

MR ARTROGRAFIJA

NAVODILO IN SOGLASJE ZA IZVEDBO PREISKAVE

Ime in priimek: Matični indeks:

Datum rojstva: Spol: M Ž Teža: kg Višina: cm

Opis preiskave

Magnetna resonanca (MR) je relativno nova tehnika slikanja človeškega telesa z uporabo močnega magnetnega poja, radijskih valov in računalnika. Zaradi magnetnega polja morajo preiskovanci opozoriti na opravljene posege v telesu v smislu vsajenih kovinskih predmetov: *srčni spodbujevalni in druge elektronske naprave, znotraj-žilne opornice, kovinske ploščice, vijaki, sponke po operacijah (žolčni kamni), umetni sklepi, krogle, drobcji in podobno.*

MR preiskave nosečnicam v prvih treh mesecih nosečnosti ne priporočamo, če ni nujno potrebno.

Z artrografijo prikažemo bolezenske spremembe v sklepu. Z vbrizgavanjem kontrastnega sredstva v sklep, postanejo strukture (hrustanec, vezi, sklepna ovojnica in meniskusi), na sliki vidne. Tako je možna boljša diagnoza bolezni, kar je osnova uspešnega zdravljenja.

Tveganja, povezana s predlagano preiskavo

Kljub skrbni izvedbi ne moremo nikoli povsem izključiti tveganja in zagotoviti uspešnost preiskave.

Možni zapleti:

- Preobčutljivost (alergična) reakcija na lokalni anestetik ali kontrastno sredstvo
- Občutek napetosti v sklepu
- Bolečine v sklepu
- Krvavitev na mestu vboda z iglo
- Neželeno vbrizganje kontrastnega sredstva v druga tkiva, izven sklepa
- Vnetje sklepa

Vsi naštetih zapleti imajo lahko tudi resne posledice: lahko močno okvarijo ali popolnoma onespobijo prizadeti sklep oziroma okončino. Alergija, ki je sicer redek zaplet, pa je lahko tudi smrtno nevarna.

Alternativne možnosti

V primeru, da MR artrografije ne morete opraviti, se o primerni alternativni preiskavi posvetujte z lečečim oziroma osebnim zdravnikom. V največ primerih pride v poštev računalniška tomografija, ultrazvok, scintigrafija ali endoskopija.

Priprava na preiskavo

Za izvedbo MR artrografije niso potrebne predhodne priprave. Oblecite oblačila brez kovinskih sponk in kovinskih gumbov.

Pred pregledom morate odstraniti:

- Vse kovinske predmete (ključe, nakit, svinčniki, očala, zobna proteza, kovanci, pas, nedrček, lasnice, špangice, kovinski gumbi, drobiž, svinčniki, nalivniki).
- Uro, kreditne kartice, GMS aparat, slušni aparat, elektronske naprave, ker se lahko poškodujejo.

Če ste noseči ali dojite, menite, da bi lahko bili noseči ali načrtujete zanositev, se posvetujte z zdravnikom ali radiološkim inženirjem, preden prejmete kontrastno sredstvo.

Potek preiskave

Kožo na mestu nameravanega vboda najprej razkužimo, apliciramo lokalni anestetik ter nato v sklep skozi tanko iglo vbrizgamo kontrastno sredstvo za magnetno resonančno artrografijo. Količina kontrastnega sredstva je odvisna od vaše telesne mase. Po gibih sklepa (okončino, ki jo pregledujemo, v sklepu premikate sami oziroma zdravstveno osebje) se kontrastno sredstvo v sklepu enakomerno razporedi. Temu sledi slikanje sklepa. Kontrastno sredstvo se izloči iz telesa skozi ledvice, z urinom.

Preiskava poteka v posebnem preiskovalnem prostoru in traja (najmanj 30 in največ 90 minut) povprečno 30-45 minut. Preiskava je neboleča in zaenkrat nenevarna. Zelo pomembno je, da se med preiskavo ne premikate in ste sproščeni. Glasen ropot, ki spremlja preiskavo, je povsem normalna posledica preklapljanja elektromagneta. Da ga boste lažje prenašali, vam bomo dali slušalke za poslušanje glasbe.

Navodila po opravljeni preiskavi

V kolikor po opravljeni preiskavi ni prišlo do zapletov ni potrebna nikakršna posebna obravnava, nadaljujete lahko z običajno aktivnostjo. Če bi opazili, da iz vbodne rane krvavite, da na vbodnem mestu čutite nabrekanje tkiva, če bi se slabo počutili ali imeli stopnjujoče se bolečine, če bi začutili, da vas v prizadeti okončini mravljinči, da postaja hladna ali bi opazili, da se spreminja barva kože celotne okončine, nas nemudoma kontaktirajte.

Bolečina praviloma izgine v nekaj urah po preiskavi, izjemoma vztraja do enega meseca. Bolečina se lahko lajša z običajnimi protibolečinskimi zdravili v predpisanih dozah. Pijte več tekočine (bolniki, ki morajo paziti na količino vnosa tekočin, ne smejo preseči dnevne količine oz. se morajo o tem posvetovati z lečečim zdravnikom), da se prejeeto kontrastno sredstvo čim prej in lažje izplavi iz telesa.

Po podkožni krvavitvi ali neželenem vbrizgavanju kontrastnega sredstva mimo sklepa, se za lajšanje bolečin uporabljajo obkladki. Kontrastno sredstvo telo sčasoma samo odstrani in ta zaplet običajno ne zahteva nobenega zdravljenja.

V zelo redkih primerih je ob krvavitvi ali napačnem vbrizganju kontrastnega sredstva potrebno kirurško posredovanje – operacija.

Če med preiskavo ali takoj po njej opazite neobičajne znake, zdravniku, ki poseg opravlja, to takoj povejte. V primeru poznejših (zgoraj naštetih) zapletov, ko ste našo ustanovo že zapustil, se obrnite na lečečega ali osebnega zdravnika.

POMEMBNA VPRAŠANJA

V sobi z magnetnoresonančnim aparatom je močno magnetno polje. Pred izvedbo preiskave moramo vedeti ali obstaja možnost, da imate kovinski delec oziroma tujek v vašem telesu. Kovinski delci ovirajo preiskavo, lahko pa so tudi zelo nevarni. Zato vas lepo prosimo, da odgovorite na naslednja vprašanja.

1. Ali imate klavstrofobijo – strah pred zaprtim prostorom? da ne

2. Ali ste bili kdaj operirani? Naštejte operativne posege in datume izvedbe:

3. Ali imate v vašem telesu kaj od naštetega?

- | | | |
|--|-----------------------------|-----------------------------|
| • Srčni spodbujevalec (pace maker) | <input type="checkbox"/> da | <input type="checkbox"/> ne |
| • Kirurške sponke ali aneurizmatški klip | <input type="checkbox"/> da | <input type="checkbox"/> ne |
| • Žilni filter ali stent | <input type="checkbox"/> da | <input type="checkbox"/> ne |
| • Umetno srčno zaklopko | <input type="checkbox"/> da | <input type="checkbox"/> ne |
| • Osteosintetični ali drug ortopedski material | <input type="checkbox"/> da | <input type="checkbox"/> ne |
| • Slušni implantant ali umetno lečo | <input type="checkbox"/> da | <input type="checkbox"/> ne |
| • Očesno protezo | <input type="checkbox"/> da | <input type="checkbox"/> ne |
| • Neurostimulator | <input type="checkbox"/> da | <input type="checkbox"/> ne |
| • Implantirano insulinsko črpalko | <input type="checkbox"/> da | <input type="checkbox"/> ne |
| • Zobno protezo ali mostiček | <input type="checkbox"/> da | <input type="checkbox"/> ne |

V primeru, da ste na katerega izmed zgornjih vprašanj odgovorili z DA, vas vljudno prosimo, da nam dostavite potrdilo o uporabljenem materialu, kjer je navedena kompatibilnost z MR, datum ter podpis izdajatelja potrdila.

4. Ste imeli kdaj poškodbo očesa? da ne

5. Ste bili kdaj poškodovani s kovinskim tujkom? da ne

- Če da. Ali so vam kovinske tujke odstranili? da ne

5. Ali imate kaj od spodaj naštetega?

- | | | |
|---|-----------------------------|-----------------------------|
| • Anemijo ali kakšno drugo bolezen krvi | <input type="checkbox"/> da | <input type="checkbox"/> ne |
| • Bolezni ledvic | <input type="checkbox"/> da | <input type="checkbox"/> ne |
| • Sladkorno bolezen | <input type="checkbox"/> da | <input type="checkbox"/> ne |
| • Astmo ali preobčutljivostno bolezen dihal | <input type="checkbox"/> da | <input type="checkbox"/> ne |
| • Preobčutljivost na katerakoli zdravila | <input type="checkbox"/> da | <input type="checkbox"/> ne |

6. Ste že imeli alergično reakcijo na kontrastno sredstvo? da ne

7. Za pacientke:

- | | | |
|-------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| • Ali ste noseči? | <input type="checkbox"/> da | <input type="checkbox"/> ne |
| • Ali dojite? | <input type="checkbox"/> da | <input type="checkbox"/> ne |

V primeru, da se gre za osebo s posebnimi potrebami, naprošamo spremstvo, da med preiskavo počaka v čakalnici. V kolikor imate s seboj izvide drugih preiskav vezane na vaše težave, je zaželeno, da jih ima naš zdravnik na voljo za vpogled pri pisanju izvida. Izvide preiskav lahko po dogovoru prevzamete osebno ali pa jih prejmete naknadno po pošti na dom.

S svojim podpisom potrjujem, da sem navodilo in soglasje prebral(a), razumel(a) in s svojim podpisom pristajam na izvedbo preiskave z aplikacijo paramagnetnega kontrastnega sredstva.

Podpis pacienta: Datum privolitve:

Vrsta in doza paramagnetnega KS:.....

Ime in Priimek zdravnika:..... Podpis zdravnika:.....

Podpis inženirja:

Potrdilo o kompatibilnosti vgrajenega materiala:

Izdajatelj potrdila: Datum potrdila: