

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

УТВЕРЖДАЮ

Первый заместитель министра

_____ Д.Л. Пиневиц

30.09.2011 г.

Регистрационный № 088-0911

**МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ И РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ, НУЖДАЮЩИХСЯ В
СОЗДАНИИ ИСКУССТВЕННОГО ПИЩЕВОДА**

инструкция по применению

УЧРЕЖДЕНИЕ РАЗРАБОТЧИК:

УО «Белорусский государственный медицинский университет»

АВТОРЫ:

д-р мед. наук., проф. Аверин В.И., Нестерук Л.Н.,

канд. мед. наук, доц. Гриневиц Ю.М.

Минск 2011

ПЕРЕЧЕНЬ НЕОБХОДИМОГО ОБОРУДОВАНИЯ, ПРЕПАРАТОВ, ИЗДЕЛИЙ МЕДИЦИНСКОЙ ТЕХНИКИ:

1. Отделение или палата интенсивной терапии в условиях стационара, оснащенные соответствующим оборудованием.
2. Аппаратура для выполнения лабораторных методов исследования.
3. Медикаменты, необходимые для оказания неотложной медицинской помощи и проведения комплексного патогенетического лечения.
4. Аппарат для проведения ультразвукового исследования органов брюшной полости.
5. Фиброгастроэзофагоскоп для выполнения эндоскопического исследования верхних отделов ЖКТ.
6. Бронхоскоп для эндоскопического исследования трахеи.
7. Аппаратура для выполнения рентгенологических методов исследования.
8. Катетеры Фолея или аналогичные катетеры для постановки в гастростому, размеры которых соответствуют возрасту и массе тела ребенка.
9. Мочеприёмники или клеящиеся калоприёмники для сбора слюны и пищевых масс из шейной эзофагостомы.
10. Аппаратура и расходные материалы для выполнения микрохирургических операций.
11. Полые пластмассовые рентгеноконтрастные бужи диаметром от 5 до 20 мм (№ 15–60 по шкале Шарьера), длина 70 см; металлические струны-проводники диаметром 0,5–0,6 мм и длиной 1,5 м; баллонные гидростатические дилататоры из прочной пластмассы, длиной до 70–100 см (длина самого баллона 4, 6, 8, и 10 см, диаметр от 4 до 36 мм). Рекомендованное давление при проведении баллонной гидростатической дилатации от 1,5 до 8 атм.

ПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ:

Комплексное лечение и реабилитация детей, нуждающихся в операции по созданию искусственного пищевода, в до- и послеоперационном периоде с целью предотвращения осложнений заболевания и повышения качества жизни этих пациентов.

ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ:

Нет.

РЕКОМЕНДАЦИИ ПО НАБЛЮДЕНИЮ ЗА БЕРЕМЕННЫМИ ЖЕНЩИНАМИ, УГРОЖАЕМЫМИ ПО РОЖДЕНИЮ РЕБЁНКА С АТРЕЗИЕЙ ПИЩЕВОДА (АП) И АЛГОРИТМ ВЕДЕНИЯ НОВОРОЖДЁННЫХ С АП В РОДИЛЬНОМ ДОМЕ.

Группа риска беременных женщин, угрожаемых по рождению ребёнка с атрезией пищевода.

1. Многоводие.
2. Угроза прерывания в I триместре беременности.
3. Рождение в семье детей с врождёнными пороками развития от предыдущих беременностей.

Патогномоничных сонографических признаков АП нет. Порок развития можно заподозрить лишь по косвенным признакам: многоводие, не визуализируется тень желудка, редко можно видеть наполненный слепой конец пищевода в области шеи. В связи с этим не установленный пренатально диагноз АП не исключает рождения ребёнка с данным пороком.

В случае пренатальной диагностики АП у плода, беременная должна быть консультирована в Республиканском детском хирургическом центре. В случае принятия решения о сохранении беременности родоразрешение планируется в родильном доме УЗ «1-я ГКБ» г. Минска. Если АП диагностирована пренатально и нет признаков дискоординации родовой деятельности, роды приемлемы через естественные родовые пути.

Постнатальные признаки АП:

1. Респираторный дистресс-синдром (АП с и без трахеопищеводного свища (ТПС)).
2. Ладьевидный живот (АП без ТПС).
3. Чрезмерное слизе- и слюноотделение.
4. Пневмоперитонеум (АП с ТПС + баротравма желудка).
5. Отсутствие газового пузыря желудка и двенадцатиперстной кишки при АП без ТПС.

Ранняя диагностика АП.

1. Всем новорождённым в роддомах ставить назогастральный зонд. АП диагностируется невозможностью проведения зонда в желудок.

2. Для подтверждения диагноза производится:

а) проба Элефанта — в зонд при помощи шприца вводится 10–15 мл воздуха. В случае АП введенный воздух с шумом выходит из ротоглотки. Введение рентгеноконтрастных препаратов в верхний отрезок пищевода не рекомендуется в связи с опасностью аспирации.

б) рентгенологическое исследование с контрастным зондом, введённым в пищевод — выявляется петля зонда в слепо заканчивающемся проксимальном сегменте пищевода.

Мероприятия в роддоме по уходу за новорождённым с АП.

1. Ребёнок помещается в кувез с общепринятыми стандартными показателями микроклимата или в кровать под источник лучистого тепла с приподнятым головным концом.

2. Постоянная аспирация слизи из «слепого» сегмента пищевода.

3. Интубация трахеи, при необходимости с переводом на ИВЛ для предупреждения аспирационного синдрома и рефлюкса содержимого желудка в дистальный сегмент пищевода, а далее через свищ в лёгкие.

4. Инфузионная терапия 5% раствора глюкозы 2 мл/кг/ч в периферическую вену.

5. Антибактериальная терапия: цефалоспорины III поколения, аминогликозиды III поколения.

6. При подозрении на АП абсолютно противопоказаны попытки напоить или накормить ребенка.

Транспортировка новорожденного с АП в Детский хирургический центр (ДХЦ) должна проводиться (после предварительного согласования с руководителем ДХЦ или заместителем главного врача по детской хирургии 1-й ГКБ) на фоне ИВЛ через 12–24 часа после рождения только специализированной бригадой.

Правила транспортировки новорожденных с атрезией пищевода

Состав транспортной бригады:

- врач-реаниматолог (стаж работы по специальности не менее 5 лет);
- медицинская сестра, имеющая подготовку по неонатальной интенсивной терапии и реанимации.

Вид транспортного средства: специализированный реанимобиль.

Транспортировка: необходимо поддерживать возвышенное положение, продолжать аспирацию слюны из слепого мешка пищевода, наблюдать за дыхательной функцией, профилактика гипотермии.

Мероприятия в отделении анестезиологии и реанимации (в предоперационном периоде) детского хирургического стационара

1. Новорождённого помещают в кроватку или кувез с параметрами температуры и влажности в зависимости от массы тела и срока гестации.

2. ИВЛ: режим (от спонтанного дыхания через интубационную трубку до высокочастотной вентиляции) в зависимости от степени зрелости лёгких, выраженности аспирационного синдрома.

3. Постановка 2 периферических венозных катетеров.

4. Определение группы крови, резус-фактора, биохимического анализа крови, общего анализа крови, общего анализа мочи, показателей кислотно-основного состояния.

5. Инфузионная терапия в объёме жидкости поддержания (физиологический раствор + глюкоза + электролиты) под контролем гликемии.

6. Постоянная аспирация слюны и слизи из слепого сегмента пищевода.

7. УЗИ брюшной полости, УЗИ сердца, при необходимости консультация кардиологом и смежными специалистами.

8. Рентгеноскопия проксимального сегмента пищевода в вертикальном положении с водорастворимым контрастным веществом в объёме 0,5–1,0 мл.

9. Антибактериальная терапия: цефалоспорины 2–3 поколения цефуроксим (кетоцеф), цефотаксим (клафоран), цефтриаксон (роцефин), цефтазидим (фортум), цефоперазон (сульперазон), цефоперазон (цефобид) в расчёте на массу тела ребёнка.

10. Блокаторы H₂-рецепторов гистамина: 2-го поколения — ранитидин (зантин, рантак), препараты 3-го поколения — фамотидин (квamatел) в расчёте на массу тела ребёнка.

В срочной операции нуждаются пациенты с широким ТПС и атрезией 12-перстной кишки (угроза баротравмы желудка).

Операции по первичной коррекции АП выполняются в дневное время бригадой анестезиологов и хирургов, имеющих опыт неонатальной хирургии.

Группа детей с АП, нуждающихся в создании искусственного пищевода:

1. Бесвищевая форма АП.
2. АП с большим диастазом (более 2,0 см) между сегментами пищевода.
3. Дети с разобщённым пищеводом после первичной коррекции порока (несостоятельность анастомоза, медиастинит; перфорация пищевода при бужировании стеноза зоны анастомоза).

Показания к разобщению пищевода при химическом и электрохимическом ожогах пищевода

1. Перфорация пищевода с развитием медиастинита при его бужировании, баллонной дилатации или других манипуляциях, направленных на восстановление просвета пищевода.

2. Перфорация пищевода с развитием медиастинита при выполнении ФЭГДС.

3. Формирование приобретённых наружных пищеводно-медиастинальных и пищеводно-респираторных свищей.

4. При электрохимическом ожоге миграция инородного тела (батарейка) за пределы пищевода с развитием медиастинита и формированием приобретённого трахеопищеводного свища.

Ведение детей с разобщённым пищеводом

1. Обучение родителей уходу за гастростомой и шейной эзофагостомой.

2. Обучение родителей кормлению через гастростому.

3. «Мнимое кормление» через рот с целью сохранения и развития глотательного рефлекса и вкусовых ощущений при АП, тренировки мышечной стенки шейного отдела пищевода пищевым комком. Кормление начинать с первой недели жизни.

4. При проведении «мнимого кормления», сбор пищевых масс на шее с последующим их введением в гастростому.

5. Для предотвращения водно-электролитных нарушений, связанных с потерей слюны через шейную эзофагостому, постоянный сбор слюны в мочеили калоприёмник, прикреплённый к шейной эзофагостоме, с последующим введением её в гастростому.

6. Подбор соответствующего сбалансированного питания для кормления.

7. Диспансерное наблюдение детским хирургом и участковым педиатром по месту жительства ребёнка. Кратность осмотра в зависимости от возраста и патологии ребёнка.

8. Осмотр, всех детей из Беларуси, в ДХЦ через 1, 3, 6 мес. после наложения стом. При необходимости кратность осмотров в ДХЦ может быть увеличена.

9. Медицинский отвод для прививок: 1 мес. после этапных операций.

10. Психологическая реабилитация пациента и его родителей с участием специалиста-психолога.

Показания к созданию искусственного пищевода при химическом и электрохимическом ожогах пищевода

1. Полная послеожоговая рубцовая стриктура пищевода, т.е. его полная рубцовая облитерация.

2. Ожоговые стриктуры, осложнившиеся свищами пищевода (пищеводно-медиастинальные и пищеводно-респираторные свищи).

3. Малигнизация рубцово-изменённого пищевода.
4. Стриктуры, осложнённые перфорацией стенки пищевода.
5. Укорочение пищевода с развитием вторичной кардиальной грыжи пищеводного отверстия диафрагмы и рефлюкс-эзофагита.
6. Быстро возникающие после повторных курсов бужирования рецидивы стриктуры (через 3–6 мес.).
7. Сочетания ожоговой стриктуры пищевода, глотки и желудка.
8. Рубцовое сужение пищевода с выраженным супрастенотическим расширением, стойкой атонией и истончением стенок пищевода над сужением.

Операции по созданию искусственного пищевода выполняются в Республиканском детском хирургическом центре. Дети госпитализируются в плановом порядке, соматически здоровыми, без проявлений гипотрофии.

Сроки оперативного лечения

1. У детей с АП операции по созданию искусственного пищевода производятся в возрасте старше 6 месяцев.
2. Детям, перенёвшим медиастинит, операции по созданию искусственного пищевода выполняются не ранее 6 мес. после излечения.
3. У детей с АП в сочетании с множественными врождёнными пороками развития (врождённый порок сердца, аноректальные пороки, пороки мочеполовой системы, VATER и VACTER-ассоциации, генетические синдромы и др.) сроки оперативного лечения определяются индивидуально.

Методом выбора является эзофагоколопластика абдоминоцервикальным доступом с ретростернальным либо трансплевральным (слева) расположением трансплантата. Цель операции: восстановление питания естественным путём и улучшение качества жизни ребёнка.

Рекомендации к проведению диспансерного учёта детей, перенёвших операцию по созданию искусственного пищевода

Реабилитация детей и выявление поздних послеоперационных осложнений являются главными задачами при диспансерном наблюдении детей, перенёвших операцию по созданию искусственного пищевода.

1. Диспансерное наблюдение осуществляется детским хирургом и участковым педиатром (при необходимости — другими специалистами) по месту жительства до 18 лет.

а) При диспансерном наблюдении необходимо обращать внимание на следующее:

- в состоянии ли ребёнок есть любую пищу;
- испытывает ли дискомфорт во время глотания;
- испытывает ли боли за грудиной и затруднение дыхания во время еды;
- испытывает ли боли в животе после приёма пищи;
- как часто болеет;
- как часто у ребёнка бывает стул;
- отразились ли операция и лечение на нервно-психическом статусе ребёнка.

б) Объективный осмотр. Состояние (характер) послеоперационных рубцов; нет ли подтекания из места стояния гастростомической трубки; нет ли вздутия на шее при глотании.

в) Антропометрические данные: масса тела, рост.

г) Оценка физического развития детей по центильным таблицам.

2. Контрольный осмотр и обследование (ФЭГДС, R-скопия «неопищевода») в ДХЦ через 1, 3, 6 и 12 мес. после операции (при «гладком» послеоперационном течении). В дальнейшем, дети подлежат ежегодной госпитализации в ДХЦ для контрольного обследования.

3. При развитии поздних хирургических послеоперационных осложнений (рубцовая стриктура анастомозов, избыток длины трансплантата, сдавление трансплантата рукояткой грудины, дивертикул «неопищевода» и др.) госпитализация в ДХЦ для решения вопроса о дальнейшем лечении и ведении ребёнка. Основная жалоба — дисфагия и вздутие на шее во время еды.

4. Кормление детей с искусственным пищеводом предполагает питание часто и малыми порциями, в вертикальном положении, тщательно измельченной пищей. Последнее кормление за 2 часа до сна.

5. Наличие искусственного пищевода не является противопоказанием к занятиям физкультурой в основной группе.

6. Общеукрепляющее лечение: поливитамины с микроэлементами в осенний и весенний периоды, фитотерапия, массаж.

7. Во время эпидемической вспышки ОРВИ избегать излишних контактов в детских коллективах.

8. Санация очагов хронической инфекции.

9. Санаторно-курортное лечение показано всем детям с искусственным пищеводом. Профиль санатория (пульмонологический, гастроэнтерологический, неврологический, эндокринологический и др.) выбирают в зависимости от ведущей сопутствующей патологии. Показано санаторно-курортное лечение в условиях Беларуси, стран Балтии, в санаториях Крыма и Черноморского побережья России.

ВОЗМОЖНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ

1. Рубцовый стеноз анастомозов.

2. Избыток длины трансплантата.

3. Рефлюкс в «неопищевод».

Все перечисленные осложнения требуют госпитализации пациента в Детский хирургический центр.