



**УНИВЕРСИТЕТСКА БОЛНИЦА  
МБАЛ "СВЕТИ ИВАН РИЛСКИ" ЕАД-СОФИЯ**  
1431, София, бул. "Акад.Иван Гешов" 15, тел.: 02 5812 888  
**КЛИНИКА ПО ГАСТРОЕНТЕРОЛОГИЯ**

## ДЕКЛАРАЦИЯ

### ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ ЗА ИЗВЪРШВАНЕ НА ФИБРОКОЛОНОСКОПИЯ

#### Описание на метода:

Фиброколоноскопията /ФКС/ е изследване, при което с помощта на мек, гъвкав апарат с външен диаметър 10-14 мм., се оглежда отвътре цялото дебело черво и при възможност част от тънкото черво. Извършва се от лекар - специалист гастроентеролог в болницата или амбулаторно. Асистира специално обучена за работа с ендоскопска апаратура медицинска сестра.

Изследването се извършва в специално оборудван кабинет и продължава от 30 до около 60 минути.

Може да се извършва без упойка и прилагане на допълнителни медикаменти. По преценка на лекуващия лекар и ендоскописта, извършващ изследването, може да се направи мускулна или венозна инжекция с успокоителни и спазмолитични лекарства. При необходимост манипулацията може да се извърши и с кратка венозна анестезия с участието на анестезиолог и използването на различни видове упойки (например диприван, фентанил, мидазолам).

Изследването се извършва в ляво странично положение и по гръб. По време на изследването положението на пациента може да се променя. Манипулацията започва с ректално туширане. Апаратът се въвежда през ануса, след намазване със смазващ гел или локално обезболяващ гел. По време на изследването пациентът усеща подуване на корема, чувство за изхождане по голяма нужда, а в определени моменти присвиване и болка в корема, която е краткотрайна и обичайно търпима.

Ако по време на изследването се открият участъци, които изискват хистологично (микроскопско) изясняване, е необходимо да се вземат биопсии с помощта на ендоскопска щипка, бримка или четка, въведени през инструменталния канал на апарата. Вземането на биопсии е без болка. При установяване на туморно образувание, задължително се вземат 5 или повече биопсии.

При установяване на полип по преценка се извършва полипектомия - отстраняване чрез ендоскопския апарат (ако полипът е подходящ за отстраняване ендоскопски), с диатермична бримка, аргон-плазмена, лазерна сонда или с друг уред, въведен през инструменталния канал на ендоскопа (виж на съответното място). Така се избягва операция с отваряне на корема и червото за отстраняване на полипа. Престоят в болница е по-кратък - до следващия ден при полипектомия, докато при операция е минимум няколко дни. Отстраняването на полипа не е свързано с допълнителна болка или неприятно усещане. В много редки случаи може да предизвика кървене, което може да спре след инжектиране на медикамент през апарата или венозно. При невъзможност за овладяване на кървенето с ендоскопски методи, болният се превежда в хирургично отделение за динамично наблюдение и лечение.

#### Подготовка преди колоноскопия:

За да се осъществи изследването е необходимо дебелото черво да бъде предварително много добре почистено. Почистването му може да се извърши по няколко начина по преценка на лекуващия лекар и ендоскописта. Използват се три основни начина на почистване /изброени по-долу/, като при отделни пациенти може да се използват и други схеми или описаните да се модифицират според състоянието на отделния болен.

Основни начини за почистване /вижте приложените допълнително инструкции за пациента/:

1. Клизми, очистително и прием на вода.
2. Прилагане на Fortrans /или подобен медикамент, съдържащ полиетилен гликол/, прием на вода /без клизми/.
3. Почистване с X-Prep /или подобен медикамент/, прием на вода /без клизми/.
4. Преди терапевтична колоноскопия е нежелателно почистване с използване на манитол или X-Prep, поради риск от образуване на експлозивни газове /метан, водород/. Лекарствата, които пациентът приема, обикновено не се спират по време на подготовката с изключение на инсулина, аспирин, нестероидни противовъзпалителни средства, хепарина и други медикаменти, които нарушават съсирването на кръвта.

Необходимо е уточняване на промените във Вашето лечение в момента с лекуващия лекар и ендоскописта.

**Усложнения:**

За диагностична колоноскопия:

- Кръвоизливи - 0,05%
- Перфорации - 0,2 - 0,4% (могат да се диагностицират до 1-2 дни след манипулацията).
- Бактериемия - 3,6 - 4% (по преценка на лекуващия лекар, може да се прави антибиотична профилактика).
- Смъртност - 0,02 - 0,15%.

За терапевтична колоноскопия:

1. Кръвоизливи - 1 - 2,5%.
2. Перфорации - 0,3 - 2% (могат да се диагностицират до 1 - 2 дни след манипулацията).
3. Бактериемия - 3,6 - 4% (по преценка на лекуващия лекар, може да се прави антибиотична профилактика).

Повечето усложнения се изявяват и диагностицират по време на манипулацията или в близките 1-2 часа след нея, както и при динамичното проследяване на болния. Изключително рядко се среща късен кръвоизлив - до 10 -14 ден от манипулацията.

**Много редки усложнения:**

Формиране на бримка на колоноскопа в ингвинален херниален сак, вагусови реакции, интра-абдоминален кръвоизлив / 0,04% /, емболии, ретроперитонеален емфизем, руптура на слезка, руптура на аневризма, експлозия при коагулация / може да се наблюдава след почистване с манитол поради евентуалното образуване на експлозивни газове/. Леталитет: 8 - 20/100 000 колоноскопии по литературни данни, в България той е минимален, а в повечето болници липсва такъв.

Информирано съгласие на пациента: .....

/грите имена/

Дата .....

/саморъчен подпис/

## Информирано съгласие за седация при ендоскопски манипулации

Седацията е лекарствено предизвикано потискане на съзнанието. Тя се използва за намаляване на дискомфорта, свързан с инвазивни медицински манипулации и в частност при ендоскопските изследвания в гастроентерологията.

Използваме лека и средна степен на седация, при която съзнанието е запазено и/или е възможен словесен контакт с пациента. Това се постига с венозното приложение на медикаменти от групата на бензодиазепините – мидазолам и диазепам. Те имат силен седативен (премахват напрежението и успокояват), анксиолитичен (премахват страха) и амнезичен (заличават спомена за случилото се) ефект.

Разбирам, че седацията носи допълнителен риск извън този, свързан с ендоскопската манипулация. Рядко, но е възможно увреждане на вените при приложението на медикаментите, лекарствени реакции, алергични реакции, реакции от страна на сърдечно-съдовата, дихателната, нервната, отделителната системи.

Запознат съм със същността и рисковете на седацията свързана с предстоящата ендоскопска процедура и съм съгласен да ми бъде направена.

Информирано съгласие на пациента :

.....  
/трите имена/

Дата.....  
София

.....  
/саморъчен подпис/



**УНИВЕРСИТЕТСКА БОЛНИЦА**  
**МБАЛ "СВЕТИ ИВАН РИЛСКИ" ЕАД-СОФИЯ**  
1431, София, бул. "Акад.Иван Гешов" 15, тел.: 02 5812 888  
**КЛИНИКА ПО ГАСТРОЕНТЕРОЛОГИЯ**

## **ДЕКЛАРАЦИЯ**

### **ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ ЗА ИЗВЪРШВАНЕ НА ФИБРОКОЛОНОСКОПСКА ПОЛИПЕКТОМИЯ**

#### **Описание на метода**

Фиброколоноскопията /ФКС/ е изследване, при което с помощта на мек, гъвкав апарат, с външен диаметър около 10-14 мм., се оглежда отвътре цялото дебело черво и при възможност част от тънкото черво. При намиране на полип, (доброкачествено новообразование, на краче или широка основа) подходящ за отстраняване чрез ендоскопския апарат, се отстранява. С помощта най-често на бримка се „изрязва“ и коагулира /кръвоспира/ мястото на полипа и се изважда за изследване под микроскоп. Извършва се от лекар - специалист гастроентеролог в болницата или амбулаторно. Асистира специално обучена за работа с ендоскопска апаратура медицинска сестра.

Изследването се извършва в специално оборудван кабинет и продължава от 20 до 45 минути. Може да се извършва без упойка и прилагане на допълнителни медикаменти. По преценка на лекуващия лекар и ендоскописта, извършващ изследването, може да се направи мускулна или венозна инжекция с успокоителни и спазмолитични лекарства. При необходимост манипулацията може да се извърши и с кратка венозна анестезия, с участието на анестезиолог и използването на различни видове упойки (например диприван, фентанил, мидазолам).

Изследването се извършва в ляво странично положение и по гръб. По време на изследването положението на пациента може да се променя. Манипулацията започва с ректално туширане. Апаратът се въвежда през ануса, след намазване със смазващ гел или локално обезболяващ гел. По време на изследването пациентът усеща подуване на корема, чувство за изхождане по голяма нужда, а в определени моменти присвиване и болка в корема, която е краткотрайна и обичайно търпима.

Ако по време на изследването се открият участъци, които изискват хистологично (микроскопско) изясняване - се вземат биопсии, с помощта на ендоскопска щипка, бримка или четка, въведени през инструменталния канал на апарата. Вземането на биопсии е без болка. При установяване на туморно образувание, задължително се вземат 5 или повече биопсии.

При установяване на полип по преценка се извършва полипектомия - отстраняване чрез ендоскопския апарат (ако полипът е подходящ за ендоскопско отстраняване), с диатермична бримка, аргон плазмена, лазерна сонда или с друг уред, въведен през инструменталния канал на ендоскопа (виж на съответното място). Така се избягва операция с отваряне на корема и червото за отстраняване на полипа. Престоят в болница е кратък - до следващия ден при полипектомия, докато при операция е минимум няколко дни.

Отстраняването на полипа не е свързано с допълнителна болка или неприятно усещане. В много редки случаи може да предизвика кървене, което може да се спре след инжектиране на медикамент през апарата или венозно. При невъзможност за овладяване на кървенето с ендоскопски методи, болният се превежда в хирургично отделение за динамично наблюдение и лечение.

#### **Подготовка преди колоноскопия**

Получаване на писмено информирано съгласие от пациента при терапевтична колоноскопия или диагностична колоноскопия, с повишен риск от усложнения.

За да се осъществи изследването е необходимо дебелото черво да бъде предварително много добре почистено. Почистването на дебелото черво може да се извърши по няколко начина по преценка на лекуващия лекар и ендоскописта. Използват се три основни начина на почистване /изброени по-долу/, като при отделни пациенти може да се използват и други схеми или описаните да се модифицират според състоянието на отделния болен.

Основни начини за почистване /вижте приложените допълнително инструкции за пациента/:

1. Клизми, очистително и прием на вода.
2. Прилагане на Fortans или подобен медикамент, съдържащ полиетилен гликол, прием на вода /без клизми/.

3. Почистване с X-Prep /или подобен медикамент/, прием на вода /без клизми/.
4. Преди терапевтична колоноскопия е нежелателно почистване с използване на манитол или X-Prep, поради риск от образуване на експлозивни газове /метан, водород/. Лекарствата, които пациентът приема, обикновено не се спират по време на подготовката, с изключение на инсулина, аспирин, НПВС, хепарина и други медикаменти, които нарушават съсирването на кръвта.

Необходимо е уточняване на промените във Вашето лечение в момента с лекуващия лекар и ендоскописта.

#### Усложнения

За диагностична колоноскопия:

1. Кръвоизливи - 0,05%
2. Перфорации - 0,2 - (0,4% могат да се диагностицират до 1-2 дни след манипулацията).
3. Бактериемия - 3,6 - 4% (по преценка на лекуващия лекар, може да се прави антибиотична профилактика).

Смъртност - 0,02 - 0,15%.

1. За терапевтична колоноскопия: - 1- 2,5%
2. Кървене - 0,2 - 2%
3. Перфорация до 0,7% могат да се диагностицират до 1 - 2 дни след манипулацията.
4. „Колон - коагулационен синдром“ до 1% - без наличие на перфорация има дразнене на перитонеума след коагулационна манипулация в колона. Проявява се с локализирано перитонеално дразнене, коремна болка, температура, левкоцитоза в първите 24 часа след полипектомията. Не е необходима оперативна намеса. Пациентът не трябва да се храни през устата 1-2 дни, когато се прилага лечение с антибиотици и вливания на инфузионни разтвори.

Експлозия на запалими газове, образувани от чревните бактерии.

Други, например ваго-вагални реакции, ретроперитонеален емфизем, камерни аритмии, бактериемия - 3,6 - 4% (по преценка на лекуващия лекар, може да се прави антибиотична профилактика).

Повечето усложнения се изявяват и диагностицират по време на манипулацията или в близките 1-2 часа след нея, както и при динамичното проследяване на болния. Изключително рядко се среща късен кръвоизлив - до 10 - 14 ден от манипулацията.

**Много редки усложнения:** формиране на бримка на колоноскопа и ингвинален херниален сак, вагусови реакции, интраабдоминален кръвоизлив / 0,04% /, емболии, ретроперитонеален емфизем, руптура на слезка, руптура на аневризма, експлозия при коагулация / може да се наблюдава след почистване с манитол или X-Prep поради евентуалното образуване на експлозивни газове/.

Леталитет: 8 - 20/100 000 колоноскопии по литературни данни.

Информирано съгласие на пациента: .....

/трите имена/

Дата .....

/саморъчен подпис/