

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

УТВЕРЖДАЮ
Первый заместитель Министра
_____ Д.Л. Пиневиц
_____ 2015 г.
Регистрационный № 257-1215



**МЕТОД МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ
С ОЖГОВЫМ ПОРАЖЕНИЕМ ПИЩЕВОДА**

инструкция по применению

УЧРЕЖДЕНИЕ-РАЗРАБОТЧИК:

ГУ «Республиканский научно-практический центр медицинской
экспертизы и реабилитации»

УО «Белорусский государственный медицинский университет»

АВТОРЫ: д.м.н. профессор В.М. Аверин, к.м.н. В.В. Голикова,
В.М. Рустамов

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ**

УТВЕРЖДАЮ

Первый заместитель министра

_____ Д.Л. Пиневиц
23.12.2015

Регистрационный № 257-1215

**МЕТОД МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ
С ОЖОГОВЫМ ПОРАЖЕНИЕМ ПИЩЕВОДА**

инструкция по применению

УЧРЕЖДЕНИЯ-РАЗРАБОТЧИКИ: ГУ «Республиканский научно-практический центр медицинской экспертизы и реабилитации», УО «Белорусский государственный медицинский университет»

АВТОРЫ: д-р мед. наук, проф. В.М. Аверин, канд. мед. наук В.В. Голикова, В.М. Рустамов

Минск 2015

Настоящая инструкция по применению (далее — инструкция) предназначена для врачей-детских хирургов, врачей-реабилитологов и других врачей-специалистов организаций здравоохранения, осуществляющих медицинскую реабилитацию детей с ожоговым (химическим, электрохимическим) поражением пищевода. Может быть использована в комплексе медицинских услуг, направленных на восстановление нормальной жизнедеятельности организма пациента и компенсацию его функциональных возможностей.

Область применения: детская хирургия, медицинская реабилитация.

ПОКАЗАНИЯ ПО ПРИМЕНЕНИЮ

Ожоговое поражение пищевода в остром периоде химической, электрохимической травмы и после хирургических методов ее лечения, включая малоинвазивные (стентирование).

Мероприятия медицинской реабилитации осуществляются на всех этапах оказания медицинской помощи детям с ожоговым поражением пищевода: в остром периоде, в раннем и позднем восстановительном периоде, а также в периоде отдаленных последствий ожогового поражения пищевода.

МЕРОПРИЯТИЯ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ ОЖОГОВОГО ПОРАЖЕНИЯ ПИЩЕВОДА

Мероприятия медицинской реабилитации детям с ожоговым поражением пищевода включаются в объем специализированной хирургической помощи в виде отдельных методов медицинской реабилитации.

Ребенок с подозрением на проглатывание агрессивного вещества неизвестного состава рассматривается как пациент, пострадавший от самого агрессивного вещества, и ему оказывается медицинская помощь как при ожоге тяжелой степени до получения результатов диагностики.

При нарастании симптомов дыхательных расстройств и симптомов общей интоксикации организма пациент госпитализируется в отделение интенсивной терапии и реанимации, а при их отсутствии — в хирургическое отделение.

Мероприятия медицинской реабилитации направлены на создание лечебного положения пациента, обеспечение оксигенации тканей организма, купирование болевого синдрома, коррекцию ситуационного эмоционального состояния у ребенка и его законных представителей.

Пациенту придается возвышенное положение корпуса (Фуллеровское), назначается увлажнение верхних дыхательных путей воздушной или воздушно-кислородной смесью (соотношение «атмосферный воздух : кислород» задается, исходя из данных исследования кислотно-основного состояния организма и сатурации), проводится психокоррекционная беседа с законными представителями ребенка и коррекция эмоционального состояния ребенка.

После купирования болевого синдрома и коррекции гомеостатических показателей проводят физическую реабилитацию, направленную на профилактику вторичных осложнений: нарушение местной микроциркуляции в зоне компрессии кожного покрова, застойные явления в нижних отделах легких. С этой целью

назначается лечение положением, постуральный дренаж, вибрационный массаж, дыхательная гимнастика по общим методикам.

Данные мероприятия осуществляются на фоне патогенетической и симптоматической терапии.

В дальнейшем мероприятия медицинской реабилитации и их объем применяются дифференцированно в зависимости от степени ожогового поражения пищевода.

С целью оптимизации подбора мероприятий медицинской реабилитации используются критерии оценки степени ожогового поражения пищевода (приложение, таблица 1.1).

Диагностика степени ожогового поражения пищевода осуществляется на основании анализа совокупности клинических признаков, результатов эндоскопического (фиброэзофагогастродуоденоскопия — не ранее 24 ч от момента ожога) и рентгеноскопического (или рентгенографического) методов исследования. Рентгенологическое исследование проводится при условии отсутствия нарушений сознания и дыхательных расстройств, при наличии акта глотания.

При 0 степени ожогового поражения пищевода назначается полупостельный режим на период диагностики, а в дальнейшем — общий режим, в первые 1–2 сут назначается диета П, а в дальнейшем диета Б; психотерапевтическая коррекция; медикаментозная терапия (обволакивающие лекарственные средства).

При 1-й степени ожогового поражения пищевода назначается полупостельный режим и диета П в первые 3–4 сут, а в дальнейшем диета Б; психотерапевтическая коррекция; мероприятия физической реабилитации (лечебная гимнастика, массаж (классический, ручной) грудной клетки с элементами постурального дренажа); медикаментозная терапия перорально (антибактериальные лекарственные средства, ингибиторы протонной помпы, обволакивающие и адсорбирующие лекарственные средства).

При 2-й степени ожогового поражения пищевода назначается полупостельный режим; диета П; психотерапевтическая коррекция; мероприятия физической реабилитации (лечебная гимнастика, классический массаж (ручной) грудной клетки с элементами постурального дренажа); медикаментозная терапия перорально (антибактериальные лекарственные средства, ингибиторы протонной помпы, адсорбирующие, обволакивающие и улучшающие трофику и стимулирующие процесс регенерации лекарственные средства или комплексное средство — жирогормональная смесь).

При 3 и 4-й степени ожогового поражения пищевода назначается постельный режим; парентеральное питание; психотерапевтическая коррекция; мероприятия физической реабилитации (мероприятия, направленные на профилактику вторичных осложнений); медикаментозная терапия парентерально (антибактериальные лекарственные средства, ингибиторы протонной помпы, лекарственные средства, улучшающие трофику и стимулирующие процесс регенерации).

Острый период химической, электрохимической травмы пищевода длится от момента ее получения до 7–10 сут. После его завершения пациенты, находящиеся в отделении интенсивной терапии и реанимации, переводятся в хирургическое отделение. Пациенты, имеющие ожоговое поражение пищевода 0, 1 степени,

в дальнейшем стационарном лечении и диагностике не нуждаются и выписываются для наблюдения врачом-педиатром по месту проживания (пребывания).

Пациенты с ожоговым поражением пищевода 0, 1 степени не подлежат диспансерному наблюдению и не нуждаются в мероприятиях медицинской реабилитации.

МЕРОПРИЯТИЯ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ В РАННЕМ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОМ ПЕРИОДЕ ПОСЛЕ ОЖГОВОГО ПОРАЖЕНИЯ ПИЩЕВОДА

Пациентам с 2–4 степенью ожогового поражения пищевода на 10–12-е сут проводится диагностическое эндоскопическое исследование для уточнения глубины и протяженности поражения пищевода, коррекции объема лечения и подбора мероприятий медицинской реабилитации, который выполняется дифференцированно в зависимости от степени ожогового поражения пищевода (приложение, таблица 1.1).

При 2-й степени ожогового поражения пищевода назначается общий режим; диета Б; психотерапевтическая коррекция; ингаляционная терапия; мероприятия физической реабилитации (лечебная гимнастика, массаж (классический, ручной) грудной клетки с элементами постурального дренажа, пешие прогулки); медикаментозная терапия перорально (антибактериальные лекарственные средства, ингибиторы протонной помпы, обволакивающие и адсорбирующие лекарственные средства).

При 3-й степени ожогового поражения пищевода назначается полупостельный режим; диета П; психотерапевтическая коррекция; ингаляционная терапия; мероприятия физической реабилитации (лечебная гимнастика, массаж (классический, ручной) грудной клетки с элементами постурального дренажа, вибрационный массаж); медикаментозная терапия перорально (антибактериальные лекарственные средства, ингибиторы протонной помпы, лекарственные средства, улучшающие трофику и стимулирующие процесс регенерации).

При 4-й степени ожогового поражения пищевода назначается полупостельный режим; пробное энтеральное кормление (при условии что ребенок в состоянии глотать): вода – при отсутствии дискомфорта – бульон – при отсутствии дискомфорта – стол П; психотерапевтическая коррекция; ингаляционная терапия; мероприятия физической реабилитации (мероприятия, направленные на профилактику вторичных осложнений, лечебная гимнастика, массаж (классический, ручной) грудной клетки с элементами постурального дренажа, вибрационный массаж); медикаментозная терапия парентерально (антибактериальные лекарственные средства, ингибиторы протонной помпы, лекарственные средства, улучшающие трофику и стимулирующие процесс регенерации).

Сроки антибактериальной терапии определяются индивидуально в соответствии с медицинскими показаниями.

На 18–20-е сут проводится рентгеноскопическое исследование, по результатам которого определяется тактика дальнейшего лечения и медицинской реабилитации ребенка.

При 2-й степени ожогового поражения пищевода, подтвержденной рентгенологически, пациенты не нуждаются в дальнейшем лечении и выписываются из стационара.

При 3, 4-й степени ожогового поражения пищевода к 18–20-м сут у пациентов начинают формироваться последствия ожогового поражения пищевода в виде рубцовых стриктур, которые в данный период представлены эластичной рубцовой тканью. Рентгеноскопическое исследование позволяет определить признаки тяжести формирующихся рубцовых изменений пищевода, а при недостаточности полученной информации применяется дополнительное эндоскопическое исследование.

После диагностики пациентам проводится раннее внутрипросветное расширение формирующихся рубцовых стриктур пищевода 2 раза в неделю в течение 2-х недель, затем — 1 раз в неделю в течение последующих 2-х недель с оценкой прогноза темпов стенозирования пищевода.

Если в течение данного периода у ребенка не наступает рестенозирование, и по оценке данных рентгеноскопии и эндоскопии проходимость и диаметр пищевода в зоне формирующейся рубцовой стриктуры соответствует возрастному, ребенок выписывается для амбулаторно-поликлинического наблюдения по месту проживания (пребывания).

Дальнейшее нахождение в стационаре показано пациентам, у которых диаметр просвета пищевода при внутрипросветном расширении формирующихся рубцовых стриктур регрессирует до критического уровня, соответствующего дисфагии 3, 4.

При тотальном поражении пищевода с формированием протяженной или многоуровневой, а также извитой (эксцентричной, штопорообразной) стриктуры, при возникновении осложнений (перфорации пищевода с развитием медиастинита) показана гастростомия для обеспечения энтерального кормления и внутрипросветного расширения пищевода путем бужирования за нить.

Окончательное формирование рубцовых стриктур наступает спустя 3–4 мес. от даты ожога. Рубцовое сужение пищевода в зависимости от степени тяжести ранжируется по функциональным классам (далее — ФК): ФК1 — легкое сужение, ФК2 — умеренное, ФК3 — выраженное, ФК4 — резко выраженное сужение (приложение, таблица 1.2).

При ФК1, ФК2 рубцового сужения пищевода ребенок наблюдается врачом-хирургом в амбулаторно-поликлинических условиях. При стабильном клинико-функциональном состоянии в течение 6 мес. ребенок не нуждается в малоинвазивных манипуляциях по увеличению просвета пищевода в рубцовой зоне. Если в течение 6 мес. после ожога данное состояние является персистирующим в связи с периодическим рестенозированием, то такому пациенту показано продленное внутрипросветное расширение пищевода — стентирование.

При ФК3, ФК4 рубцового сужения пищевода детям проводят продленное внутрипросветное расширение путем постановки стента в соответствии с медицинскими показаниями.

Реализация мероприятий медицинской реабилитации контролируется на протяжении всего курса стационарного лечения и отражается в дневнике наблюдения.

При выписке ребенка из стационара оценивается клиническая эффективность мероприятий медицинской реабилитации, указывается степень выраженности рубцового сужения пищевода, выдается выписка из медицинских документов ребенка с рекомендациями.

МЕРОПРИЯТИЯ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ В ПОЗДНЕМ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОМ ПЕРИОДЕ И В ПЕРИОДЕ ОТДАЛЕННЫХ ПОСЛЕДСТВИЙ ОЖОГОВОГО ПОРАЖЕНИЯ ПИЩЕВОДА

Мероприятия медицинской реабилитации в позднем восстановительном периоде (от 6 мес. до 1 года с момента получения ожога) и в периоде отдаленных последствий (спустя 1 год) ожогового поражения пищевода показаны детям со стойкими ФК1, ФК2 рубцовыми сужениями пищевода.

Кратность курсов медицинской реабилитации определяется врачами-специалистами амбулаторно-поликлинической организации здравоохранения и зависит от стабильности клинических проявлений.

Программа медицинской реабилитации составляется после реабилитационно-экспертной диагностики и оценки ее результатов, при этом базовые диагностические мероприятия (эндоскопия, баллонная гидродилатация, а при необходимости рентгеноскопия) осуществляются только в специализированных стационарных условиях (таблица).

Результаты реабилитационно-экспертной диагностики позволяют оценить общее состояние ребенка, функциональные возможности его организма в соответствии с возрастными особенностями и степень рубцового сужения пищевода на основании диагностических критериев (Приложение 1, таблица 1.2).

Таблица — Перечень мероприятий реабилитационно-экспертной диагностики в стационарных и амбулаторно-поликлинических условиях для формирования программы медицинской реабилитации

Реабилитационно-экспертная диагностика	
Основная	Дополнительная (по показаниям)
Стационарная организация здравоохранения	
1. Осмотр врача-хирурга 2. Оценка физического развития 3. Эндоскопическое исследование 4. Баллонная гидродилатация 5. Оценка степени выраженности функциональных нарушений по ФК 6. Психодиагностика и (или) психологическое тестирование 7. Общеклиническое исследование (общий анализ крови, общий анализ мочи)	1. Консультация врачей-специалистов: 1.1 гастроэнтеролога 1.2 пульмонолога 1.3 отоларинголога 2. Рентгеноскопическое исследование 3. Рентгенография органов грудной клетки 4. Биохимическое (протеинограмма, АЛТ, АСТ, щелочная фосфатаза, билирубин мочевины, электролитный баланс) исследование
Амбулаторно-поликлиническая организация здравоохранения	
1. Осмотр врача-реабилитолога 2. Оценка степени выраженности функциональных нарушений по ФК 3. Пульсометрия, нагрузочное тестирование 4. Электрокардиография	1. Консультация врачей-специалистов: 1.1 хирурга 1.2 гастроэнтеролога 1.3 пульмонолога 1.4 отоларинголога

5. Психодиагностика и (или) психологическое тестирование	1.5 стоматолога 1.6 логопеда 2. Оценка функции внешнего дыхания 3. Биохимическое, иммунологическое исследование
--	--

Продолжительность нахождения в стационаре составляет 4–7 дней.

С первого дня пребывания в стационаре ребенку проводятся психотерапия (психолого-педагогическая коррекция), физическая реабилитация, ингаляционная терапия, оксигенотерапия и медикаментозная терапия, которые корректируются в процессе реабилитационно-экспертной диагностики с учетом клинико-функционального состояния ребенка и его индивидуальных и возрастных особенностей (приложение, таблица 1.3). Законные представители ребенка и при возможности сам пациент проходят обучение в «Школе пациента с последствиями ожогового поражения пищевода». Диетотерапия назначается по клиническим критериям в зависимости от степени дисфагии.

При выписке из стационара указывается клиническая эффективность мероприятий медицинской реабилитации, степень выраженности рубцового сужения пищевода и перечень мероприятий медицинской реабилитации, которые необходимо провести в амбулаторно-поликлинических условиях.

Программа медицинской реабилитации составляется на основании рекомендаций стационара после диагностических мероприятий в амбулаторно-поликлинических условиях (таблица), необходимых и достаточных для оценки реабилитационных возможностей ребенка и его нуждаемости в тех или иных мероприятиях.

Программа должна содержать перечень оптимальных для ребенка мероприятий медицинской реабилитации (приложение, таблица 1.4), которые можно осуществить на данном этапе и в данной организации здравоохранения, с указанием конкретных видов, их количества в течение курса и сроков их проведения, направленных на достижение конкретной цели реабилитации в данный временной промежуток.

Продолжительность амбулаторно-поликлинического этапа медицинской реабилитации для детей с последствиями ожогового поражения пищевода составляет 10–12 дней.

После завершения курса оценивается эффективность медицинской реабилитации, степень выраженности дисфагии и ограничения категорий жизнедеятельности (способность к самообслуживанию, ведущей возрастной деятельности, общению).

ПЕРЕЧЕНЬ ВОЗМОЖНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ИЛИ ОШИБОК ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ И ПУТИ ИХ УСТРАНЕНИЯ

Возможные осложнения или ошибки при применении данного метода врачами-специалистами не прогнозируются.

Таблица 1.1. — Критерии оценки степени ожогового поражения пищевода у детей

Степень ожогового поражения пищевода	Клинические критерии	Клинико-инструментальные критерии	
		рентгенологические	эндоскопические
1	2	3	4
0	Наличие факта проглатывания агрессивного вещества. Отсутствие явных изменений слизистой губ и полости рта, языка, глотки. Изменения кожных покровов отсутствуют. Дисфагия 0*	Пищевод свободно проходим, перистальтирует, расправляется, имеет анатомическую складчатость, депо. Замедление прохождения контраста нет	Пищевод свободно проходим, перистальтирует, расправляется, имеет анатомическую складчатость. Слизистая пищевода ярко розовая
I	Наличие факта проглатывания агрессивного вещества. Изменения слизистой губ и полости рта, языка, глотки: гиперемия, пастозность; умеренная саливация. Наложений фибрина, изъязвлений нет. Изменения кожных покровов отсутствуют. Дисфагия 0	Пищевод свободно проходим, перистальтика замедлена, расправляется контрастом на $\frac{2}{3}$ или на 80 %, анатомические складки сглажены. Замедление прохождения контраста	Пищевод свободно проходим, перистальтика замедлена. Катаральный эзофагит (без повреждения поверхностных слоев эпителия), гиперемия, отек, контактная ранимость слизистой оболочки
II	Наличие факта проглатывания агрессивного вещества. Изменения слизистой губ и полости рта, языка, глотки: гиперемия, отек, умеренная саливация. Наложений фибрина, изъязвлений слизистой нет. Дисфагия I степени	Пищевод свободно проходим, перистальтика замедлена, просвет расправляется контрастом на $\frac{1}{2}$ или на 50 %, анатомические складки сглажены. Пассаж контраста замедлен	Пищевод свободно проходим, перистальтика замедлена. Десквамативный эзофагит (локальное повреждение поверхностных слоев эпителия), гиперемия, отек, контактная ранимость слизистой оболочки. Воспалительные явления сохраняются не более 24 дней

III	Наличие факта проглатывания агрессивного вещества. Повреждения кожи и слизистой губ, слизистой полости рта, языка, глотки: гиперемия, отек, умеренная саливация, локальные наложения фибрина. Имеются единичные точечные эрозии. Дисфагия II ст.	Пищевод проходим, просвет заметно сужен, перистальтика замедлена (местами может отсутствовать), просвет расправляется контрастом на $\frac{1}{3}$ или на 20 %, анатомические складки сглажены. Пассаж густого контраста замедлен	Пищевод свободно проходим, перистальтика замедлена. Десквамативный эзофагит (локальное повреждение поверхностных слоев эпителия) с гиперемией, отеком, контактной ранимостью слизистой оболочки или эрозивный эзофагит (выраженный отек слизистой пищевода, фибриновые наложения, покрывающие изъязвления). Просвет может не дифференцироваться. Воспалительные явления сохраняются в течение 24 дней
IV	Факт проглатывания агрессивного вещества. Повреждения кожи и слизистой губ (стекловидный отек, гиперемия или анемичность), слизистой полости рта, языка, глотки (гиперемия, стекловидный отек), гиперсаливация, наложения фибрина локально, в виде бляшек, или тотально. Имеются язвы, покрытые фибрином. Дисфагия III–IV ст.	Просвет пищевода значительно сужен, перистальтика не прослеживается, просвет контрастом не расправляется, анатомические складки отсутствуют. Пассаж жидкого контраста по пищеводу замедлен	Просвет пищевода сужен, деформирован, перистальтика не прослеживается. Язвенно-некротический эзофагит (некроз захватывает стенку органа на всю глубину вплоть до околопищеводной клетчатки). Воспалительные явления сохраняются свыше 24 дней

* — дисфагия 0 — сохранена способность к проглатыванию пищи любой консистенции и воды; дисфагия 1 — затруднения при проглатывании исключительно твердой пищи; дисфагия 2 — абсолютная невозможность проглатывания твердой пищи; дисфагия 3 — затруднения при проглатывании слюны и жидкой пищи; дисфагия 4 — полная невозможность проглатывания пищи любой консистенции и воды.

Таблица 1.2. — Критерии степени рубцового сужения пищевода по ФК

ФК	Клинические критерии	Клинико-инструментальные критерии	
		рентгенологические	эндоскопические
1	2	3	4
ФК 0	Свободное глотание пищи любой консистенции. Отсутствие неприятных ощущений при глотании в течение дня и ночи, в т. ч. в горизонтальном положении. Отсутствие болевого синдрома при глотании	Акт глотания не нарушен. Пищевод расположен обычно, свободно проходим для густого контрастного вещества. Перистальтика удовлетворительная. Пищевод эластичен на всем протяжении, сегментарно ригиден. Ригидность не препятствует общей кинетике пищевода. Укорочение пищевода отсутствует, супрастенотического расширения нет. Диаметр пищевода в зоне стриктуры идентичен диаметру пищевода для ребенка данного возраста	Пищевод свободно проходим для эндоскопа на всем протяжении, перистальтирует на инсуфляцию воздухом и на раздражение эндоскопом. Слизистая интактного пищевода ярко розовая, имеется анатомическая складчатость. Зона рубцовой стриктуры свободно проходима для диагностического эндоскопа, умеренно эластична. Кардия сомкнута, зона пищеводно-желудочного перехода не изменена, четко определяется Z-линия
ФК I	Свободное глотание пищи любой консистенции. Неприятные ощущения при глотании носят проходящий характер и полностью проходят после приема жидкости. Отсутствие болевого синдрома при глотании	Акт глотания не нарушен. Пищевод расположен обычно, свободно проходим для густого контрастного вещества в зоне стриктуры или очаговое замедление прохождения контрастного вещества, не нарушающее общую кинетику пищевода. Перистальтика умеренно ослаблена. Пищевод эластичен на всем протяжении, отмечается очаговая ригидность в зоне стриктуры, не препятствующая общей кинетике пищевода. Укорочение пищевода отсутствует, супрастенотического расширения нет. Рентгенологически диаметр пищевода соответствует норме для ребенка данного возраста	Пищевод свободно проходим на всем протяжении, перистальтирует на инсуфляцию воздухом и на раздражение эндоскопом. Слизистая интактного пищевода ярко розовая, имеется анатомическая складчатость. Зона рубцовой стриктуры свободно проходима для эндоскопа, эластична. Умеренная недостаточность кардии, четко определяется Z-линия. Признаки катарального эзофагита в нижней трети пищевода. Эрозий (афт) нет

1	2	3	4
ФК II	<p>Абсолютная невозможность проглатывания твердой пищи «размером с глоток».</p> <p>Чувство стеснения в груди во время еды</p>	<p>Акт глотания не нарушен. Пищевод расположен обычно. Проходимость для жидкого контрастного вещества. Прохождение густого контрастного вещества замедленно, особенно в зоне стриктуры. Нарушена перистальтика пищевода в супрастенотических отделах с формированием супрастенотического расширения. Ригидность пищевода в зоне стриктуры замедляет перистальтику пищевода. Наблюдается укорочение пищевода, имеются признаки тракционной аксиальной грыжи пищеводного отверстия диафрагмы и гастроэзофагеального рефлюкса. Просвет пищевода сужен и составляет $\frac{1}{3}$–$\frac{1}{4}$ его диаметра от возрастной нормы</p>	<p>Пищевод свободно проходим на всем протяжении, перистальтирует на инсуффляцию воздухом и на раздражение эндоскопом. Слизистая интактного пищевода ярко розовая, имеется анатомическая складчатость. Зона рубцовой стриктуры свободно проходима, для эндоскопа, умеренно эластична. Умеренная недостаточность кардии, четко определяется Z-линия. Признаки катарального эзофагита в нижней трети пищевода. Эрозий (афт) нет</p>
ФК III	<p>Постоянное затруднение при проглатывании пищи любой консистенции.</p> <p>Чувство давления за грудиной при проглатывании пищи.</p> <p>Нередко неприятный запах изо рта.</p> <p>Снижение массы тела 5,0–10,0 %.</p>	<p>Акт глотания не нарушен. Отмечается деформация контуров просвета пищевода. Прохождение жидкого контрастного вещества замедлено. Прохождение густого контрастного вещества замедленно, оно депонируется в зоне стриктуры. Перистальтика пищевода значительно нарушена в супрастенотических отделах с формированием умеренно выраженного супрастенотического расширения. Выраженная ригидность пищевода в зоне стриктуры замедляет перистальтику пищевода. Наблюдается укорочение пищевода, имеются признаки тракционной аксиальной грыжи пищеводного отверстия диафрагмы и гастроэзофагеального рефлюкса. Просвет пищевода в суженном участке составляет $\frac{1}{4}$–$\frac{1}{6}$ его диаметра от возрастной нормы</p>	<p>Пищевод в зоне стриктуры не проходим, не перистальтирует на инсуффляцию воздухом и на раздражение эндоскопом. Слизистая интактного пищевода ярко розовая, имеется анатомическая складчатость. Слизистая в зоне прстенотического расширения пищевода ярко розовая, местами атрофична, анатомическая складчатость отсутствует. Зона рубцовой стриктуры не проходима для эндоскопа, неэластичен. Выраженная недостаточность кардии. Признаки эрозивного эзофагита в нижней трети пищевода</p>

1	2	3	4
ФК IV	<p>Непроходимость полужидкой пищи. Выраженные затруднения при проглатывании жидкости. Срыгивание. Чувство сдавления, переполнения за грудиной. Гнилостный запах изо рта. Снижение массы тела более, чем на 10,0 %. Обезвоживание. Жажда, чувство голода, общая слабость</p>	<p>Акт глотания нарушен. Пищевод расположен обычно (и/или имеется девиация пищевода в зоне стриктуры. Косвенные признаки склерозирующего медиастинита локально или на всем протяжении пищевода в зависимости от протяженности стриктуры. Пищевод не проходим для контрастного вещества и/или очаговое длительное нарушение прохождения густого контрастного вещества в зоне стриктуры, нарушающее общую кинетику пищевода. Перистальтика отсутствует, пищевод ригиден на всем протяжении стриктуры. Имеется укорочение пищевода, супрастенотическое расширение с формированием Ценкеровских дивертикулов в верхней трети. Просвет пищевода в суженном участке менее $\frac{1}{6}$ его диаметра от возрастной нормы (симптом нитки)</p>	<p>Пищевод в зоне стриктуры не проходим для ультратонкого фиброэзофагоскопа. Имеет место расширение пищевода (парез) и супрастенотическое расширение. Пищевод неперистальтирует в зоне престенотического расширения и в зоне стриктуры на инсuffляцию воздухом и на раздражение эндоскопом. Слизистая в зоне престенотического расширения пищевода ярко розовая, местами атрофична, анатомическая складчатость отсутствует. Стенки пищевода ригидны, кардия зияет, граница зоны пищеводно-желудочного перехода размыта, Z-линия определяется выше уровня пищеводного отверстия диафрагмы. Признаки эрозивного (эрозивно-язвенного) эзофагита в нижней трети пищевода. Признаки с трансформацией пищевода эпителия (требуется биопсия с последующим гистологическим исследованием биоптата)</p>

Таблица 1.3. — Мероприятия медицинской реабилитации для детей с последствиями ожогового поражения пищевода в стационарных условиях

ФК	Мероприятия медицинской реабилитации			Продолжительность курса и кратность в течение года
	перечень мероприятий	продолжительность	количество в течение курса	
ФК1, 2	Мероприятия психотерапии (психолого-педагогической коррекции)			4–7 дней 1 раз в год
	1. Выработка установки на активное участие в реабилитационном процессе	5 мин	Ежедневно	
	2. Обучение адекватному эмоциональному реагированию	5–10 мин	-//-	
	3. Психотерапия:			
	3.1. Групповая психотерапия:	30–45 мин	№ 2, 3	
	- музыкотерапия (звуки природы)			
	- сказкотерапия			
	- игротерапия			
	3.2. Семейная психотерапия	30–45 мин	№ 2, 3	
	Мероприятия физической реабилитации			
1. Активная кинезотерапия:				
1.1. Утренняя гигиеническая гимнастика	15–20 мин	Ежедневно		
1.2. Игровые упражнения:	20–25 мин	№ 2, 3		
- малоподвижные игры				
1.3. Пешеходные прогулки	25–30 мин	№ 2, 3		
2. Эрготерапия:				
- обучение правильным навыкам и стереотипам самообслуживания	15–20 мин	Ежедневно		
Физиотерапия				
Ингаляционная терапия (0,9 %-й раствор хлорида натрия)	3–5 мин	№ 3–5		

	<p>Оксигенотерапия (кислородный коктейль)</p> <p>Диетотерапия Базовый рацион — диета Б</p> <p>Медикаментозная терапия (учитывается тяжесть и выраженность сопутствующих нарушений)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Обволакивающие лекарственные средства 2. Адсорбирующие лекарственные средства 3. Антисекреторные лекарственные средства: - ингибиторы протонной помпы 4. Лекарственные средства, улучшающие трофику и стимулирующие процесс регенерации <p>Школа для пациентов с последствиями ожогового поражения пищевода и их родителей</p>	<p>По показаниям</p> <p>В соответствии с режимом питания по показаниям</p> <p>По показаниям</p>	<p>№ 3–5</p> <p>Ежедневно</p> <p>Индивидуально</p> <p>№ 2, 3</p>	
--	--	---	--	--

Таблица 1.4. — Программа медицинской реабилитации детей с последствиями ожогового поражения пищевода на амбулаторно-поликлиническом этапе

ФК	Мероприятия медицинской реабилитации			Продолжительность курса и кратность в течение года
	перечень мероприятий	продолжительность	Количество в течение курса	
ФК1, 2	Мероприятия психотерапии (психолого-педагогической коррекции)			10–12 дней 1 раз в год
	1. Выработка установки на активное участие в реабилитационном процессе	5 мин	Ежедневно	
	2. Обучение адекватному эмоциональному реагированию	5–10 мин	-//-	
	3. Формирование взаимоотношений в детском коллективе	-//-	-//-	
	4. Выработка и фиксация у ребенка положительного эмоционального состояния	-//-	-//-	
	5. Психотерапия:			
	5.1. Групповая психотерапия: - музыкотерапия (звуки природы) - сказкотерапия - игротерапия - релаксационные методики - арт-терапия (лепка, разукрашивание, рисование и др.)	30–45 мин	№ 4, 5	
5.2. Индивидуальная психотерапия: - психокоррекционная беседа - позитивная психотерапия	30–45 мин	№ 4, 5		
4.3. Семейная психотерапия	30–45 мин	№ 2, 3		
Голосо-речевая терапия				
1. Развитие и тренировка мышц и моторики артикуляционного аппарата	25–30 мин	№ 5–7		

	<p>2. Развитие и коррекция дыхания, голоса, голосовых модуляций</p> <p>3. Развитие и тренировка коммуникативных функций речи</p> <p>Мероприятия физической реабилитации</p> <p>1. Активная кинезотерапия:</p> <p>1.1. Лечебная гимнастика (групповая), включая:</p> <ul style="list-style-type: none"> - общеразвивающие упражнения - дыхательная гимнастика - глубокое диафрагмальное дыхание - координация дыхательных упражнений с общеразвивающими - упражнения со снарядами (палки, мячи и др.) <p>1.2. Игровые упражнения</p> <p>1.3. Пешеходные прогулки</p> <p>1.4. Плавание (в бассейне)</p> <p>2. Эрготерапия:</p> <ul style="list-style-type: none"> - обучение правильным навыкам и стереотипам самообслуживания <p>Физиотерапия (по показаниям не более 3-х процедур)</p> <p>1. Ингаляционная терапия (0,9 %-й раствор хлорида натрия)</p> <p>2. Теплолечение (сегментарно):</p> <ul style="list-style-type: none"> - парафино- и озокеритолечение <p>3.. Светолечение (сегментарно, местно):</p> <ul style="list-style-type: none"> - ультрафиолетовое облучение - облучение поляризованным светом <p>4. Электротерапия:</p> <ul style="list-style-type: none"> - магнитотерапия - дарсонвализация - электросон 	<p>30–40 мин</p> <p>20–25 мин</p> <p>25–30 мин</p> <p>20–30 мин</p> <p>15–20 мин</p> <p>Индивидуально</p>	<p>№ 7–10</p> <p>№ 3–5</p> <p>№ 5–7</p> <p>№ 5–7</p> <p>Ежедневно</p> <p>Все процедуры по № 7–10</p>	
--	---	---	--	--

<p>5. Гидротерапия: - хвойные ванны - душ (местный, дождевой)</p> <p>6. Аэроионотерапия</p> <p>7. Оксигенотерапия</p> <p>Рефлексотерапия 1. Корпоральная акупунктура 2. Микроиглотерапия 3. Ауриколопунктура</p> <p>Диетотерапия Базовый рацион – диета Б</p> <p>Медикаментозная терапия (при проведении учитывается тяжесть и выраженность сопутствующих нарушений) 1. Обволакивающие лекарственные средства 2. Адсорбирующие лекарственные средства 3. Антисекреторные лекарственные средства: - ингибиторы протонной помпы 4. Лекарственные средства, улучшающие трофику и стимулирующие процесс регенерации 5. Витамины 6. Адаптогены 7. Гепатопротекторы</p> <p>Школа для пациентов с последствиями ожогового поражения пищевода и их родителей</p>	<p>По показаниям</p> <p>В соответствии с режимом питания</p> <p>По показаниям</p> <p>По показаниям</p>	<p>№ 7–10</p> <p>Ежедневно</p> <p>Индивидуально</p> <p>№ 2, 3</p>	
---	--	---	--