

טופס הסכמה: הרחבת ושמ

DILATATION OF ESOPHAGUS

БЛАНК СОГЛАСИЯ: РАСШИРЕНИЕ ПИЩЕВОДА

Расширение пищевода производится при его сужении, затрудняющем глотание пищи и ее дальнейшее прохождение по пищеводу. Существует несколько способов расширения пищевода, причем некоторые из них требуют введения эндоскопа. Иногда после того, как достигнуто необходимое расширение пищевода, приходится пользоваться стентом для дальнейшего сохранения достаточного просвета.

Эндоскоп представляет собой гибкую трубку, содержащую оптические волокна для осмотра и каналы для проведения инструментов с целью диагностики и лечения. Существуют различные виды эндоскопов, для расширения пищевода применяется один из них, называемый гастроскопом.

1. Пневматический метод расширения пищевода.

При этом методе гастроскоп проводится через полость рта вплоть до места сужения пищевода, и, если удастся пройти область сужения, то далее до желудка. Через один из рабочих каналов гастроскопа в просвет пищевода вводится специальный проводник из металлической проволоки, который продвигается до уровня сужения. После этого гастроскоп извлекается, а на ротовой конец оставшегося в пищеводе проводника надевается (нанизывается) специальный катетер с баллончиком на конце. Баллончик под контролем рентгеновских лучей или под прямым эндоскопическим контролем продвигается в суженый отдел пищевода. Затем баллон раздувают на определенное время, чтобы добиться расширения сужения.

Во время манипуляции больной получает успокаивающие медикаментозные препараты в сочетании с местной анестезией глотки. Иногда необходимо повторить манипуляцию еще 1-2 раза.

Типичным осложнением этой методики является перфорация пищевода, которая происходит примерно у 5% больных.

2. Не пневматическое расширение пищевода.

При этом методе также используется эндоскоп, который через полость рта проводится до места сужения, а если удастся, то до желудка. С помощью гастроскопа в пищевод по направлению к сужению вводится проволока-проводник, на которую надеваются полые бужи, диаметр которых в процессе лечения постепенно наращивается, и соответственно происходит дальнейшее расширение суженного участка. В процессе манипуляции больной получает успокаивающие препараты в сочетании с местной анестезией глотки. Иногда необходимо повторить курс лечения несколько раз. При этой методике прободение пищевода является редким осложнением.

3. Не эндоскопическое расширение пищевода.

При этом методе в пищевод в направлении сужения вводятся расширители в виде эластических бужей без эндоскопического контроля. Во время каждого сеанса лечения используется несколько бужей постепенно увеличивающегося диаметра, лечение продолжается до расширения просвета пищевода, обеспечивающего достаточное питание. В процессе лечения используются успокаивающие препараты в сочетании с местной анестезией глотки. При этом методе прободение пищевода является редким осложнением.

Осложнения в виде прободения пищевода в части случаев требуют оперативного лечения. Введение инструментов через рот может вызвать повреждение зубов.

Данные больного

שם משפחה	שם פרטי	שם האב	.ז.ת
фамилия	имя	имя отца	номер паспорта

Настоящим я заявляю и подтверждаю, что получил/а подробное устное объяснение от доктора _____

שם פרטי	שם משפחה
имя	фамилия

о необходимости расширения пищевода посредством _____
(в дальнейшем: «основное лечение»).



Я осведомлен/а о способе выполнения предстоящей процедуры, о ее желаемых результатах

и о существующей вероятности того, что может понадобиться повторная процедура.

Настоящим я заявляю и утверждаю, что мне известно о сопутствующих явлениях основного лечения, включая боль и дискомфорт. Кроме того, я осведомлен/а о возможных осложнениях, включая: повреждение зубов при проведении инструментов; изредка – прободение пищевода, которое может потребовать немедленного или отсроченного оперативного лечения.

Настоящим я даю свое согласие на проведение основного лечения.

Настоящим я заявляю и подтверждаю следующее: из полученных мною объяснений я понял/а, что в процессе выполнения основного лечения или после его окончания может выясниться, что необходимо расширить объем вмешательства и/или изменить его характер; возможно, что потребуются также другие дополнительные действия для спасения жизни больного или предотвращения осложнений, в том числе и хирургические вмешательства. Мне известно, что

невозможно предвидеть заранее возникновение и характер осложнений, равно как и объем требуемых лечебных мероприятий. Я полностью понимаю смысл вышесказанного как в плане возможных осложнений, так и в отношении мероприятий, необходимых для их лечения. С учетом сказанного, я даю согласие 2001 ינואר /GEODS/4292/OESO/0042 ט' на расширение объема и изменение характера основного лечения, равно как и на выполнение других/дополнительных действий, включая хирургические вмешательства, которые в соответствии с профессиональными соображениями врачей лечебного учреждения представляются жизненно важными/необходимыми в процессе основного лечения.

Я согласен/согласна также на прием успокаивающих лекарственных препаратов и на проведение местного обезболивания, будучи осведомлен/а о том, что: прием успокаивающих лекарств может изредка привести к нарушению дыхания и сердечной деятельности, в основном у больных, страдающих заболеваниями органов дыхания и болезнями сердца; возможной опасностью при проведении местной анестезии является аллергическая реакция различной степени тяжести на препараты, применяемые при местной анестезии

Мне известно и я даю свое согласие на то, что основное лечение и все другие действия будут произведены лицами, на которых возложена эта обязанность, в соответствии с правилами и инструкциями лечебного учреждения, под его ответственность и в соответствии с законом. При этом мне не было обещано, что указанные действия полностью или частично будут выполнены какими-либо конкретными лицами.

חתימת החולה подпись больного	שעה час	תאריך дата
חתימת האפוטרופוס (במקרה של פסול דין, קטין או חולה נפש) подпись опекуна (в случае, если больной недееспособен, несовершеннолетний или родственник) душевнобольной)		שם אפוטרופוס (קירבה) фамилия (степень)

Я подтверждаю, что дал/а подробные устные объяснения всего вышесказанного и необходимого больной/опекуну больной*, и что она подписала в моем присутствии настоящий бланк согласия после того, как я убедился/ась, что мои объяснения поняты в полном объеме.

מס' רישיון номер лицензии	חתימת הרופא/ה подпись врача	שם הרופא/ה фамилия
------------------------------	--------------------------------	-----------------------

врача

* Лишнее зачеркнуть



החברה לניהול סיכונים ברפואה

ההסתדרות הרפואית בישראל
האיגוד הישראלי לגסטרוэнטרולוגיה ולמחלות כבד

