

В ходе ангиографического исследования на протяжении нескольких минут делаются рентгеновские снимки глазного дна, чтобы определить состояние сетчатки и обнаружить возможные различные патологические процессы: болезненные изменения кровеносных сосудов, кровоизлияния, отеки и новообразования.

В ходе исследования в вену на руке вводится красящее вещество флуоресцеин, которое через систему кровообращения попадает в кровеносные сосуды глазного дна и позволяет обнаружить возможные очаги болезни глазного дна.

Флуоресцеин – это ярко-желтое красящее вещество, поэтому кожа на несколько часов приобретает желтоватый оттенок. Красящее вещество выходит из организма в ходе обмена веществ через почки, поэтому моча на 24–36 часов становится ярко-желтой.

Распространенные побочные эффекты:

- усталость;
- тошнота, позыв к рвоте, рвота;
- головная боль, рассеянность, обморок;
- раздражение желудка;
- зуд и сыпь.

Редко наблюдаемые побочные эффекты:

- венозная канюля смещается, или может случиться разрыв стенки вены, вследствие чего красящее вещество вытечет из кровеносного сосуда и попадет в подкожные ткани. Рекомендуем в течение пары дней прикладывать к месту инъекции компресс;
- опасная для жизни аллергическая реакция (анафилактический шок) или затрудненное дыхание вследствие аллергической реакции в бронхах.

Как правило, флуоресцеин не вводят в вену беременным женщинам и кормящим матерям, хотя научное доказательство того, что он может навредить эмбриону или младенцу через грудное молоко, отсутствует.

Внимание! Если раньше у Вас наблюдались побочные эффекты после введения красящего вещества в ходе исследования, сообщите об этом своему лечащему врачу.

Перед процедурой

- Приходите на процедуру в условленное время. Рекомендуем надеть удобную одежду, в которой Вы сможете оголить руку для инъекции.
- Примите как обычно все назначенные Вам лекарства, например лекарства, влияющие на кровяное давление, и т. п. В случае диабета введите себе инсулин и прочие лекарства в соответствии с привычным режимом.

Во время процедуры

- Процедура длится максимум 1,5 часа с учетом подготовки.
- В глаза закапываются глазные капли, расширяющие зрачки, поэтому чувствительность глаз к свету повышается, и на 24 часа зрение ухудшается.
- В вену на руке устанавливается венозная канюля, а затем вводится красящее вещество. В момент инъекции Вы можете почувствовать легкую тошноту, которая сразу проходит.
- Во время процедуры Вы будете сидеть за фотокамерой для съемки глаз и смотреть, куда укажет врач. Вследствие инъекции красящего вещества используемый яркий свет может раздражать глаза, но он необходим для фотографирования.

После процедуры

- После восстановления нормального самочувствия венозная канюля удаляется.
- Врач резюмирует для Вас результаты исследования и при необходимости составит план лечения.
- Не рекомендуется водить автомобиль в течение 24 часов после проведения исследования. Чтобы безопасно добраться домой, попросите кого-нибудь прийти за Вами или закажите такси.

ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ НА ПРОВЕДЕНИЕ ФЛУОРЕСЦЕНТНОЙ АНГИОГРАФИИ ГЛАЗНОГО ДНА

Пожалуйста, ответьте на следующие вопросы, чтобы мы могли учесть дополнительные факторы риска и по возможности снизить риск.

Знаете ли Вы или имеете какие-либо признаки, указывающие на то, что у Вас есть / были какие-либо из перечисленных ниже состояний:

- аллергия или гиперчувствительность (лекарства, пищевые продукты) Да Нет
имеющиеся аллергии:
- нарушения почечной функции, почечная недостаточность Да Нет
заболевания сердца (аритмия, инфаркт) Да Нет
высокое кровяное давление, т.е. гипертония Да Нет
сахарный диабет Да Нет
нарушения свертываемости крови, прием антикоагулянтов Да Нет

- Я прочитал(а) информационный листок о процедуре флуоресцентной ангиографии глазного дна, и мне понятны объяснения касательно процедуры обследования.
- Мне было подробно описано текущее состояние моего глаза и ход предстоящей процедуры, мне понятен процесс обследования.
- На мои вопросы о процедуре флуоресцентной ангиографии были даны исчерпывающие и понятные для меня ответы.
- Я сообщил(а) врачу обо всех известных мне аллергиях на лекарства и дезинфицирующие средства, предыдущих реакциях на использовавшиеся в исследованиях красители, а также о своем состоянии здоровья.
- Я даю согласие на непредвиденное изменение запланированной процедуры или дополнение, необходимость которых станет явной уже в ходе самой процедуры.
- Я даю согласие на использование фотографий моего глазного дна в научных целях и при условии, что моя личность не будет раскрыта через фотографии или описывающую болезнь документацию.

имя пациента/опекуна

подпись

дата

имя врача

подпись

дата