|  |  |
| --- | --- |
| A | **MINISTERUL SĂNĂTĂŢII AL REPUBLICII MOLDOVA** |



 **UNIVERSITATEA DE STAT DE MEDICINĂ ȘI FARMACIE**

 **,,NICOLAE TESTEMIAȚANU’’ DIN REPUBLICA MOLDOVA**

**STENOZA POSTCAUSTICĂ A ESOFAGULUI LA COPIL**

**Protocol clinic naţional**

**(ediția I)**

 **PCN-409**

Chişinău, 2022

**Aprobat prin şedinţa Consiliului de experţi al Ministerului Sănătăţii**

 **al RM din 20.05.2022, proces verbal nr. 3**

**Aprobat prin ordinul Ministerului Sănătăţii al RM nr.750 din 26.07.2022, cu privire la aprobarea Protocolului clinic naţional „Stenoza postcaustică a esofagului la copil”**

Cuprins

[SUMARUL RECOMANDĂRILOR: 3](#_Toc109985660)

[ABREVIERILE FOLOSITE ÎN DOCUMENT 4](#_Toc109985661)

[PREFAŢĂ 4](#_Toc109985662)

[A. PARTEA INTRODUCTIVĂ 4](#_Toc109985663)

[A.1. Diagnosticul 4](#_Toc109985664)

[A.2. Codul bolii (CIM 10) 4](#_Toc109985665)

[A.3. Utilizatorii 4](#_Toc109985666)

[A.4. Scopurile protocolului 4](#_Toc109985667)

[A.5. Data elaborării protocolului 5](#_Toc109985668)

[A.6. Data următoarei revizuiri 5](#_Toc109985669)

[A.7. Lista şi informaţiile de contact ale autorilor şi ale persoanelor care au participat la elaborarea protocolului 5](#_Toc109985670)

[A.8. Definiţiile folosite în document 5](#_Toc109985671)

[A.9. Informaţia epidemiologică 5](#_Toc109985672)

[B. PARTEA GENERALĂ 7](#_Toc109985673)

[B.1. Nivel de asistenţă medicală de urgență 7](#_Toc109985674)

[B.2. Nivel de asistenţă medicală primară 7](#_Toc109985675)

[B.3. Nivel de asistenţă medicală specializată de ambulatoriu (chirurg pediatru) 8](#_Toc109985676)

[B.4. Nivel de asistenţă medicală spitalicească 8](#_Toc109985677)

[C.1. ALGORITMII DE CONDUITĂ 10](#_Toc109985678)

[C. 1.1. Algoritmul de diagnostic 10](#_Toc109985679)

[C.2. Descrierea metodelor, tehnicilor şi a procedurilor 11](#_Toc109985680)

[C.2.1. Clasificarea 11](#_Toc109985681)

[C.2.2. Factorii de risc 12](#_Toc109985682)

[C.2.3. Conduita pacientului 12](#_Toc109985683)

[*C.2.3.1. Anamneza* 12](#_Toc109985684)

[*C.2.3.2. Examenul fizic* 12](#_Toc109985685)

 [C.2.3.2.1. Disfagie 13](#_Toc109985686)

 [C.2.3.2.2. Clasificarea disfagiei 13](#_Toc109985687)

 [C.2.3.2.3. Simptome 13](#_Toc109985688)

[*C.2.3.3. Investigaţiile paraclinice* 14](#_Toc109985689)

[*C.2.3.4. Complicaţii* 15](#_Toc109985690)

[*C.2.3.5. Diagnosticul diferenţial* 15](#_Toc109985691)

[*C.2.3.6. Criteriile de adresare pentru ajutor medical* 16](#_Toc109985692)

[*C.2.3.7. Criteriile de spitalizare* 16](#_Toc109985693)

[*C.2.3.8 Tratament* 16](#_Toc109985694)

 [C.2.3.8.1. Indicațiile pentru tratamentul endoscopic 16](#_Toc109985695)

 [C.2.3.8.2. Tipurile bujării 17](#_Toc109985696)

 [C.2.3.8.3. Indicele eficacității tratamentului endoscopic 17](#_Toc109985697)

 [C.2.3.8.4. Contraindicații pentru tratamentul endoscopic - bujare 17](#_Toc109985698)

 [C.2.3.8.5. Complicațiile bujării 18](#_Toc109985699)

 [C.2.3.8.6. Indicații pentru tratament chirurgical de urgență 18](#_Toc109985700)

 [C.2.3.8.7. Indicații pentru tratamentul chirurgical programat 18](#_Toc109985701)

 [*C.2.3.8.8.* Ce este necesar a lua în calcul al alegerea metodei de tratament? 18](#_Toc109985702)

 [C.2.3.8.9. Principii ale esofagoplastiei 18](#_Toc109985703)

 [C.2.3.8.10. Ce este necesar de știut pentru alegerea metodei de esofagoplastie? 18](#_Toc109985704)

 [C.2.3.8.11. Metode de esofagolpastie 19](#_Toc109985705)

 [C.2.3.8.12. Complicații postoperatorii 21](#_Toc109985706)

 [C.2.3.8.13. Tratament medicamentos 21](#_Toc109985707)

[*C.2.3.9. Prognostic* 22](#_Toc109985708)

[*C.2.3.10. Profilaxia stenozei postcaustică al esofagului* 22](#_Toc109985709)

[*C.2.3.11. Supravegherea pacienţilor* 22](#_Toc109985710)

[D. RESURSELE UMANE ŞI MATERIALE NECESARE PENTRU RESPECTAREA PREVEDERILOR PROTOCOLULUI 23](#_Toc109985711)

[D.1. Instituţiile de asistenţă medicală primară și de asistență medicală urgentă 23](#_Toc109985712)

[D.2. Instituţiile /secţiile de asistenţă medicală specializată de ambulatoriu 23](#_Toc109985713)

[D.3. Instituțiile de asistență medicală spitalicească: secții chirurgicale, de reanimare și TI ale spitalelor raionale, municipale, republicane 23](#_Toc109985714)

[E. INDICATORII DE MONITORIZARE A IMPLEMENTĂRII PROTOCOLULUI 25](#_Toc109985715)

[*Anexa 1*](#_Toc109985716) [Ghidul pacientului cu Stenoză postcaustică a esofagului la copii](#_Toc109985717)[(Ghid pentru pacienţi, părinţi) 26](#_Toc109985718)

[*Anexa 2*](#_Toc109985719) [Fișa standardizată de audit bazat pe criterii pentru stenoză postcaustică a esofagului 28](#_Toc109985720)

[*Anexa 3*](#_Toc109985721) [Clase de dovezi și scala de evaluare pentru recomandări 30](#_Toc109985722)

[BIBLIOGRAFIE 31](#_Toc109985723)

# SUMARUL RECOMANDĂRILOR:

* Stenoza esofagului reprezintă o îngustare mai mult sau mai puțin pronunțată a lumenului esofagului
* Stenoza postcaustică a esofagului ocupă un loc important în patologia esofagului la copii
* Majoritatea copii sunt aduși la medic specialist la apariția disfagiei progresive pentru alimente solide și lichide, scăderea masei corporale, refuzul alimentației, copii în vârsta mai mare acuze la senzație de greu retrosternal postalimentar sau senzația de oprirea în gît a bucăților alimentare
* Tratamentul stenozei postcaustice a esofagului rămâne o problemă de importanța înaltă în chirurgia pediatrică

# ABREVIERILE FOLOSITE ÎN DOCUMENT

|  |  |
| --- | --- |
| SPE | Stenoză postcaustică a esofagului  |
| USG abdominală | Ultrasonografie abdominală |
| Ro"-grafia | Radiografie |
| EGDS | Esofagofibrogastroscopie |
| ICV | Insuficiență cardiovasculară |
| ECG  | Electrocardiogramă |
| TI | Terapie intensivă |
| USMF | Universitatea de Stat de Medicină şi Farmacie „Nicolae Testemiţanu” |
| CNȘP de Chirurgie Pediatrică „acad. Natalia Gheorghiu” | Centrul Național Ștințifico-Practic de Chirurgie Pediatrică „Acad. Natalia Gheorghiu” |

# PREFAŢĂ

 Protocolul Clinic Național „Stenoza postcaustică a esofagului la copii” a fost elaborat de un grup de colaboratori ştiinţifici sub conducerea D-nei Eva Gudumac, doctor habilitat în ştiinţe medicale, profesor universitar, Academician al AŞM, Om Emerit, de la Catedra de chirurgie, ortopedie și anesteziologie pediatrică „Natalia Gheorghiu”, şef al Laboratorului de Infecții Chirugicale la Copii, USMF „Nicolae Testemiţanu” și de la Centrul Naţional Ştiinţifico-Practic de Chirurgie Pediatrică „Academician Natalia Gheorghiu”.

Protocolul a fost discutat şi aprobat la şedinţa catedrei de Chirurgie, Ortopedie şi Anesteozologie Pediatrică USMF „Nicolae Testemiţanu”, şef catedră, Jana Bernic, dr.hab.șt.med., prof. universitar, USMF „Nicolae Testemiţanu”.

# A. PARTEA INTRODUCTIVĂ

## A.1. Diagnosticul:

*Exemple de diagnostic clinic:*

 Stenoza esofagului. Stare după arsura chimică de esofag (soluţie Krot) gr.II, faza acută.

 Stenoză de esofag. Starea după corp străin al esofagului (batarii- element voltaic)

## A.2. Codul bolii (CIM 10)

K22.2 Stenoza esofagului

## A.3. Utilizatorii

* Oficiile medicilor de familie (medicii de familie, asistentele medicale de familie)
* Centrele de sănătate (medicii de familie)
* Centrele medicilor de familie (medicii de familie)
* Instituţiile/secţiile consultative raionale şi municipale (medicii chirurgi pediatri, chirurgii de adulţi, pediatri)
* Asociaţiile medicale - teritoriale (medici ide familie, pediatri, chirurgi pediatri, chirurg de adulţi)
* Secţiile de pediatrie ale spitalelor raionale, municipale şi republicane (medicii pediatri)
* Secţiile de perinatologie ale spitalelor raionale, municipale şi republicane (neonatologii)
* Centrele de chirurgie pediatrică, reanimare şi terapie intensivă ale spitalelor municipale şi republicane (medicii chirurgi pediatri şi reanimatologi)
* ***Notă***: Protocolul la necesitate poate fi utilizat şi de alţi specialişti.

## A.4. Scopurile protocolului

1. Ameliorarea rezultatelor tratamentului medico-chirurgical prin depistarea precoce a bolnavilor cu stenoză postcaustică a esofagului și optimizarea tehnicii de diagnostic a depistărilor precoce a complicaţiilor stenozei.
2. Sporirea calității examinării clinice, paraclinice şi optimizarea tratamentului copiilor cu stenoză postcaustică a esofagului
3. a ameleora diagnosticul şi asistenţa medicală la etapa primară și spitalicească la copiii cu stenoză postcaustică de esofag.
4. De a argumenta spitalizarea copiilor cu stenoză postcaustică a esofagului în staționar prin crearea condiţiilor optime de îngrijiri medicale în scopul profilaxiei complicaţiilor, inclusiv cele psihologice.
5. Ameliorarea calităţii tratamentului copiilor cu stenoză postcaustică a esofagului
6. Reducerea maximală a complicaţiilor precoce şi tardive după tratamentul copiilor cu stenoză postcaustică a esofagului
7. A ameliora rezultatele imediate şi la distanţă ale tratamentului chirurgical la bolnavii cu stenoză postcaustică a esofagului.

## A.5. Data elaborării protocolului: 2022

## A.6. Data următoarei revizuiri: 2027

## A.7. Lista şi informaţiile de contact ale autorilor şi ale persoanelor care au participat la elaborarea protocolului

|  |  |
| --- | --- |
| **Numele** | **Funcţia deţinută** |
| Acad. Eva Gudumac  | Doctor habilitat în ştiinţe medicale, profesor universitar, academician al AŞM, Om Emerit, Catedra de chirurgie, ortopedie și anesteziologie pediatrică „Natalia Gheorghiu”, USMF „Nicolae Testemiţanu”, şef al Laboratorului Infecții Chirugicale la Copii, USMF „Nicolae Testemiţanu”, colaborator la centrul naţional Ştiinţifico-Practic de Chirurgie Pediatrică „Academician Natalia Gheorghiu”, IMşiC |
| Dr. Irina Livşiţ  | Medic ordinator al secţiei chirurgie septico-purulentă, chirurg-pediatru, doctorand, Catedra de chirurgie, ortopedie și anesteziologie pediatrică „Natalia Gheorghiu”, USMF „Nicolae Testemiţanu”, colabortor al Laboratorului Infecții Chirugicale la Copii, USMF „Nicolae Testemiţanu”, centrul naţional Ştiinţifico-Practic Chirurgie Pediatrică „Academician Natalia Gheorghiu”, IMşiC |
| Jana Bernic  |  Doctor habilitat în științe medicale, profesor universitar, șef Catedră, catedra de chirurgie, ortopedie și anesteziologie pediatrică „Natalia Gheorghiu”, USMF „Nicolae Testemiţanu”, colaborator al centrului naţional Ştiinţifico-Practic de Chirurgie Pediatrică „Academician Natalia Gheorghiu”, IMşiC, al USMF „Nicolae Testemiţanu”  |
| Victor Rașcov | Medic endoscopist, șef secție Endoscopie IMSP IMșiC |

***A.8. Definiţiile folosite în document***

Stenoza esofagului: reprezintă o îngustare mai mult sau mai puţin pronunţată a conductului esofagian**.**

**Copil:** persoane cu vârsta egală sau mai mică de 18 ani.

**Recomandabil**: nu poartă un caracter obligatoriu. Decizia va fi luată de medic pentru fiecare caz individual, utilizând principiile medicinei personalizate.

## A.9. Informaţia epidemiologică

 Stenoza esofagiană postcaustică continuă să ocupe un loc important în patologia esofagiană la copil. Acizii şi bazele puternice sunt principalii compuşi chimici implicaţi în producerea leziunilor postcaustice. Leziunile sunt variabile, în funcţie de natura causticului, cantitatea ingerată şi durata contactului cu mucoasa esofagiană.

Frecvența stenozelor esofagiene după arsura chimică a esofagului, conform datelor diferitor autori, constiutuie 3-20%. Tratamentul stenozei postcaustice a esofagului rămâne o problemă de importanța înaltă în chirurgia pediatrică. De-a lungul timpului, s-au propus diverse metode de tratament al stenozelor postcaustice, numărul acestora crescând progresiv, semn că nici una nu este infailibilă. Oricare ar fi modalitatea de tratament, ea trebuie să nu transforme o leziune benignă într-una malignă, să nu determine morbiditate accentuată şi chiar mortalitate.Procesul de cicatrizare după arsura esofagului, în 30% din cazuri, duce la scurtarea esofagului cu formarea herniei hiatale. Ca rezultat, se dezvoltă refluxul gastrointestinal și esofagita peptică.

Esofag cu strictură

Esofag fără strictură

Strictură

esofag

trahee

alimente

Joncțiunea esogastrică

Zona stenozării esofagului

(strictura)

stomac


# B. PARTEA GENERALĂ

|  |
| --- |
| B.1. Nivel de asistenţă medicală de urgență |
| **Descriere*****(măsuri)*** | **Motive** ***(repere)*** | **Paşi****(*modalităţi şi condiţii de realizare)*** |
| **I** | **II** | **III** |
| 1. **Diagnosticul**
 |
| 1.1. Diagnosticul preliminar al stenozei postcaustice | Diagnosticarea precoce a stenozei postcaustice a esofagului permite iniţierea tratamentului, reducerea evoluţiei nefavorabilă (dizabilității sau decesului)  | **Obligatoriu:*** Anamneza (*caseta 7*)
* Examenul obiectiv (*caseta 11*)
* Diagnosticul diferenţial (*caseta 15*)
 |
| 1.2. Luarea deciziei în transportarea în IM | Transportarea de urgență a pacienților cu tabloul clinic sever și indicii hemodinamici instabili permite acordarea asistenței medicale specializate prompt și eficient. | **Obligatoriu:*** Identificarea complicațiilor (caseta 16).
* Pacienţii cu indicii hemodinamici instabili sau cu alterarea stării de conștiință se vor transporta în mod de urgenţă în IM
 |
| 1. ***Tratamentul de urgență la etapa de prespital***
 |
| * 1. Tratamentul simptomatic

C.2.3.8. | Tratamentul conservator se indică tuturor pacienților ca prim ajutor | **La necesitate:*** Tratamentul conservator la pacienţii cu stenoză postcaustică a esofagului pentru stabilizarea stării generale
 |
| B.2. Nivel de asistenţă medicală primară |
| **Descriere*****(măsuri)*** | **Motive** ***(repere)*** | **Paşi****(*modalităţi şi condiţii de realizare)*** |
| **I** | **II** | **III** |
| 1. **Screeningul**
 | Screeningul facilitează depistarea precoce a copiilor cu stenoză postcaustică a esofagului | **Obligatoriu:*** Factori de risc (*caseta 6*)
* Manifestări clinice (casetele 8, 9, 10a, 10b, 11)
* EGDS (caseta 13)
 |
| 1. **Diagnosticul**
 |
| 2.1.Diagnosticul preliminar al C.2.3.1.-C.2.3.5 | Diagnosticarea precoce a stenozei postcaustice a esofagului permite iniţierea tratamentului şi reducerea evoluţiei nefavorabile (invalidităţii sau decesului)  | **Obligatoriu:*** Anamneza (*caseta 7*)
* Examenul obiectiv (*caseta 11*)
* Examenul paraclinic (*casetele 12, 13*)
* Diagnosticul diferenţial (*caseta 15*)
 |
| Decizia: consultaţiei specialiştilor şi/sau spitalizării | * Consultul medicului chirurg pediatru, endoscopistului, toxicologului permite confirmarea diagnosticului de stenoză postcaustică a esofagului.
 | **Obligatoriu:*** Toţi copiii cu suspecţie la arsură chimică a esofagului necesită consultaţia chirurgului pediatru, endoscopistului,
 |
|  | * Consultul specialiştilor contribuie la depistarea altor patologii şi confirmarea diagnosticului de stenoză postcaustică a esofagului
 | * toxicologului
* Evaluarea criteriilor de spitalizare (urgentă sau programată)
 |
| 1. **Tratamentul**
 |
| * 1. Tratamentul simptomatic

C.2.3.8. | Tratamentul se va efectua în colaborare cu chirurgul pediatru | **La necesitate:*** Tratamentul conservator la pacienţii cu stenoză postcaustică a esofagului pentru stabilizarea stării generale
 |
| B.3. Nivel de asistenţă medicală specializată de ambulatoriu (chirurg pediatru) |
| **Descriere*****(măsuri)*** | **Motive** ***(repere)*** | **Paşi****(*modalităţi şi condiţii de realizare)*** |
| **I** | **II** | **III** |
| 1. **Screeningul SPE**
 | Screeningul permite depistarea precoce a stenozei postcaustice a esofagului | **Recomandabil:*** EGDS în stărea generală stabilă
* Ro-grafia cutiei toracice
 |
| 1. **Diagnosticul**
 |
| * 1. Confirmarea SPE

C.2.3.1.- C.2.3.2.3. | Diagnosticarea precoce a stenozei postcaustice a esofagului permite iniţierea tratamentului şi reducerea evoluţiei nefavorabile (invalidităţii sau decesului) (*caseta 10*) | **Obligatoriu:*** Anamneza (*caseta 7*)
* Examenul obiectiv (*caseta 11*)
* Ro-grafia cutiei toracice Examenul de laborator (*casetele 12, 13*)
* Ro-grafia esofagului cu masă de contrast (*caseta 13*)

**Recomandabil:*** EGDS în stărea generală stabilă (*caseta 13*)
* Consultul altor specialişti (la necesitate)
 |
| **2.Tratamentul**  |
| 3.1. Tratament simptomatic SPEC2.3.8 | Tratamentul simptomatic are ca scop stabilizarea stării generale, combaterea sindromului algic  | **La necesitate:*** Tratamentul conservator la pacienţi cu stenoză postcaustică a esofagului (*caseta 18, 31*)
 |
| B.4. Nivel de asistenţă medicală spitalicească

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Descriere*****(măsuri)*** | **Motive****(*modalităţi şi condiţii de realizare)*** |  **Paşi****(*modalităţi şi condiţii de realizare)*** |
| **I** | **II** | **III** |

 |
| **1. Diagnosticul** |
| 1.1. Confirmarea diagnosticului de SPEC2.3.2.- C.2.3.5. | Diagnosticarea precoce a stenozei postcaustice a esofagului permite iniţierea cât mai devreme a tratamentului adecvat şi reducerea ratei complicaţiilor  | **Obligatorii:*** Colectarea anamnezei (*caseta 7*)
* Examenul clinic (*casetele 8, 9, 10a, 10b, 11*)
* Examenul imagistic (*caseta 13*)
* Examenul de laborator (*caseta 12*)
* Evaluarea riscului complicaţiilor (*caseta 14*)

**Recomandabil:**Consultul altor specialişti (anesteziolog, cardiolog, toxicolog, reanimatolog-intensivist, endoscopist etc.) |
| **2. Tratamentul** |
| 2.1 Selectarea metodei de tratament SPEC.2.3.8. | Tratarea stenozei postcaustice a esofagului | **Obligatoriu:*** Aprecierea tehnicii de tratament (indicaţiile pentru tratamentul chirurgical) (casetele *17-30*)
* Pregătirea preoperatorie (*caseta 31*)
* Intervenţia chirurgicală sub anestezie generală
* Conduita postoperatorie (*casetele 17, 31*)
* Prognostic (*caseta 32*)
 |
| **3. Externarea,** **tratament continuu şi supraveghere** |  | Extrasul **obligatoriu** va conţine:* Diagnosticul definitiv cu confirmarea endoscopică.
* Rezultatele investigaţiilor efectuate.
* Descrierea detaliată a tratamentului efectuat.
* Recomandările explicite pentru pacient şi părinţi.
* Recomandările pentru medicul de familie (*casetele 17, 34*)
* Program de supraveghere și tratament ulterior *(caseta 34)*
 |

# C.1. ALGORITMII DE CONDUITĂ

## C. 1.1. Algoritmul de diagnostic

Anamneza

Acuze

Examen

imagistic

clinic

de laborator

- EGDS

- Ro"-grafia esofagului cu masă de contrast

- Ro"-scopia esofagului cu masă de contrast

Confirmarea diagnosticului

Aprecierea tacticii medico-chirurgicale

# C.2. Descrierea metodelor, tehnicilor şi a procedurilor

## C.2.1. Clasificarea

|  |
| --- |
| *Caseta 1.* Clasificarea stricturilor postcaustice de esofag OMED: După numărul stricturilor:1. Unică
2. Multiplă

După gradul schimbărilor cicatriciale:1. Neformate
2. Formate cu dilatarea supra stenotică

 După prezenţa schimbărilor distructive:1. Ulceraţii
2. Stricturi simple (fără ulceraţii)

După timpul formării:1. Precoce (mai puţin de 6 luni, după alți autori 3-4 săptămâni)
2. Tardive (mai mult de 6 luni)

 După gradul obliterării:1. Totale
2. Parţiale

După localizare:- înaltă – partea cervicală a esofagului, gura esofagului- medie – nivelul aortei, bifurcației traheei- inferioară – regiunea epifrenală, cardială- combinateDupă forma dilatării suprastenotice:- conic- secularDupă etiologie* După arsură cu acizi
* După arsură cu baze
* alte

După prezența complicațiilor:- ducturi false în mediastin- diverticul esofagian- scurtarea cicatriceală a esofagului- fistulă traheo-esofagiană, fistulă traheo-bronșică   După gradul de progresarea-lentă-rapidă |

|  |
| --- |
| *Caseta 2.* Clasificare după lungimea afectării (В.Х.Василенко 1971)1. Scurtă (strictura) mai puţin de 5cm
2. Lungă (mai mare de 5 cm)
3. Subtotală (ocupă mai puțin de 60% din esofag)
4. Totală

Sau1. Scurtă: membranoasă – în formă de membrană cu lățimea sub 0,5 cm
2. Circumferințială (inelară) cu extindere 2-3 cm
3. Tubulară – cu extindere mai mult de 3 cm
4. Totală
 |

|  |
| --- |
| *Caseta 3.* Clasificarea după gradul stenozării – conform severității disfagiei sau după datele endoscopice:Gradul I – diametrul lumenului esofagului 9-11mmGradul II - diametrul lumenului esofagului 6-8 mmGradul III - diametrul lumenului esofagului 3-5 mmGradul IV - diametrul lumenului esofagului 1-2 mm sau obliterarea totală |

|  |
| --- |
| *Caseta 4.* Clasificarea după forme clinice:* Compensată – semnele clinice lipsesc, dar metode specifice de examinare pot depista stenoza esofagului
* Subcompensată – prezintă dificultăți la actul de deglutiție, dar permeabilitatea esofagului nu este afectată
* decompensată
 |

##  C.2.2. Factorii de risc

|  |
| --- |
| *Caseta 6.* Factori de risc:* Arsură chimică a esofagului gr II-III
* Corp străin al esofagului (baterie)
 |

##  C.2.3. Conduita pacientului

### *C.2.3.1. Anamneza*

|  |
| --- |
| *Caseta 7* Anamneza copilului cu stenoză postcaustică a esofagului* Ingestia unei soluţii chimice (ce fel de soluţie, în ce volum, care este concentrația și care consistența?)
* Corp străin al esofagului (baterie – timpul trecut după ingerare)
 |

### *C.2.3.2. Examenul fizic*

|  |
| --- |
| *Caseta 8*  **Simptomocomplexul stenozei postcaustice a esofagului:*** **Disfagia**, care apare peste 3-4 săptămâni după arsura chimică a esofagului, inițial este periodică
* Scăderea ponderală
* Voma esofagiană – apare imediat după înghițirea hranei
 |

###  C.2.3.2.1. Disfagie

|  |
| --- |
| *Caseta 9.* **Disfagia** este semnul principal, care trece prin **4 stadii:**1. Ușoară îngroșare a peretelui esofagului. Clinic se manifestă prin dereglări periodice de deglutiție și senzații dureroase neînsemnate pe traiectul esofagului când trec alimente dure
2. Îngustarea progresivă: bolnavul poate înghiți doar hrană semilichidă în ritm lent
3. Permiabelitatea esofagului numai pentru alimente lichide
4. Copilul nu poate înghiți nu numai apa, dar chiar și saliva
 |

### C.2.3.2.2. Clasificarea disfagiei

|  |
| --- |
| Caseta 10.a. **Clasificarea disfagiei după Ratner G.L., Belokonev V.N. (1982)**Gradul I – selective: apare la alimentația cu anumite produse alimentare (pâine, cartofi, alimentarea rapidă ). Diametrul stricturii < 1-1,5 cm. Funcția esofagului păstrată (viteza trecerii masei de contrast cu este micșorată)Gradul II – compensată: esofagul este permeabil numai pentru alimente semilichide și mecanic amestecate. Diametrul stricturii 0,3-0,5 cm. Trecerea masei de contrast incetenită, se determină o dilatare suprastenotică neînsemnată și stopaj pe timp scurt al masei de contrast suprastenoticGradul III – subcompensată: prin esofag trec numai lichide (ceai, apă, lapte) și ulei (de măsline, de floarea soarelui). Diametrul stricturii < 0,3 cm. Prezintă dilatare suprastenotică cu semne de esofagită de stagnareGradul IV – reversibilă: permeabilitatea esofagului dereglată total pentru lichide și salivă. Dar sub acțiunea terapiei antiinflamatorii și după aplicarea gastrostomei permeabilitatea esofagului poate fi restabilităGradul V – obliterarea esofagului ireversibilă |

|  |
| --- |
| Caseta 10.b. Clasificarea disfagiei după Bown0 puncte – deglutiția normală1 punct – dificultăți periodice de deglutițiea alimentelor solide2 puncte – alimentația cu alimente semilichide3 puncte – alimentația exclusiv cu alimente lichide4 puncte – înghițirea salivei este imposibilă***NB:***  Corelarea gradului stenozării și gradului disfagiei nu este totală, fiind că pasajul bolului alimentar depinde nu numai de gradul și lungimea stricturii, dar și de localizarea stricturii, de persistența peristaltismului peretelui esofagului, elasticitatea lui, de gravitatea procesului inflamator și de gradul dilatării suprastenotice |

### C.2.3.2.3. Simptome

|  |
| --- |
| *Caseta 11.*  **Simptome*** disconfort și/sau dureri retrosternale (uneori), senzație de greutate retrosternală (rar)
* regurgitații
* tuse chinuitoare , în criză
* dereglări de respirație – imposibil inspirul în cazul stenozei înalte

(spasm, sufocare)* hipersalivație semne indirecte ale prezenței dilatării
* regurgitații (eructații) suprastenotice a esofagului
* pirozis
* odinofagie – deglutiție dureroasă
* eructație cu aer sau cu alimente nu demult înghețite
* grețuri, vome
* slăbirea bruscă
* deshidratare
 |

***NB!*** *T*abloul clinic depinde de gradul stenozei esofagului și al afectării organismului

### *C.2.3.3. Investigaţiile paraclinice*

|  |
| --- |
| *Caseta 12****.* Investigaţii paraclinice la copiii cu stenoza postcaustică a esofagului** |
| **Investigaţii paraclinice** | **Nivelul efectuării** | **Grad de dovezi** | **Nivel de dovezi** |
| Hemoleucograma ( leucocitoză, ↑VSH - indică un proces inflamator, infecție bacteriană) | O | A,S | B | IIa |
| Timpul coagulării | O | S | B | IIa |
| Grupa sangvină şi factorul Rh | O | S | B | Iib |
| Analiza sângelui la HIV/SIDA | O | S |  |  |
| Reacţia Wassermann | O | S |  |  |
| Biochimia sângelui* + - Proteina totală, Ureea, Creatinină, Bilirubină,

ALT, AST, Glucoză* + - ionograma (↓K,Na,Cl;Ca) – acidoza metabolică, echilibrul acido-bazic, proteina C-reactivă, hepatita C, lues
 | O | A,SS | B | Ia |
| EGDS | O | S | A | Ia |
| Ro" cu contrast a esofagului (esofagografia) în poziție verticală, în 2 proiecții | O | A,S | A | Ib |
| Ro"-grafia cutiei toracice | N | A,S | A | Ia |
| ECG | O/N | A,S | B | IIa |
| Ecografia organelor abdominale și a rinichilor | N | A,S | B | IIa |
| Ro"-grafia panoramică a organelor abdominale | N | A,S | B | IIIb |
| Spirografia  | N/R | A | B | III |
| CT toracelui și/sau abdomenului | N | A,S | B | Iib |
| Bronhoscopia | N | S | B | Iib |
| Scintigrafia hepatică | N | A,S | B | III |

O – obligător, N – la necesitate, R – recomandabil

 A – în condiții de ambulatoriu, S – în condiții de staționar

|  |
| --- |
| *Caseta* ***13.* Investigaţiile paraclinice la copilul cu stenoză postcaustică a esofagului** |
| **Investigaţie** | **Avantaje** |
| *USG abdominală* | este o examinație de rutină pentru determinarea stării ficatului şi rinichilor (pentru diagnosticarea hepatonefropatiei toxice) |
| *Radiografia și radioscopia cu substanță de contrast* (sulfat de bariu sau, în stenoza pronunțată cu soluție hidrosolubilă – urografin, trombrast, omnipak) în două proiecții. | Raportul sulfat bariu: apă =1:1; dacă stenoza este pronunțată, atunci 1:2. Se determină localizarea și lungimea îngusării lumenului esofagian, starea peretelui esofagului afectat, prezența sau lipsa dilatării suprastenotice în formă de conus sau cană, în stadiile tardive. Conturile stricturii netede, relieful mucoasei lipsește, peristaltismul deseori, nu se vizualizează (simptomul creionului). În cazul prezenței stricturilor multiple, strictura suprapusă se determină simplu, dar încurcă determinarea stricturii următoare. La Ro-scopie se apreciează gradul deregării actului de deglutiție, nivelul stricturii, numărul și lungimea leziunii, localizarea gurii stricturii (centrală sau excentrică), starea zonei suprastenotice, prezența "buzunarelor false" ale esofagului sau a canalelor"false".  |
| EGDS ( este o investigație de elecție în cazul suspecției la stenoza esofagului). | Procedura dată se indică după efectuarea radiografiei cu masă de contrast. Endoscopia determină nivelul și diametrul stenozei, prezența sau lipsa deformației suprastenotice, starea peretelui esofagului și al stomacului. Se apreziază: esofagită cronică, prezența în esofag a mucozității, salivei, resturilor alimentare, posibilă aprecierea cicatricei în forma de jumper, creastă sau supapă. |
| *Ro"-grafia cutiei toracice* | Poate evidenția mediastenită, pleurezii, pneumopatie de aspirație |
| *Scintigrafia hepatică* | Pentru determinarea stării ficatului |
| *Scintigrafia pulmonară* | Pentru determinarea afectării plămânilor |
| Bronhoscopia | Determinarea prezenței bronșitei aspiraționale, pneumoniei sau fistulei traheo-esofagiene |

### *C.2.3.4. Complicaţii:*

|  |
| --- |
| *Caseta 14.*  Complicaţiile stenozei postcaustice a esofagului: |
| * obturația esofagului cu mase alimentare
* maladii inflamatorii cronice ale plămânilor și bronhiilor
* apariția sau majorarea herniei hiatale
* perforația esofagului
* dezvoltarea tumorii în locul stricturii
* diverticul al esofagului
* fistula traheo-esofagiană
* periesofagită ca urmare a dilatării suprastenotice, subțierii

 peretelui esofagului în regiunea dată și ca rezultat al * mediastenită cronică dezvoltării procesului inflamator cronic
* perforația esofagului în timpul dilatării
* cașexie
 |

### *C.2.3.5. Diagnosticul diferenţial*

|  |
| --- |
| *Caseta 15. Diagnosticul diferențial al stenozei postcaustice a esofagului se face cu** diverticulul esofagului
* faringita
* stomatita
* corpul străin esofagian
* stenoza esofagului pe fond de tuberculoză, scarlatină, sifilis, difterie
* stenoza ca rezultat al compresiunii intriseci (prin tumori, ganglioni limfatici)
 |

### *C.2.3.6. Criteriile de adresare pentru ajutor medical*

|  |
| --- |
| *Caseta 16.*  Criterii de adresare a copiilor * Toţi copiii cu suspecția la stenoza postcaustică a esofagului
* Toţi copiii cu semne de stenoză a esofagului
* Toți copiii după arsură chimică a esofagului, cel puțin în primii 3 ani după accident, pentru examinare profilactică
 |

### *C.2.3.7. Criteriile de spitalizare*

*Caseta 17.*  Criterii de spitalizare a copiilor

* Toţi copiii cu simptomocomplexul stenozei esofagiene
* Toţi copiii cu date esofagofibrogastrice de stenoză postcaustică a esofagului

### *C.2.3.8 Tratament*

|  |
| --- |
| *Caseta 18* Tratamentul:* dieta N1, NA
* alimentația 6 mese pe zi (la fiecare 3 ore – în dependență de caz) cu porții mici, hrana de consistența lichidă sau semilichidă, cu temperatura până la 30°C, bucatele trebuie preparate prin fierbere sau la aburi

**NB!** Se exclude, din alimentație: preparatele de patiserie, hrana sărată, grasă, picantă, afumături, marinadele. Se restricționează consumul de cartofi, cereale* Bujarea fină (moale) a esofagului de la prima zi după arsura chimică. Constă din administrarea peros la fiecare 30-40 minute câte 1-2 linguri de ulei de măsline sau de floarea soarelui, de un amestec special (10% emulsie de floarea soarelui+anestezin+ antibiotic). La 2-3 zile se reia alimentaţia obișnuită cu hrană răcită, bine mărunţită conform vârstei pacientului.
* *Bujarea se va efectua, de regulă, după o lună de la accident, dar mai bine de la a 7-ea săptămână, când epitelizarea este în plină formare, și va continua atât timp cât este necesar, ținând cont de starea funcțională și locală a bolnavului, dar numai după contrastarea esofagului* .

N.B. Bujarea esofagului la a 3-4 săptămână prezintă perico pentru apariția perforației. Bujarea stenozelor cicatriceale ale esofagului este efectivă în 70-96% din cazuri.În efectuarea bujării profilactice precoce strictura se dezvoltă la 4,2% din pacienți, totodată în neefectuarea ei cota stricturii crește la 50%.Dilatația se poate efectua cu bujii de diferite dimensiuni, dar există pericolul perforației, fiind o metodă oarbă. Se pot utiliza *bujii de plastic tip Savary* *- Guillard*. La copiii, cu stenoze izolate sau persistente se poate folosi un cateter cu *balon gonflabil tip Gruntzing*, preluat din tehnica angioplastiei.*Dilatația prin fir continuu trecut prin cavitatea bucală, esofag, stomac și gastrostomie*; acest procedeu este aplicat în stenozele întinse cu afectarea în totalitate a conductului digestiv sau în stenoze multiple. |

### C.2.3.8.1. Indicațiile pentru tratamentul endoscopic

|  |
| --- |
| *Caseta 19.* Indicaţii pentru tratamentul endoscopic - bujare* Stricturi scurte incomplete
 |

### C.2.3.8.2. Tipurile bujării

|  |
| --- |
| Caseta 20. Tipurile bujării:1. Bujarea oarbă
2. Bujarea cu bujii roentgenoopace prin fir metalic
3. Bujarea sub control al esofagoscopului sau pe fir-ghid

Indicații:* Localizarea excentrică a zonei stenozării
* Canal sinusoidal al stricturii
* Dilatarea suprastenotică pronunțată

271. Bujarea incontinue

Indicații:* Stenoze tubulare, sinusoidale, multiple
1. Bujarea retrogradă

  |

**NB:** 1.Bujarea în perioada precoce ( până la 2 săptămâni după arsura chimică a esofagului) duce la creșterea riscului dezvoltării complicațiilor, ca hemoragie și perforație; intensifică procesul de inflamație locală și modifică procesul de vindecare, ca rezultat se formează țesut cicatriceal difuz dur.

2.Bujarea tardivă (la 40-50 zile după arsura chimică a esofagului) mai des dă recidive.

### C.2.3.8.3. Indicele eficacității tratamentului endoscopic

|  |
| --- |
| *Caseta 21.* Indicele eficacității tratamentului endoscopic:* Restabilirea permeabilității esofagului
* Normalizarea indicilor sângelui
* Lipsa complicațiilor după tratamentul endoscopic
 |

### C.2.3.8.4. Contraindicații pentru tratamentul endoscopic - bujare

|  |
| --- |
| *Caseta 22.* Contraindicații pentru tratamentul endoscopic – bujare* Mediastenită
* Fistula traheoesofagiană sau traheobronșică
 |

### C.2.3.8.5. Complicațiile bujării

|  |
| --- |
| *Caseta* *23.* Complicațiile bujării:* Perforația esofagului și, ca rezultat, mediastenită, pleurită
* Dereglări ale statusului neurologic
 |

### C.2.3.8.6. Indicații pentru tratament chirurgical de urgență

|  |
| --- |
| *Caseta 24*. Indicaţii pentru tratamentul chirurgical de urgenţă:* Perforaţia esofagului spontană sau în timpul bujării (repetate sau masive)
* Hematemeză masivă
* Necroza circumferenţială totală a mucoasei esofagiene, atestată prin EGDS
* În starea generală foarte gravă și în prezența contraindicațiilor pentru bujarea sau corecția chirurgicală, ca primă etapa de tratament se aplică gastrostoma
 |

### C.2.3.8.7. Indicații pentru tratamentul chirurgical programat

|  |
| --- |
| *Caseta 25.*  Indicații pentru tratament chirurgical programat* Stenoza evidentă subtotală
* Obliterarea esofagului
* Strictura lungă
* Recidive dese ale stricturii esofagului după bujare
* Sindrom dolor avansat
* Esofagita ulceroasă
* Stenoza esofagului cu lumen sinusoidal sau pseudodiverticular
* Stenoza cu fistulă esofagiană (traheoesofagiană sau esobronșică)
* Stenoza cu complicații septice mediastinale
 |

### *C.2.3.8.8.* Ce este necesar a lua în calcul al alegerea metodei de tratament?

|  |
| --- |
| *Caseta 26* La alegerea metodei de tratament trebuie luați în considerare factorii:* Vârsta pacientului
* Starea generală a pacientului
* Locul stricturii
 |

***Esofagoplastia contravine postulatului de bază al chirurgiei pediatrice – păstrarea organului***

### C.2.3.8.9. Principii ale esofagoplastiei

|  |
| --- |
| *Caseta 27.* Principiile esofagoplastiei după Keith - Ashcraft:* Esofagul nativ este cel mai bun conduct
* Grifonul trebuie să aibă un traiect drept, fără torsiuni.
* Trebuie prevenit refluxul din stomac în noul esofag, de aceea ideală este păstrarea capătului distal al esofagului cu cardia pe loc.
* Stenozele vor fi reluate chirurgical
 |

### C.2.3.8.10. Ce este necesar de știut pentru alegerea metodei de esofagoplastie?

|  |
| --- |
| *Caseta 28.* **Alegerea metodei** depinde de:* dispoziția anatomică și vascularizația viscerului folosit
* capacitatea organului transplantat de a se adapta la noua funcție
* distanța la care trebuie realizată anastomoza cu stomacul și esofagul/faringele

**Calea de abord**: posterioară (mediastinul posterior) sau anterioară (retrosternală sau presternală)  |

**C.2.3.8.11. Metode de esofagolpastie**

|  |
| --- |
| *Caseta 29.* **Metode de esofagoplastie:** 1. ***esofagoplastia cu tub gastric:***
2. *procedeul Dan Gavriliu*:
* tub gastric din marea curbură, după splenectomie în hil și decolarea cozii și corpului pancreasului
* 2 variante tehnice:
* tipul I: numai cu tub din marea curbură
* tipul II: se ascensionează și pilorul și prima portiune a lui DI, cu anastomoza gastroduodenală T-L și anastomoza cervicală cu esofagul/faringele
1. *procedeul Lortat-Jacob*:
* tub gastric din marea curbură montat izoperistaltic, ascensionat subcutanat sau prin mediastin și anastomozat la faringe
1. *procedeul Kirschner*:
* utilizează întregul rezervor gastric, trecut presternal, anastomozat la esofagul superior (abandonat în prezent)
1. *procedeul Amza Jianu*:
* tub gastric, montat antiperistaltic, trecut presternal până la esofagul cervical
* procedeu bun, dar în multe cazuri insuficient

 tratament10-nPlastia gastrică superiorAnastomozăSac esofagian inferiorSac esofagian superior |
| tratament9-nPlastia gastricăanastomozaDecuparea grefei curbura mare a stomaculuiEversiune tubului gastric în cutia toracicăSac esofagian inferiorSac esofagian superiortratament11-nTranspoziția gastrică: întreg stomagul este ascensionat în toraceSac esofagian superiorStomac translocat în cutia toracicăanastomozăesofagSac esofagian inferior1. ***esofagoplastia cu ansă jejunală:***
2. pe ansa izolată în Y metoda Roux, cu scurtcircuitarea stomacului (procedeul Yudin-Petrov)
3. cu ansa jejunala exclusa bilateral, anastomozată superior cu esofagul și inferior cu stomacul (Roux-Herzen)
4. ***esofagoplastia cu colon:***
* utilizată în cazul in care stomacul prezintă leziuni ce îl fac inapt pentru esofagoplastie
* orientarea ansei: în sens izo- sau anizoperistaltic (mai puțin importantă, întrucât colonul nu are o peristaltică vie, care să se opună tranzitului)

se pot folosi:* colonul ascendent: procedeul Roith
* colonul transvers: procedeul Kelling
* colonul descendent și transvers: procedeul Orsoni
1. *dermatoesofagoplastia (cu tub de piele):*Bircher, Iancu Jianu
* confecționarea unui tub de piele, lung, de 25 cm, trecut presternal și anastomozat superior cu esofagul și inferior cu stomacul
* pielea: recoltată de pe partea anterioară a toracelui
* procedeu laborios (luni de zile), complicat de apariția a numeroase fistule
* astăzi, rezervat numai pentru esofagul cervical (procedeul Harold Wookey), în cadrul unor tehnici mixte de esofagoplastie

tratament13-nPlastia colicăIntestinul colonic ascendentstomacIntestinul grefat ( partea superioară)Sac esofagial superiorSac esofagial inferiorIntestinul grefat ( partea inferioară) |

### C.2.3.8.12. Complicații postoperatorii

|  |
| --- |
| *Caseta 30.*  Complicațiile postoperatorii:* dehiscența anastomozei
* necroza grefei
* stenozarea transplantului în zona anastomozei, se dezvoltă ca rezultat al creșterii copilului
* formarea multiplilor genunchi și, ca rezultat, se dezvoltă dereglări de pasaj prin esofag, dereglări ale funcției cordului și plămânilor
 |

### C.2.3.8.13. Tratament medicamentos

|  |
| --- |
|  *Caseta 31.*  **Tratamentul medicamentos** * Terapie cu antibiotic, la necesitate
* Antocide (Almagel, Maalox)
* Glucocorticosteroizi: dexamethasone (Dexamethasomi)
* Antalgice : analgezice nonnarcotice: Sol. Metamisole sodium x4 ori/zi; analgezice nacrcotice: Sol. Trimeperidinum 2%, Sol. Omnoponum 2% (Codeinum + Morphinum + Noscapinum + Papaverini hydrochloridum + Tebainum), Tramadolum, Dexketoprophenum
* Ulei de cătină, ulei de măsline
* Preparate antihistaminice: Diphenhydraminum 1%, Chloropyraminum (Suprastină) de 2-3 ori/zi, Diphenhydraminum, Clemastinum, Quifenadinum etc., la necesitate
* Spasmolitice: Drotoverinum 2%,
* Sol. Natrii chloridum 0,9% ,
* Sol. Kalii chloridum+ Calcii chloridum+Natrii chloridum (Ringher, Lactosol)
* Sol. Glucosum 5-10 %
* Sol. Etamsylatum 12.5%,
* Sol. Drotoverinum
* Sol.Kalii chloridum 4%
* Sol. Calii chloridum
* Sol. Magnesii sulfas 25%
* Sol. Procainum 0,5%
* Sol. Metoclopramidum
* Fluconazolum 50 mg, 100 mg, 150 mg
* Simethiconum emulsie orală
* Lactobacillus acidophilus+Bifidobacterinum infantis+Enterococcus faecium (Linex), Lactobacillus rhamnosus+Lactobacillus acidophilus (Lacidofil)
* Sol. Solcoseril®  sau Actovegini®
* Omeprozolum, Famotidinum, Aluminii hydroxidum+magnesii hydroxidum (Maalox), Domperidonum (Doprokin)
* Antiaderenţiale: past. Pancreatinum + chymotrypsinum + papaya succus+rutosidum+tripsinum+lipazum+amilazum (Wobenzym), caps. Serratiopeptidasum, Domperidonum (Longhidaza)
* Mănuşi nesterile şi sterile
 |

### *C.2.3.9. Prognostic*

|  |
| --- |
| *Caseta 32.* Prognosticul depinde de:* Gradul stenozei postcaustice al esofagului la momentul adresării
* Agresivitatea substanței chimice care a făcut arsura
* Strarea generală a organismului copilului la momentul adresării
* Tratamentul adecvat și timpul aplicării tratamentului necesar
* Tratamentul adecvat spitalicesc completat cu tratament adecvat în condiții de ambulatoriu
* Diagnosticarea precoce a complicațiilor

**NB.** În stenoza postcaustică a esofagului de gradele I-II, prognoza este bună, în prezența tratamentului adecvat aplicat la timp, care duce la vindecarea totală fără riscuri de recidivă în viață |

### *C.2.3.10. Profilaxia stenozei postcaustică al esofagului*

|  |
| --- |
| *Caseta 33.*  Profilaxia* Dietatoterapia
* Efort fizic limitat, în deosebi după luarea mesei pentru prevenirea refluxului gastroesofagian
* Tratament la timp
* Ro"-grafia esofagului cu masă de contrast (masă baritată) la timp – după o schemă individuală
 |

### *C.2.3.11. Supravegherea pacienţilor*

|  |
| --- |
| *Caseta 34.* În **programul de supraveghere** se includ:* Examenul fizic
* analiza generală a sângelui
* sumarul urinei
* proteina C-reactivă (la necesitate)
* ECG (la necesitate)
* Ro"-grafia esofagului cu masă de contrast (înainte de fiecare tratament endoscopic la etapa de tratament și o dată la 6-12 luni –la etapa de tratament endoscopic de susținere)
* EGDS
 |

# D. RESURSELE UMANE ŞI MATERIALE NECESARE PENTRU RESPECTAREA PREVEDERILOR PROTOCOLULUI

|  |  |
| --- | --- |
| D.1. Instituţiile de asistenţă medicală primară și de asistență medicală urgentă | **Personal** * Medic de familie.
* Medic AMU.
* Asistenta medicului de familie.
* Medic laborant.
* Medic funcţionalist (CMF).
 |
| **Aparate, utilaj:*** USG (CMF).

Laborator clinic pentru aprecierea hemogramei şi a urinei sumare. |
| **Medicamente:*** Antalgice : analgezice nonnarcotice: Sol. Metamisole sodium x4 ori/zi; analgezice narcotice: Sol. Trimeperidinum 2%, Sol. Omnoponum 2% (Codeinum + Morphinum + Noscapinum + Papaverini hydrochloridum + Tebainum), Tramadolum, Dexketoprophenum
* Ulei de cătină, ulei de măsline
* Spasmolitice: Drotoverinum 2%
* Sol. Metoclopramidum
 |
| D.2. Instituţiile /secţiile de asistenţă medicală specializată de ambulatoriu | **Personal** * Medic de familie
* Medic chirurg
* Asistenta medicului de familie
* Asistenta chirurgului
* Medic laborant
* Medic imagist
* R-laborant.
 |
| **Dispozitive medicale*** Cabinet USG
* Cabinet ECG
* Cabinet radioimagistic
* Laborator clinic și biochimic standard
 |
| **Medicamente:*** Antalgice : analgezice nonnarcotice: Sol. Metamisole sodium x4 ori/zi; analgezice nacrcotice: Sol. Trimeperidinum 2%, Sol. Omnoponum 2% (Codeinum + Morphinum + Noscapinum + Papaverini hydrochloridum + Tebainum), Tramadolum, Dexketoprophenum
* Ulei de cătină, ulei de măsline
* Spasmolitice: Drotoverinum 2%
* Sol. Metoclopramidum
 |
| D.3. Instituțiile de asistență medicală spitalicească: secții chirurgicale, de reanimare și TI ale spitalelor raionale, municipale, republicane | **Personal** * Medic chirurg-pediatru
* Asistentă medicală
* Medic laborant
* Medic imagist
* Medic anesteziolog
* Alți specialiști la necesitate (cardiolog, nutriționist, ș.a.)
 |
| **Dispozitive medicale*** Cabinet USG
* Cabinet ECG
* Cabinet CT
* Cabinet radioimagistic
* Laborator clinic
* Laborator biochimic
* Bloc chirurgical cu tot aparatajul necesar

Secție de reanimare chirurgicală, TI |
| **Medicamente:*** Terapie cu antibiotice la necesitate
* Antocide (Almagel, Maalox)
* Glucocorticosteroizi: dexamethasone (Dexamethasomi)
* Antalgice : analgezice nonnarcotice: Sol. Metamisole sodium x4 ori/zi; analgezice narcotice: Sol. Trimeperidinum 2%, Sol. Omnoponum 2% (Codeinum + Morphinum + Noscapinum + Papaverini hydrochloridum + Tebainum), Tramadolum, Dexketoprophenum
* Ulei de cătină, ulei de măsline
* Preparate antihistaminice: Diphenhydraminum 1%, Chloropyraminum (Suprastină) de 2-3 ori/zi, Diphenhydraminum, Clemastinum, Quifenadinum, etc., la necesitate
* Spasmolitice: Drotoverinum 2%,
* Sol. Natrii chloridum 0,9% ,
* Sol. Kalii chloridum+ Calcii chloridum+Natrii chloridum (Ringher, Lactosol)
* Sol. Glucosum 5-10 %
* Sol. Etamsylatum 12.5%,
* Sol. Drotoverinum
* Sol.Kalii chloridum 4%
* Sol. Calii chloridum
* Sol. Magnesii sulfas 25%
* Sol. Procainum 0,5%
* Sol. Metoclopramidum
* Fluconazolum 50mg, 100mg, 150mg
* Simethiconum, emulsie orală
* Lactobacillus acidophilus+Bifidobacterinum infantis+Enterococcus faecium (Linex), Lactobacillus rhamnosus+Lactobacillus acidophilus (Lacidofil)
* Sol. Solcoseril®  sau Actovegini®
* Omeprozolum, Famotidinum, Aluminii hydroxidum+Magnesii hydroxidum (Maalox), Domperidonum (Doprokin)
* Antiaderenţiale: past. Pancreatinum + Chymotrypsinum + papaya succus+Rutosidum+tripsinum+Lipazum+amilazum (Wobenzym), caps. Serratiopeptidasum, Domperidonum (Longhidaza)
* Mănuşi nesterile şi sterile
 |

# E. INDICATORII DE MONITORIZARE A IMPLEMENTĂRII PROTOCOLULUI

| **No** | **Scopul**  | **Indicatorul** | **Metoda de calcul a indicatorului** |
| --- | --- | --- | --- |
| **Numărător** | **Numitor** |
| 1. | a ameliora calitatea examinării clinice, paraclinice şi a tratamentului copiilor cu stenoză postcaustică a esofagului | Proporţiacopiilor care au fost diagnosticaţi cu stenoză postcaustică a esofaguluişi trataţi în condiţii de staţionar conform recomandărilor protocolului clinic instituţional „ Stenoza postcaustică a esofaguluila copil”, pe parcursul unui an.  |  Numărul copiilor care au fost diagnosticaţi cu stenoză postcaustică a esofaguluişi trataţi în condiţii de staţionat conform recomandărilor protocolului clinic instituţional „ Stenoza postcaustică a esofagului la copil”, pe parcursul ultimului an x 100. |  Numărul total de copii care au fost diagnosticaţi cu stenoză postcaustică a esofaguluişi au primit tratament în condiţii de staţionar, pe parcursul ultimului an |
| 2.  | A reduce complicaţiile tardive la copiii cu stenoză postcaustică a esofagului | Proporţia copiilor custenoză postcaustică a esofagului care au dezvoltat complicaţii tardive, pe parcursul unui an. | Numărul copiilor cu stenoză postcaustică a esofagului care au dezvoltat complicaţii tardive, pe parcursul ultimului an x 100. | Numărul total de copii cu stenoză postcaustică a esofaguluicare se află în evidenţa medicului chirurg-pediatru, pe parcursul ultimului an |

## Anexa 1

## Ghidul pacientului cu Stenoză postcaustică a esofagului la copii

## (Ghid pentru pacienţi, părinţi)

***Introducere***

 Prezentul Ghid descrie asistenţa medicală şi tratamentul copiilor cu stenoză postcaustică a esofagului în cadrul serviciului de sănătate din Republica Moldova. În Ghid se explică indicaţiile adresate pacienţilor ce au suspecţia la stenoză postcaustică a esofagului.

Ghidul vă va ajuta să înţelegeţi mai bine opţiunile de îngrijire, diagnosticare şi de tratament disponibile în Serviciul de Sănătate. Ghidul nu oferă prezentarea maladiei în detaliu sau analizele şi tratamentele necesare. Aceste aspecte le puteţi discuta cu medicul chirurg-pediatru .

***Indicaţiile din Ghidul pentru pacient (părinţi, reprezintantul legal), cuprind:***

· modul în care medicul trebuie să stabilească dacă copilul are stenoză postcaustică a esofagului;

· modul în care pacientul sau părintele (dacă copilul este prea mic şi nu poate lămuri schimbările produse în organism) poate evita, suspecta stenoza postcaustică a esofagului sau poate facilita stabilirea precoce a diagnosticului de stenoză postcaustică a esofagului;

· factorii de risc pentru dezvoltarea stenozei postcaustice a esofagului, manifestările clinice ale maladiei;

· variantele de tratament modern în stenoza postcaustică a esofagului.

**Indicaţiile din Ghid conţin:**

• modul în care medicii trebuie să stabilească dacă copilul are semne concludente pentru stenoza postcaustică a esofagului

• modul în care trebuie să fie supravegheat un pacient cu suspecţie la stenoză postcaustică a esofagului

***Asistenţa medicală de care trebuie să beneficiaţi***

Tratamentul şi asistenţa medicală de care beneficiaţi trebuie să fie în volum

deplin. Aveţi dreptul să fiţi informaţi şi să luaţi decizii împreună cu medicul care tratează copilul dumneavoastră . În acest scop, medicul trebuie să vă ofere informaţii pe care să le înţelegeţi şi care să fie relevante pentru starea copilului Dvs. Tot personalul medical trebuie să trateze copilul cu respect, responsabilitate, luciditate, dând dpvadă de spirit de observaţie, înţelegere şi să vă explice simplu şi clar ce este stenoza postcaustică al esofagului şi care este tratamentul cel mai potrivit pentru copilul Dvs.

**Stenoza postcaustică a esofagului**

***Cauzele dezvoltării stenozei postcaustice a esofagului*** ***la copil:***

* Arsura chimică a esofagului gr II-III
* Corp străin al esofagului (baterie – element valtaic)

***Manifestări clinice:***

Dereglări la deglutiție (deglutiție îngreuiată), care apar peste 3-4 săptămâni după arsura chimică a esofagului; inițial sunt periodice

Scăderea ponderală

Vomă, grețuri

Disconfort și/sau dureri retrosternale (uneori)

senzație de greutate retrosternală

Regurgitații

Tuse chinuitoare , în criză

Salivație excesivă

Deglutiție dureroasă

**Când trebuie să consultaţi un medic**: trebuie să vă adresaţi urgent la medicul chirurg-pediatru dacă aveţi suspecţie la stenoza postcaustică a esofagului, să faceţi o programare la medicul dumneavoastră de familie dacă observați la copilul Dvs oricare semn sau simptom care vă îngrijorează din cele enumerate mai sus.

***Tratament:***

Tratamentul include metode chirurgicale şi medicamentoase

## Anexa 2

## Fișa standardizată de audit bazat pe criterii pentru stenoză postcaustică a esofagului

|  |
| --- |
| **FIȘA MEDICALĂ DE AUDIT BAZATĂ PE CRITERII** |
| **Domeniul promt** | **Definiții și note** |
|  | Denumirea IMSP evaluată prin audit |  |
|  | Persoana responsabilă de completarea fișei | Numele prenumele, telefon de contact |
|  | Perioada de audit | DD.LL.AAAA |
|  | № FM a bolnavului |  |
|  | Medic de reședință al pacientului | 1 – urban; 2- rural |
|  | Data de naștere a pacientului | DD.LL.AAAA sau 9 –nu-i cunoscută |
|  | Sexul pacientului | 1 – masculin; 2- feminin, 9 – nu este specificat |
|  | Numele medicului curant |  |
|  | Patologia  | Stenoză postcaustică a esofagului ... |
| INTERNAREA |
|  | Instituția medicală unde a fost solicitat ajutor medical primar | AMP=1, AMU=2, secția consultativă=3, spital=4, instituția medicală privată=6, alte instituții =7, necunoscut=9 |
|  | Data adresării primare după ajutor | DD.LL.AAAA, necunoscut=9 |
|  | Data internării în spital | DD.LL.AAAA sau 9 –necunoscută |
|  | Ora internării la spital | HH:MM sau 9 –necunoscută |
|  | Secția de internare | DMU – 1; secția de profil pediatri – 1; secția de profil chirurgical – 2; secția reanimare -3 |
|  | Timpul până la transfer în secția specializată | ≤ 30 minut – 0; 30 minute-1 oră -1; ≥1 oră -2; nu se cunoaște - 9 |
|  | Data și ora internării în reanimare, TI | DD.LL.AAAA, ora (00:00); nu a fost necesar=5;  9 –necunoscută |
|  | Durata aflării în reanimare,TI (zile) | număr de ore/zilenu a fost necesar = 5; necunoscută =9 |
|  | Durata internării în spital (zile) | număr de zile; necunoscută = 9 |
|  | Transfer în alte spitale | Nu=0; da=1(denumirea instituției); nu a fost necesar=5; necunoscută=9 |
|  | Aprecierea criteriilor de spitalizare | S-au aplicate: 0 – da; 1- nu, 9 – nu se cunoaște |
|  | Tratament administrat la DMU*În cazul răspunsului afirmativ indicați tratamentul (medicamentul, doza, ora administrării)* | Administrat: 0 – nu; 1- da, 9 – nu se cunoaște |
| DIAGNOSTICUL |
|  | Data debutului simptomelor | DD.LL.AAAA; 0- până la 6 luni; 1- mai mult de 6 luni sau 9 –necunoscută |
|  | Ro˝ cutiei toracice  | După internare: 0 – nu; 1- da, 9 – nu se cunoaște |
|  | Ecografia organelor abdominală | După internare: 0 – nu; 1- da, 9 – nu se cunoaște |
|  | CT organelor toracale cu contrast / fără contrast | După internare: 0 – nu; 1- da, 9 – nu se cunoașteDupă internare: 0 – nu; 1- da, 9 – nu se cunoaște |
|  |  | După internare: 0 – nu; 1- da, 9 – nu se cunoaște |
|  | Ro˝ organelor abdominale | După internare: 0 – nu; 1- da, 9 – nu se cunoaște |
| *În cazul răspunsului afirmativ indicați rezultatul* |
| ISTORICUL MEDICAL AL PACIENTULUI |
|  | Internat în mod urgent | nu=0; da=1; necunoscut=9 |
|  | Starea pacientului la internare | Satisfăcătoare=2; grav-medie=3; gravă=4; foarte gravă=5; extrem de gravă=6 |
|  | Complicații înregistrate la internare | nu=0; da=1; nu se cunoaște=9 |
|  | Maladii concomitente | nu=0; da=1; nu se cunooaște=9 |
| TRATAMENTUL  |
|  | Tratament medicamentos suficient | 0 – nu; 1- da |
|  | Tratament chirurgical a fost efectuat | 0 – nu; 1- da |
| EXTERNAREA ȘI MEDICAȚIA |
|  | Data externării sau transferului în alt spitalData decesului | DD.LL.AAAA DD.LL.AAAA  |
|  | Complicații înregistrate pe parcursul tratamentului | nu=0; da=1; nu se cunoaște=9 |
|  | Implementarea criteriilor de externare | 0 – nu; 1- da; 9 – nu se cunoaște |
|  | Prescrierea recomandărilor la externare | 0 – nu; 1- da; 9 – nu se cunoaște |
| DECESUL PACIENTULUI |
|  | Decesul în spital | 0 – nu; 1- cauzat de complicații ale unei stenoze a esofagului; 2 – alte cauze; 9 – nu se cunoaște |

***Anexa 3***

**Clase de dovezi și scala de evaluare pentru recomandări**

***Clase de dovezi***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Clasa A** | Dovezi cu valoare înaltă | Dovada a fost inițial obținută prin studii randomizate controlate, meta analiza acestor studii sau studii epidemiologice metodologic argumentate. |
| **Clasa B** | Dovezi cu valoare moderată | Dovada a fost obținută din studii prospective de valoare mai joasă, studii restrospective de caz-control și studii mari de tip observațional, de cohortă sau de prevalență, și era bazată pe informație clar fiabilă. |
| **Clasa C** | Dovezi cu valoare joasă | Dovada a fost obținută din studii mai mici de tip observațional, studii bazate pe informație retrospectivă sau mai puțin sigură, opinii autoritare exprimate în recenzii, sau opinii ale experților membrilor grupului de lucru. |
| **Nici una** | Dovezi insuficiente | Puține dovezi sau dovezi irelevante pentru soluționarea problemei, sau dovezile revizuite au fost extrem de contradictorii. |

***Scala de evaluare pentru recomandări***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **1** | **Recomandat** | Grupul de lucru a concluzionat că intervenirea este o abordare necesară pentru tratamentul acelor pacienți cărora li setribuie problema în cauză. Acest nivel este, în general, bazat pe dovezi cu valori cuprinse între moderat și înalt. Concluzia este puțin probabil să fie schimbată în urma cercetărilor ulterioare. De asemenea, amploarea impactului este suficientă pentru a justifica recomandarea. Noțiunea de **Recomandat** a fost, de asemenea, utilizată pentru a descrie intervențiile care sunt probabile de a avea un efect semnificativ asupra evoluției stării pacientului, chiar dacă sunt bazate pe dovezi cu valoare joasă. |
| **2** | **Puțin recomandat** | Grupul de lucru a concluzionat că intervenirea este o abordare rațională pentru tratamentul pacienților. Totuși, nu toți pacienții și clinicienii ar dori să urmeze în mod necesar recomandarea. Decizia de a nu urma recomandarea este puțin probabil să ducă la o evoluție nefavorabilă majoră. Acest nivel a fost, în general, bazat pe dovezi cu valori cuprinse între jos și moderat. Amploarea efectului tratamentului, precum și direcția acestuia pot fi schimbate în urma cercetărilor ulterioare. |
| **3** | **Nu este recomandat** | Dovezile au fost considerate inadecvate sau prea contradictorii pentru a atrage o concluzie semnificativă. |

# BIBLIOGRAFIE

1. Ciomaga Irina-Mihaela, Buca Cristina, Prof. Dr. M. Burlea Stenoza esofagianå postcaustică la copil// Revista română de pediatrie – volumul LIX, NR. 3, 2010 p.157-162
2. Hoffman Robert S.,. Burns Michele M, Sophie Gosselin, M.D. Ingestion of Caustic Substances // The New England Journsl of Medicine 2020; 382:1739-1748
3. Sami SS, Haboubi HN, Ang Y*, et al* UK guidelines on oesophageal dilatation in clinical practice *Gut*2018;**67:**1000-1023.
4. Vandenplas Yvan Management of Benign Esophageal Strictures in Children// Pediatr Gastroenterol Hepatol Nutr. 2017 Dec; 20(4): 211–215.
5. Ашкрафт К.У., Холдер Т.М. Детская хирургия, Санкт.Петербург, ТI, 1996, с.284
6. Дженалаев Б.К., Кенжалина Р.А., Сарсенова В.В., Кулымбетов Р.Б. Опыт лечения рубцовых стенозов у детей. Медицинский журнал Западного Казахстана, 2015, №2(46)
7. Доржиев Б.Д. Химические ожоги пищевода у детей: особенности диагностики и лечения по материалам детского хирургического отделения ГК БСМП г.Улан-Удэ // Бюллетень восточно-сибирского научного центра СЩ РАМН,№2, 2009, с37-39
8. Исаков Ю. Ф. Детская хирургия, 1983
9. Послеожоговые рубцовые стриктуры пищевода. Клинические протоколы МЗ РК, 2015
10. Разумовский А. Ю., Обыденнова Р. В., Куликова Н. В., Алхасов А. Б., Рачков В. Е., Митупов З. Б., Масенков Ю. И. Эволюция взглядов на хирургическое лечение детей с химическими ожогами пищевода // Российский вестник детской хирургии, анестезиологии и реаниматологии. 2011. №1. С.51-59
11. Разумовский А.Ю., Гераськин А.В., Обыденнова Р.В., Куликова Н.В. Лечение химических ожогов пищевода у детей// Хирургия,№1, 2012, с.43-47