej Przychodni Lekarskiej w Chełmie Śląskim*

*Oświadczam, że udzieliłem(-am) wyczerpujących i prawdziwych informacji co do mojego stanu zdrowia – zgodnie z ankietą stanowiącą załącznik nr 1 do niniejszego oświadczenia. O wszelkich zmianach stanu mojego zdrowia zobowiązuję się powiadomić lekarza prowadzącego. Przyjmuję do wiadomości, że w/w są danymi poufnymi.*

*Oświadczam, że otrzymałem/am i zapoznałem/am się z pisemną informacją dt planowanego zabiegu.*

***Świadomie i dobrowolnie wyrażam zgodę \*\* / nie wyrażam zgody \*\* na wykonanie :***

.....  
**NAZWA BADANIA DIAGNOSTYCZNEGO / ZABIEGU MEDYCZNEGO**

*Data .....*      *Czytelny Podpis pacjenta .....*

*Podpis osoby odbierającej oświadczenie .....*