



BETEGTÁJÉKOZTATÓ

A vékonybél kapszula endoscopyiás vizsgálata

Kedves Páciensünk!

A vékonybél elhelyezkedése és hossza miatt a hagyományos tükrözéses /gastroszkopia, colonoszkopia, enteroszkopia/ módszerekkel nehezen és korlátozottan vizsgálható.

Jelenleg a vékonybél kórfolyamatai képi megjelenítésének leghatékonyabb módszere a kapszula endoscopyiás vizsgálat. Maga a kapszula egy kb. 1x2,5 cm-es sima felszínű eszköz, melyben elem, LED fényforrás, másodpercenként 2-6 felvételt készítő színes videokamera és egy apró adóberendezés van elhelyezve. A rendszerhez tartozik egy adatrögzítő - mely a beteg derekára csatolható övben helyezkedik el – valamint egy a rögzített képeket dekódoló, megjelenítő számítógépes konfiguráció.

A vizsgálat elvégzését az OEP három indikációban támogatja:

- 1, Ismeretlen eredetű, ismétlődő, klinikailag jelentős gasztrointesztinális vérzés, mely valószínűleg a vékonybélből ered.
- 2, Legalább 4 hete fennálló olyan hasi panaszok, laboratoriumi eltérések, melyek felvetik a vékonybél Crohn-betegségének alapos gyanúját, ugyanakkor a gyomor és vastagbél tükrözés során ez nem volt bizonyítható.
3. Igazolt Crohn-betegség esetén, amennyiben alapos a gyanú, hogy az a felső tápcsatornát és a vékonybelet is érinti.

A fentiekből következik, hogy a vékonybél kapszula endoscopyiás vizsgálatát minden esetben gyomor és vastagbél tükrözésnek kell megelőznie.

A kapszulás endoscopyiás vizsgálat menete:

- A vizsgálat előtti 12 órában szilárd ételt nem fogyaszthat, sz.e. kezelőorvosa hashajtók szedését rendelheti el.
- A vizsgálat előtt felhelyezésre kerül az adatrögzítő berendezést tartalmazó öv.
- A kapszula aktiválását követően a beteg kevés vízzel lenyeli a kapszulát.
- Az orvos, kb. 1 órával a lenyelést követően a kamerarendszer segítségével, ellenőrzi, hogy a kapszula a gyomorból átkerült-e a vékonybélbe. Ha nem, gyomor-bél mozgást segítő gyógyszer alkalmazására kerülhet sor, ill. kivételesen gyomortükrözés során helyezheti át a kapszulát kezelőorvosa a gyomorból a vékonybélbe.
- A kapszula működési ideje 8-12 óra.
- A beteg a vizsgálat megkezdése után 4 órával folyadékot, 6 óra múltán szilárd ételt is fogyaszthat.
- A kapszula 10-72 órán belül rendszerint távozik a széklettel.
- Orvosa a kamerarendszer segítségével ellenőrzi, hogy a kapszula elhagyta-e a vékonybelet. Ha igen, a képrögzítő öv eltávolításra kerül.
- Orvosa néhány napon belül átnézi a készült felvételt, értékeli a látottakat és az eredményt közli Önnel.

A kapszulás vékonybél endoscopyiás diagnosztikus értéke vékonybél vérzés esetén 30-70 %, vékonybél Crohn-betegségben 10-40 % közötti.

Az organikus vékonybél betegségek egyéb vizsgálati lehetőségei: ballonos vékonybél endoscopyiás /enteroscopyiás/, CT, vagy MR enterographia. Ezek elérhetősége és diagnosztikus értéke behatárolt.

A kapszulás endoscopyiás vizsgálatot kapcsolatosan 2-4 %-ban fordul elő nem várt esemény. Leggyakoribb szövődmény a kapszula elakadása (retenciója), ami vékonybél elzáródást, vérzést, fekélyt, kivételesen vékonybél kilukadást (perforáció) eredményezhet. Ez a szövődmény az esetek kb. felében műtétet tesz szükségessé.

Olyan esetekben, amikor felmerül vékonybél szűkület lehetősége, a „valódi” kapszula előtt egy méretében megegyező, de elakadás esetén lebomló kapszulával teszteljük a bél átjárhatóságát.

Amennyiben a vizsgálat közben hasi fájdalom, hányinger, vagy hányás jelentkezne, azonnal jelezze orvosának!

A kapszulás endoscopyiás vizsgálat ideje alatt nem vehet részt MR vizsgálaton!

A beavatkozás kockázatának csökkentése céljából kérjük, válaszoljon az alábbi kérdésekre:

Van-e beültetett szívritmus szabályozója?	igen	nem
Van-e beültetett defibrillátora?	igen	nem
Fennáll-e terhesség?	igen	nem
Ismert-e valamely gyógyszer iránti túlérzékenysége?	igen	nem

Egyéb ismert betegségei:

Ha a tervezett beavatkozással kapcsolatosan kérdése van, tegye fel a beavatkozást végző orvosnak!



HEVES VÁRMEGYEI MARKHOT FERENC KÓRHÁZ
Belgyógyászati Osztály – Gasztroenterológia részleg

BELEEGYEZŐ NYILATKOZAT

Alulírott:....., született:

lakcím:....., TAJ:

szabad akaratomból az alábbi **nyilatkozatot teszem** az elvégzendő

A vékonybél kapszula endoscopiás vizsgálata

invasív eljárásra vonatkozóan.

1. Kijelentem, hogy alul nevezett vizsgálatot végző orvostól részletes tájékoztatást kaptam szóban és a fenti (301. azonosító számú) Betegtájékoztató átadásával egészségi állapotomról, a javasolt és a lehetséges alternatív vizsgálati, diagnosztikai eljárás, beavatkozás természetéről és céljáról, az ellátás folyamatáról és várható kimeneteléről, a vele járó kockázatokról és az elővigyázatosság ellenére adódó szövődmények lehetséges bekövetkezéséről. Megértettem, hogy minden eljárásnak van valamilyen kockázata és elismerem, hogy az elvárt eredményt nem lehet biztonsággal szavatolni.

2. Tájékoztatót kaptam arról, hogy a vizsgálat **következményeként, a betegtájékoztatóban részletezett mellékhatások, szövődmények léphetnek fel.**

- * Beleegyezem a szükséges érzéstelenítő eljárás elvégzésébe, és megértem, hogy az érzéstelenítésnek lehetnek kockázatai.
- * Felhatalmazom a kezelést végző orvost (orvoscsoportot) és asszisztenciáját arra, hogy a gyógyeljárás során felmerülő, előre nem látott szükség esetén a beavatkozást a kellő mértékben kiterjessék és megtegyenek minden, a gyógyeredmény javítását célzó intézkedést, beleértve addig nem tervezett gyógyszer adását, kórházi osztályon történő elhelyezést is.
- * Beleegyezem abba, hogy a vizsgálatok, vagy ellátásom során orvosaimon és ápolóimon kívül **más egészségügyi szakemberek is** (más szakterület orvosai, szakorvosjelöltek, orvostanhallgatók, tanuló nővérek) **jelen legyenek** és abba is, hogy dokumentációs vagy oktatási célból állapotomról, a velem kapcsolatos tevékenységről felvételek készüljenek, ha azokon személyem nem azonosítható.
- * Tudomásul veszem, hogy jogom van a feljánlott kezelésekből bármelyikének vagy mindegyikének elutasítására. Ez esetben a kezelésem során a visszautasítás kapcsán bekövetkező szövődményekért illetve a gyógyeredmény kialakulásáért **azokat az orvosokat, akiknek a kezelését nem fogadtam el, a felelősség alól felmentem.**
- * A vizsgálatba, beavatkozásba való beleegyezésemet a tájékoztatás megértése alapján minden kényszertől mentesen adom. Kijelentem, hogy a vizsgálat, beavatkozás lefolyásáról megfelelő tájékoztatást kaptam és részemről ezzel kapcsolatban több kérdés nem merült fel. Ennek alapján kérem, hogy rajtam a **fent nevezett kezelést vagy beavatkozást elvégezzék.**

Eger, 20..

.....
beteg vagy képviselője aláírása

.....
vizsgálatot végző orvos aláírása
és bélyegző lenyomata

Döntőképes (cselekvőképes), de írásképtelen beteg fenti közlésének tanúi:

1

2

.....
név, lakcím

.....
név, lakcím