



MINISTERUL SĂNĂTĂȚII AL REPUBLICII MOLDOVA

---



UNIVERSITATEA DE STAT DE MEDICINĂ ȘI FARMACIE  
„NICOLAE TESTEMIȚANU” DIN REPUBLICA MOLDOVA

# STENOZA POSTCAUSTICĂ A ESOFAGULUI LA COPIL

Protocol clinic național  
(ediția I)

**PCN-409**

Chișinău, 2022

**Aprobat prin ședința Consiliului de experți al Ministerului Sănătății  
al RM din 20.05.2022, proces verbal nr. 3  
Aprobat prin ordinul Ministerului Sănătății al RM nr.750 din 26.07.2022, cu privire la  
aprobarea Protocolului clinic național „Stenoza postcaustică a esofagului la copil”**

**Cuprins:**

SUMARUL RECOMANDARILOR: .....	3
ABREVIERILE FOLOSITE ÎN DOCUMENT.....	4
PREFAȚĂ.....	4
A. PARTEA INTRODUCȚIVĂ .....	4
A.1. Diagnosticul.....	4
A.2. Codul bolii (CIM 10) .....	4
A.3. Utilizatorii .....	4
A.4. Scopurile protocolului.....	4
A.5. Data elaborării protocolului .....	5
A.6. Data următoarei revizuirii .....	5
A.7. Lista și informațiile de contact ale autorilor și ale persoanelor care au participat la elaborarea protocolului .....	5
A.8. Definițiile folosite în document .....	6
A.9. Informația epidemiologică .....	6
B. PARTEA GENERALĂ .....	7
B.1. Nivel de asistență medicală de urgență .....	7
B.2. Nivel de asistență medicală primară .....	7
B.3. Nivel de asistență medicală specializată de ambulatoriu (chirurg pediatru).....	8
B.4. Nivel de asistență medicală spitalicească.....	8
C.1. ALGORITMII DE CONDUCERE .....	10
C. 1.1. Algoritmul de diagnostic .....	10
C.2. <i>DESCRIEREA METODELOR, TEHNICILOR ȘI A PROCEDURILOR</i> .....	11
C.2.1. Clasificarea .....	11
C.2.2. Factorii de risc .....	12
C.2.3. Conduita pacientului .....	12
C.2.3.1. Anamneza .....	12
C.2.3.2. Examenul fizic.....	12
C.2.3.2.1. <i>Disfagie</i> .....	12
C.2.3.2.2. <i>Clasificarea disfagiei</i> .....	12
C.2.3.2.3. <i>Simptome</i> .....	13
C.2.3.3. Investigațiile paraclinice .....	13
C.2.3.4. Complicații:.....	15
C.2.3.5. Diagnosticul diferențial .....	15
C.2.3.6. Criteriile de adresare pentru ajutor medical.....	15

C.2.3.7. Criteriile de spitalizare.....	15
C.2.3.8 Tratament .....	15
C.2.3.8.1. Indicațiile pentru tratamentul endoscopic .....	16
C.2.3.8.2. Tipurile bujării .....	16
C.2.3.8.3. Indicele eficacității tratamentului endoscopic .....	17
C.2.3.8.4. Contraindicații pentru tratamentul endoscopic - bujare .....	17
C.2.3.8.5. Complicațiile bujării.....	17
C.2.3.8.6. Indicații pentru tratament chirurgical de urgență .....	17
C.2.3.8.7. Indicații pentru tratamentul chirurgical programat.....	17
C.2.3.8.8. Ce este necesar a lua în calcul al alegerea metodei de tratament? .....	18
C.2.3.8.9. Principii ale esofagoplastiei.....	18
C.2.3.8.10. Ce este necesar de știut pentru alegerea metodei de esofagoplastie?.....	18
C.2.3.8.11. Metode de esofagolpastie .....	18
C.2.3.8.12. Complicații postoperatorii .....	21
C.2.3.8.13. Tratament medicamentos .....	21
C.2.3.9. Prognostic .....	22
C.2.3.10. Profilaxia stenozei postcaustică al esofagului.....	22
C.2.3.11. Supravegherea pacienților.....	22
<b>D. RESURSELE UMANE ȘI MATERIALE NECESARE PENTRU RESPECTAREA PREVEDERILOR PROTOCOLULUI .....</b>	<b>23</b>
D.1. Subdiviziunile serviciului de Asistență Medicală Urgentă Prespitalicească.....	23
D.2. Instituțiile de asistență medicală primară.....	23
D.3. Instituțiile /secțiile de asistență medicală specializată de ambulatoriu.....	23
D.4. Instituțiile de asistență medicală spitalicească: secții chirurgicale, de reanimare și TI ale spitalelor raionale, municipale, republicane .....	24
<b>E. INDICATORII DE MONITORIZARE A IMPLEMENTĂRII PROTOCOLULUI.....</b>	<b>25</b>
<i>Anexa 1. Ghidul pacientului cu Stenoză postcaustică a esofagului la copii(Ghid pentru pacienți, părinți) .....</i>	<i>26</i>
<i>Anexa 2. Fișa standardizată de audit bazat pe criterii pentru stenoză postcaustică a esofagului .....</i>	<i>28</i>
<i>Anexa 3. Clase de dovezi și scala de evaluare pentru recomandări .....</i>	<i>30</i>
<b>BIBLIOGRAFIA .....</b>	<b>31</b>

## **SUMARUL RECOMANDARILOR:**

- 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 vârstă mai mare acuze la senzație de greu retrosternal postalimentar sau senzația de oprirea în gât a bucăților alimentare
- Tratamentul stenozei postcaustice a esofagului rămâne o problemă de importanță înaltă în chirurgia pediatrică

## ABREVIERILE FOLOSITE ÎN DOCUMENT

SPE	Stenoza postcaustică a esofagului
USG abdominală	Ultrasonografie abdominală
Ro"-grafia	Radiografie
EGDS	Esofagofibroscopie
ICV	Insuficiență cardiovasculară
ECG	Electrocardiogramă
TI	Terapie intensivă
USMF	Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”
CNȘP de Chirurgie Pediatrică „acad. Natalia Gheorghiu”	Centrul Național Științifico-Practic de Chirurgie Pediatrică „Acad. Natalia Gheorghiu”

### PREFAȚĂ

Protocolul Clinic Național „Stenoza postcaustică a esofagului la copii” a fost elaborat de un grup de colaboratori științifici sub conducerea D-nei Eva Gudumac, doctor habilitat în științe medicale, profesor universitar, Academician al AȘM, Om Emerit, de la Catedra de chirurgie, ortopedie și anesteziologie pediatrică „Natalia Gheorghiu”, șef al Laboratorului de Infecții Chirurgicale la Copii, USMF „Nicolae Testemițanu” și de la Centrul Național Științifico-Practic de Chirurgie Pediatrică „Academician Natalia Gheorghiu”.

Protocolul a fost discutat și aprobat la ședința catedrei de Chirurgie, Ortopedie și Anesteziologie Pediatrică USMF „Nicolae Testemițanu”, șef catedră, Jana Bernic, dr.hab.șt.med., prof. universitar, USMF „Nicolae Testemițanu”.

### A. PARTEA INTRODUCȚIVĂ

#### A.1. Diagnosticul:

*Exemple de diagnostic clinic:*

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

Stenoza de esofag. Starea după corp străin al esofagului (baterii- 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)
- Instituțiile/secțiile consultative raionale și municipale (medicii chirurghi pediatri, chirurgii de adulți, pediatri)
- Asociațiile medicale - teritoriale (medici ide familie, pediatri, chirurghi pediatri, chirurg de adulți)
- Secțiile de pediatrie ale spitalelor raionale, municipale și republicane (medicii pediatri)
- Secțiile de perinatologie ale spitalelor raionale, municipale și republicane (neonatologii)
- Centrele de chirurgie pediatrică, reanimare și terapie intensivă ale spitalelor municipale și republicane (medicii chirurghi pediatri și reanimatori)
- **Notă:** Protocolul la necesitate poate fi utilizat și de alți specialiști.

#### A.4. Scopurile protocolului:

1. Ameliorarea rezultatelor tratamentului medico-chirurgical prin depistarea precoce a bolnavilor cu stenoza postcaustică a esofagului și optimizarea tehnicii de diagnostic a depistărilor precoce a complicațiilor stenozei.

2. Sporirea calității examinării clinice, paraclinice și optimizarea tratamentului copiilor cu stenoză postcaustică a esofagului
3. A ameliora diagnosticul și asistența 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 condițiilor optime de îngrijiri medicale în scopul profilaxiei complicațiilor, inclusiv cele psihologice.
5. Ameliorarea calității tratamentului copiilor cu stenoză postcaustică a esofagului
6. Reducerea maximală a complicațiilor precoce și tardive după tratamentul copiilor cu stenoză postcaustică a esofagului
7. A ameliora rezultatele imediate și la distanță ale tratamentului chirurgical la bolnavii cu stenoză postcaustică a esofagului.

**A.5. Data elaborării protocolului: 2022**

**A.6. Data următoarei revizuirii: 2027**

**A.7. Lista și informațiile de contact ale autorilor și ale persoanelor care au participat la elaborarea protocolului :**

<b>Numele</b>	<b>Funcția deținută</b>
<b><i>Eva Gudumac</i></b>	dr. hab. șt.med., prof.univ., academician al AȘM, Om Emerit, Catedra de chirurgie, ortopedie și anesteziologie pediatrică „Natalia Gheorghiu”, USMF „Nicolae Testemițanu”, șef al Laboratorului Infecții Chirurgicale la Copii, USMF „Nicolae Testemițanu”, colaborator la Centrul Național Științifico-Practic de Chirurgie Pediatrică „Academician Natalia Gheorghiu”, IMȘIC
<b><i>Irina Livșiț</i></b>	medic ordinator al secției chirurgie septico-purulentă, chirurg-pediatru, doctorand, Catedra de chirurgie, ortopedie și anesteziologie pediatrică „Natalia Gheorghiu”, USMF „Nicolae Testemițanu”, colaborator al Laboratorului Infecții Chirurgicale la Copii, USMF „Nicolae Testemițanu”, Centrul Național Științifico-Practic Chirurgie Pediatrică „Academician Natalia Gheorghiu”, IMȘIC
<b><i>Jana Bernic</i></b>	dr. hab. șt.med., prof.univ., șef Catedră, catedra de chirurgie, ortopedie și anesteziologie pediatrică „Natalia Gheorghiu”, USMF „Nicolae Testemițanu”, colaborator al Centrului Național Științifico-Practic de Chirurgie Pediatrică „Academician Natalia Gheorghiu”, IMȘIC, al USMF „Nicolae Testemițanu”
<b><i>Victor Rașcov</i></b>	medic endoscopist, șef secție Endoscopie IMSP IMȘIC

**Lista responsabililor /structurilor care au examinat și avizat PCN:**

<b>Denumirea structurii/instituției</b>	<b>Persoana responsabilă (nume, prenume, funcție)</b>
Comisia științifico-metodică de profil Chirurgie USMF „Nicolae Testemițanu”	<b><i>Evghenii Guțu</i></b> , dr.hab.șt.med., prof.univ., președinte
Catedra de chirurgie, ortopedie și anesteziologie pediatrică „Natalia Gheorghiu” USMF „Nicolae Testemițanu”	<b><i>Jana Bernic</i></b> , dr. șt.med., conf.univ., șef catedră
Comisia de specialitatea a MS în Medicina de familie	<b><i>Ghenadie Curocichin</i></b> , dr. hab. șt.med., prof.univ., președinte
Comisia de specialitatea a MS în Farmacologie și farmacologie clinică.	<b><i>Bacinschi Nicolae</i></b> , dr. hab. șt.med., prof.univ., președinte
Comisia de specialitatea a MS în Medicina de laborator	<b><i>Anatolie Vișnevschi</i></b> , dr. hab. șt.med., prof.univ., președinte
Agenția Medicamentului și Dispozitivelor Medicale	<b><i>Lina Gudima</i></b> , director general adjunct

Compania Națională de Asigurări în Medicină	<b>Doina-Maria Rotaru</b> , director general adjunct interimar
Consiliul de Experți al Ministerului Sănătății	<b>Aurel Grosu</b> , dr. hab. șt. med., prof.univ., președinte

### A.8. Definițiile folosite în document

Stenoza esofagului: reprezintă o îngustare mai mult sau mai puțin pronunțată a conductului esofagian.

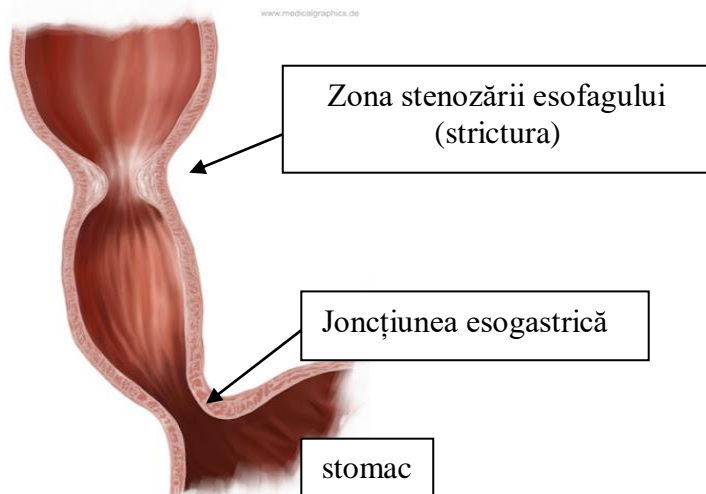
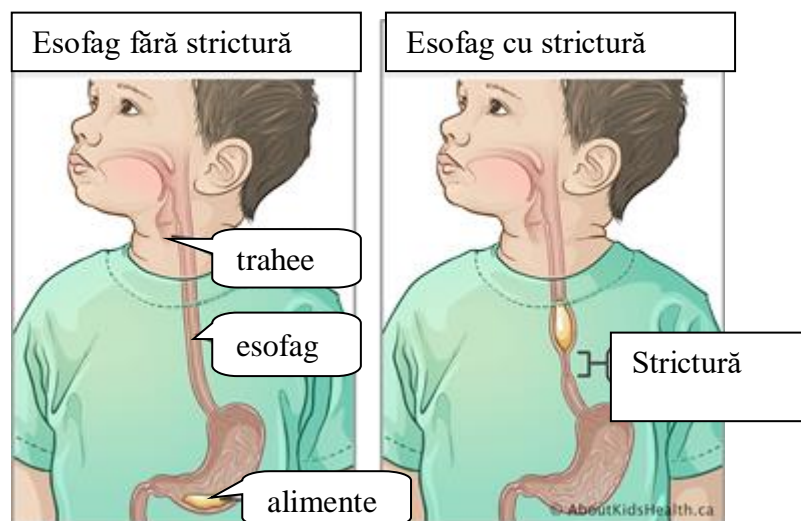
**Copil:** persoane cu vârsta egală sau mai mică de 18 ani.

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

### A.9. Informația epidemiologică

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

Frecvența stenozelor esofagiene după arsura chimică a esofagului, conform datelor diferitor autori, constituie 3-20%. Tratamentul stenozelor postcaustice a esofagului rămâne o problemă de importanță 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 și 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.



## B. PARTEA GENERALĂ

### B.1. Nivel de asistență medicală de urgență

Descriere (măsuri)	Motive (repere)	Pași (modalități și condiții de realizare)
I	II	III
<b>1. Diagnosticul</b>		
1.1. Diagnosticul preliminar al stenozei postcaustice	Diagnosticarea precoce a stenozei postcaustice a esofagului permite inițierea tratamentului, reducerea evoluției nefavorabilă (dizabilității sau decesului)	<b>Obligatoriu:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Anamneza (caseta 7)</li> <li>Examenul obiectiv (caseta 11)</li> <li>Diagnosticul diferențial (caseta 15)</li> </ul>
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.	<b>Obligatoriu:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Identificarea complicațiilor (caseta 16).</li> <li>Pacienții cu indicii hemodinamici instabili sau cu alterarea stării de conștiință se vor transporta în mod de urgență în IM</li> </ul>
<b>2. Tratamentul de urgență la etapa de prespital</b>		
2.1. Tratamentul simptomatic C.2.3.8.	Tratamentul conservator se indică tuturor pacienților ca prim ajutor	<b>La necesitate:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Tratamentul conservator la pacienții cu stenoză postcaustică a esofagului pentru stabilizarea stării generale</li> </ul>

### B.2. Nivel de asistență medicală primară

Descriere (măsuri)	Motive (repere)	Pași (modalități și condiții de realizare)
I	II	III
<b>1. Screeningul</b>		
	Screeningul facilitează depistarea precoce a copiilor cu stenoză postcaustică a esofagului	<b>Obligatoriu:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Factori de risc (caseta 6)</li> <li>Manifestări clinice (casetele 8, 9, 10a, 10b, 11)</li> <li>EGDS (caseta 13)</li> </ul>
<b>2. Diagnosticul</b>		
2.1. Diagnosticul preliminar al C.2.3.1.-C.2.3.5	Diagnosticarea precoce a stenozei postcaustice a esofagului permite inițierea tratamentului și reducerea evoluției nefavorabile (invalidității sau decesului)	<b>Obligatoriu:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Anamneza (caseta 7)</li> <li>Examenul obiectiv (caseta 11)</li> <li>Examenul paraclinic (casetele 12, 13)</li> <li>Diagnosticul diferențial (caseta 15)</li> </ul>

Decizia: consultației specialiștilor și/sau spitalizării	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Consultul medicului chirurg pediatru, endoscopistului, toxicologului permite confirmarea diagnosticului de stenoză postcaustică a esofagului. Consultul specialiștilor contribuie la depistarea altor patologii și confirmarea diagnosticului de stenoză postcaustică a esofagului</li> </ul>	<b>Obligatoriu:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Toți copiii cu suspexie la arsură chimică a esofagului necesită consultația chirurgului pediatru, endoscopistului, toxicologului</li> <li>• Evaluarea criteriilor de spitalizare (urgentă sau programată)</li> </ul>
--	--	---

### 3. Tratamentul

a. Tratamentul simptomatic C.2.3.8.	Tratamentul se va efectua în colaborare cu chirurgul pediatru	<b>La necesitate:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tratamentul conservator la pacienții cu stenoză postcaustică a esofagului pentru stabilizarea stării generale</li> </ul>
-------------------------------------	---	---

### *B.3. Nivel de asistență medicală specializată de ambulatoriu (chirurg pediatru)*

Descriere (măsuri)	Motive (reper)	Pași (modalități și condiții de realizare)
I	II	III
<b>1. Screeningul SPE</b>	Screeningul permite depistarea precoce a stenozei postcaustice a esofagului	<b>Recomandabil:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• EGDS în starea generală stabilă</li> <li>• Ro-grafia cutiei toracice</li> </ul>

### 2. Diagnosticul

2.1. Confirmarea SPE C.2.3.1.- C.2.3.2.3.	Diagnosticarea precoce a stenozei postcaustice a esofagului permite inițierea tratamentului și reducerea evoluției nefavorabile (invalidității sau decesului) (caseta 10)	<b>Obligatoriu:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Anamneza (caseta 7)</li> <li>• Examenul obiectiv (caseta 11)</li> <li>• Ro-grafia cutiei toracice Examenul de laborator (casetele 12, 13)</li> <li>• Ro-grafia esofagului cu masă de contrast (caseta 13)</li> </ul> <b>Recomandabil:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• EGDS în starea generală stabilă (caseta 13)</li> <li>• Consultul altor specialiști (la necesitate)</li> </ul>
--	---	---

### 2. Tratamentul

3.1. Tratament simptomatic SPE C2.3.8	Tratamentul simptomatic are ca scop stabilizarea stării generale, combaterea sindromului algic	<b>La necesitate:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tratamentul conservator la pacienți cu stenoză postcaustică a esofagului (caseta 18, 31)</li> </ul>
--	--	--

### *B.4. Nivel de asistență medicală spitalicească*

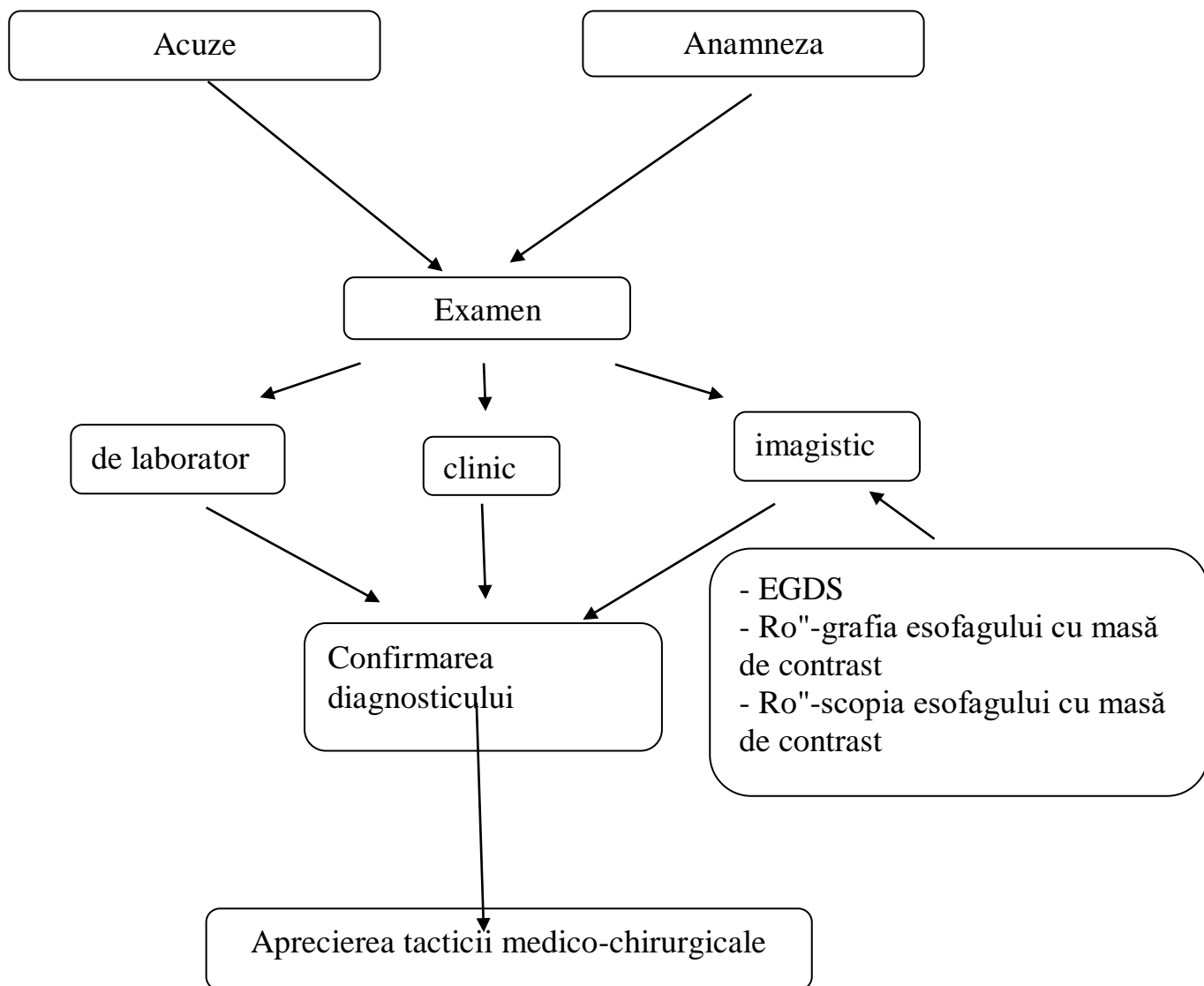
Descriere (măsuri)	Motive (modalități și condiții de realizare)	Pași (modalități și condiții de realizare)
I	II	III
<b>1. Diagnosticul</b>		



1.1. Confirmarea diagnosticului de SPE C2.3.2.- C.2.3.5.	Diagnosticarea precoce a stenozei postcaustice a esofagului permite inițierea cât mai devreme a tratamentului adecvat și reducerea ratei complicațiilor	<p><b>Obligatorii:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Colectarea anamnezei (<i>caseta 7</i>)</li> <li>• Examenul clinic (<i>casețele 8, 9, 10a, 10b, 11</i>)</li> <li>• Examenul imagistic (<i>caseta 13</i>)</li> <li>• Examenul de laborator (<i>caseta 12</i>)</li> <li>• Evaluarea riscului complicațiilor (<i>caseta 14</i>)</li> </ul> <p><b>Recomandabil:</b></p> <p>Consultul altor specialiști (anesteziolog, cardiolog, toxicolog, reanimatolog-intensivist, endoscopist etc.)</p>
<b>2. Tratamentul</b>		
2.1 Selectarea metodei de tratament SPE C.2.3.8.	Tratarea stenozei postcaustice a esofagului	<p><b>Obligatoriu:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aprecierea tehnicii de tratament (indicațiile pentru tratamentul chirurgical) (<i>casețele 17-30</i>)</li> <li>• Pregătirea preoperatorie (<i>caseta 31</i>)</li> <li>• Intervenția chirurgicală sub anestezie generală</li> <li>• Conduita postoperatorie (<i>casețele 17, 31</i>)</li> <li>• Prognostic (<i>caseta 32</i>)</li> </ul>
<b>3. Externarea, tratament continuu și supraveghere</b>		<p>Extrasul <b>obligatoriu</b> va conține:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Diagnosticul definitiv cu confirmarea endoscopică.</li> <li>• Rezultatele investigațiilor efectuate.</li> <li>• Descrierea detaliată a tratamentului efectuat.</li> <li>• Recomandările explicite pentru pacient și părinți.</li> <li>• Recomandările pentru medicul de familie (<i>casețele 17, 34</i>)</li> <li>• Program de supraveghere și tratament ulterior (<i>caseta 34</i>)</li> </ul>

## C.1. ALGORITMI DE CONDUITĂ

### C. 1.1. Algoritm de diagnostic



## C.2. DESCRIEREA METODELOR, TEHNICILOR ȘI A PROCEDURILOR

### C.2.1. Clasificarea

Caseta 1. Clasificarea stricturilor postcaustice de esofag OMED:

După numărul stricturilor:

1. Unică
2. Multiplă

După gradul schimbărilor cicatriceale:

1. Neformate
2. Formate cu dilatarea supra stenotică

După prezența schimbărilor distructive:

1. Ulcerații
2. Stricturi simple (fără ulcerații)

După timpul formării:

1. Precoce (mai puțin de 6 luni, după alți autori 3-4 săptămâni)
2. Tardive (mai mult de 6 luni)

După gradul obliterării:

1. Totale
2. Parțiale

După localizare:

- înaltă – partea cervicală a esofagului, gura esofagului
- medie – nivelul aortei, bifurcației traheei
- inferioară – regiunea epifrenală, cardială
- combinate

După forma dilatării suprastenotice:

- conic
- secular

După 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 (B.X.Василенко 1971)

1. Scurtă (strictura) mai puțin de 5cm
2. Lungă (mai mare de 5 cm)
3. Subtotală (ocupă mai puțin de 60% din esofag)
4. Totală

**Sau**

1. 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 stenozei – conform severității disfagiei sau după datele endoscopice:

- Gradul I – diametrul lumenului esofagului 9-11 mm
- Gradul II - diametrul lumenului esofagului 6-8 mm
- Gradul III - diametrul lumenului esofagului 3-5 mm
- Gradul IV - diametrul lumenului esofagului 1-2 mm sau obliterarea totală

**Caseta 4.** Clasificarea după forme clinice:

- Y Compensată – semnele clinice lipsesc, dar metode specifice de examinare pot depista stenoza esofagului
- Y Subcompensată – prezintă dificultăți la actul de deglutiție, dar permeabilitatea esofagului nu este afectată
- Y 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 soluții chimice (ce fel de soluție, 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

dilatate suprastenotice neînsemnate și stopaj pe timp scurt al masei de contrast suprastenotic  
 Gradul 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 stagnare  
 Gradul IV – reversibilă: permeabilitatea esofagului dereglată total pentru lichide și salivă. Dar sub acțiunea terapiei antiinflamatorii și după aplicarea gastrostomei permeabilitatea esofagului poate fi restabilită  
 Gradul V – obliterarea esofagului ireversibilă

**Caseta 10.b. Clasificarea disfagiei după Bown**

- 0 puncte – deglutiția normală
- 1 punct – dificultăți periodice de deglutiția alimentelor solide
- 2 puncte – alimentația cu alimente semilichide
- 3 puncte – alimentația exclusiv cu alimente lichide
- 4 puncte – înghițirea salivei este imposibilă

**NB:** Corelarea gradului stenozei 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 (spasm, sufocare) } în cazul stenozei înalte
- hipersalivație } semne indirecte ale prezenței dilatării
- regurgitații (eructații) } suprastenotice a esofagului
- pirozis
- odinofagie – deglutiție dureroasă
- eructație cu aer sau cu alimente nu demult înghițite
- grețuri, vome
- slăbirea bruscă
- deshidratare

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

**C.2.3.3. Investigațiile paraclinice**

**Caseta 12. Investigații paraclinice la copiii cu stenoza postcaustică a esofagului**

Investigații paraclinice		Nivelul efectuării	Grad de dovezi	Nivel de dovezi
Hemoleucograma ( leucocitoză, ↑VSH - indică un proces inflamator, infecție bacteriană)	O	A,S	B	Ila
Timpul coagulării	O	S	B	Ila
Grupa sangvină și factorul Rh	O	S	B	Iib
Analiza sângelui la HIV/SIDA	O	S		
Reacția Wassermann	O	S		
Biochimia sângelui			B	Ia
▪ Proteina totală, Ureea, Creatinină, Bilirubină,	O	A,S		

ALT, AST, Glucoză ▪ ionograma (↓K,Na,Cl;Ca) – acidoza metabolică, echilibrul acido-bazic, proteina C-reactivă, hepatita C, lues		S		
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 – obligator, N – la necesitate, R – recomandabil

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

<b>Caseta 13. Investigațiile paraclinice la copilul cu stenoză postcaustică a esofagului</b>	
<b>Investigație</b>	<b>Avantaje</b>
<i>USG abdominală</i>	este o examinație de rutină pentru determinarea stării ficatului și rinichilor (pentru diagnosticarea hepatonefropatiei toxice)
<i>Radiografia și radioscoopia cu substanță de contrast (sulfat de bariu sau, în stenoza pronunțată cu soluție hidrosolubilă – urografin, trombrast, omnipak) în două proiecții.</i>	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-scoapie se apreciază 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 suspjecției 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 apreciază: esofagită cronică, prezența în esofag a mucozității, salivei, resturilor alimentare, posibilă aprecierea cicatricei în forma de jumper, creastă sau supapă.
<i>Ro"-grafia cutiei toracice</i>	Poate evidenția mediastenită, pleurezii, pneumopatie de aspirație
<i>Scintigrafia hepatică</i>	Pentru determinarea stării ficatului
<i>Scintigrafia pulmonară</i>	Pentru determinarea afectării plămânilor
Bronhoscopia	Determinarea prezenței bronșitei aspiraționale, pneumoniei sau fistulei traheo-esofagiene

#### **C.2.3.4. Complicații:**

*Caseta 14. Complicațiile 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
  - mediastenită cronică
  - perforația esofagului în timpul dilatării
  - cașexie
- } ca urmare a dilatării suprastenotice, subțierii  
peretelui esofagului în regiunea dată și ca rezultat al  
dezvoltării procesului inflamator cronic

#### **C.2.3.5. Diagnosticul diferențial**

*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 intrinseci (prin tumori, ganglioni limfatici)

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

*Caseta 16. Criterii de adresare a copiilor*

- Toți copiii cu suspectia la stenoza postcaustică a esofagului
- Toți 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*

- Toți copiii cu simptomocomplexul stenozei esofagiene
- Toți 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 consistență 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 alimentația obișnuită cu hrană răcită, bine mărunțită 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 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 stenozes multiple.

#### C.2.3.8.1. Indicațiile pentru tratamentul endoscopic

Caseta 19. Indicații pentru tratamentul endoscopic - bujare

- Stricturi scurte incomplete

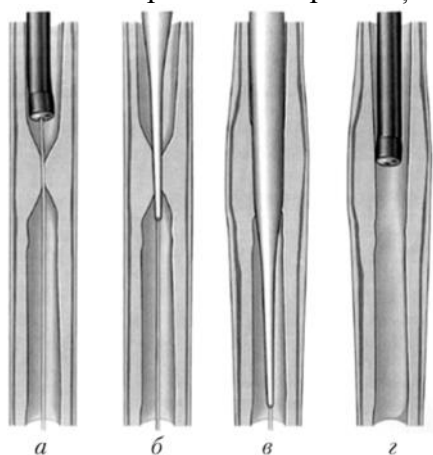
#### C.2.3.8.2. Tipurile bujării

Caseta 20. Tipurile bujării:

1. Bujarea oarbă
2. Bujarea cu bujii roentgenopace 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



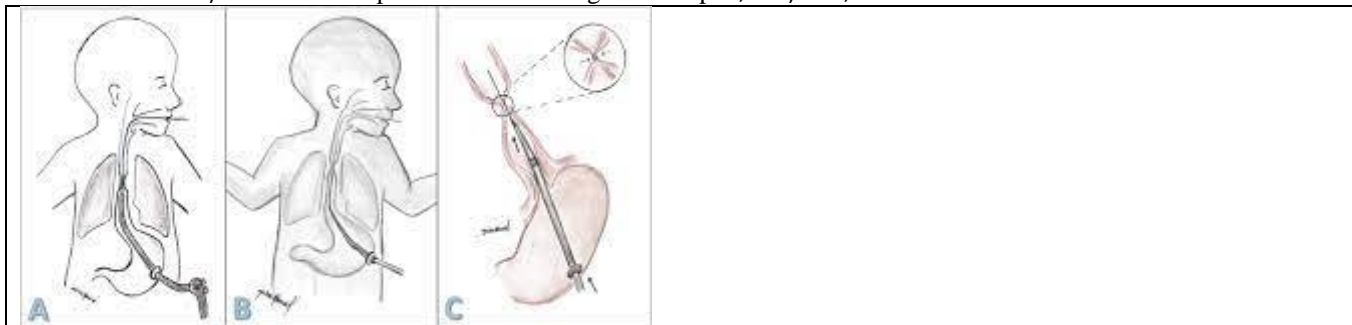
4. Bujarea incontinuă

Indicații:

- Stenoze tubulare, sinusoidale, multiple

5. 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.* Indicații pentru tratamentul chirurgical de urgență:

- Perforația esofagului spontană sau în timpul bujării (repetate sau masive)
- Hematemeză masivă
- Necroza circumferențială totală a mucoasei esofagiene, atestată prin EGDS

În starea generală foarte gravă și în prezența contraindicațiilor pentru bujarea sau corecția chirurgicală, ca primă etapă 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 doloș 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 esofagoplastie**

*Caseta 29.* Metode de esofagoplastie:

1. **esofagoplastia cu tub gastric:**

a) **procedeul Dan Gavrilii:**

- 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 porțiune a lui DI, cu anastomoza gastroduodenală T-L și anastomoza cervicală cu esofagul/faringele

b) **procedeul Lortat-Jacob:**

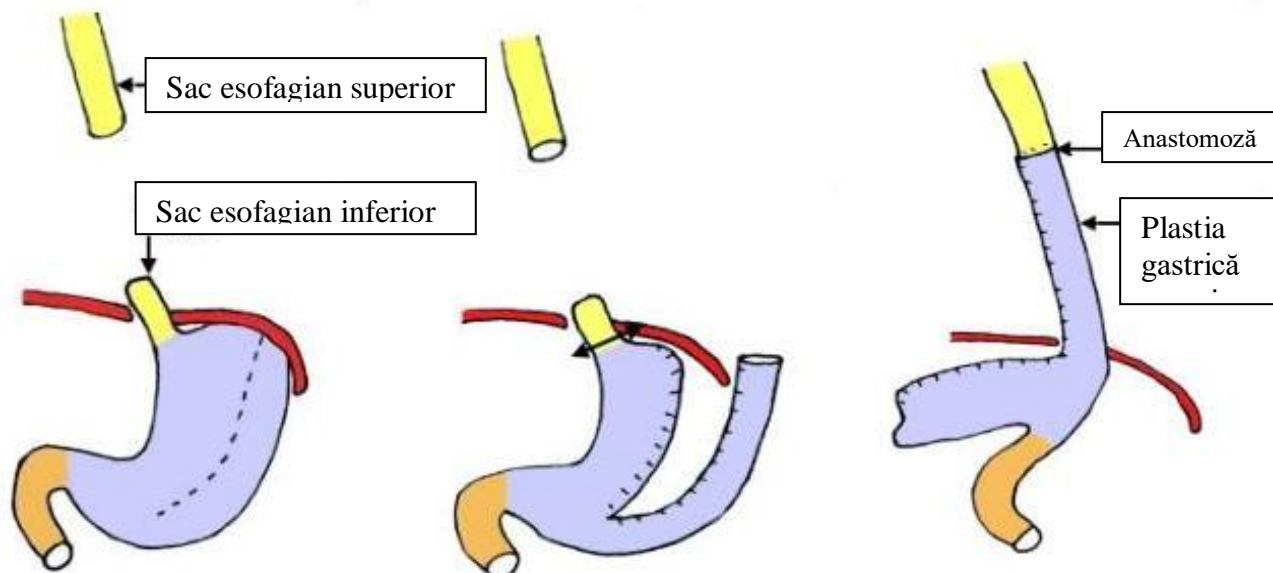
- tub gastric din marea curbură montat izoperistaltic, ascensionat subcutanat sau prin mediastin și anastomozat la faringe

c) **procedeul Kirschner:**

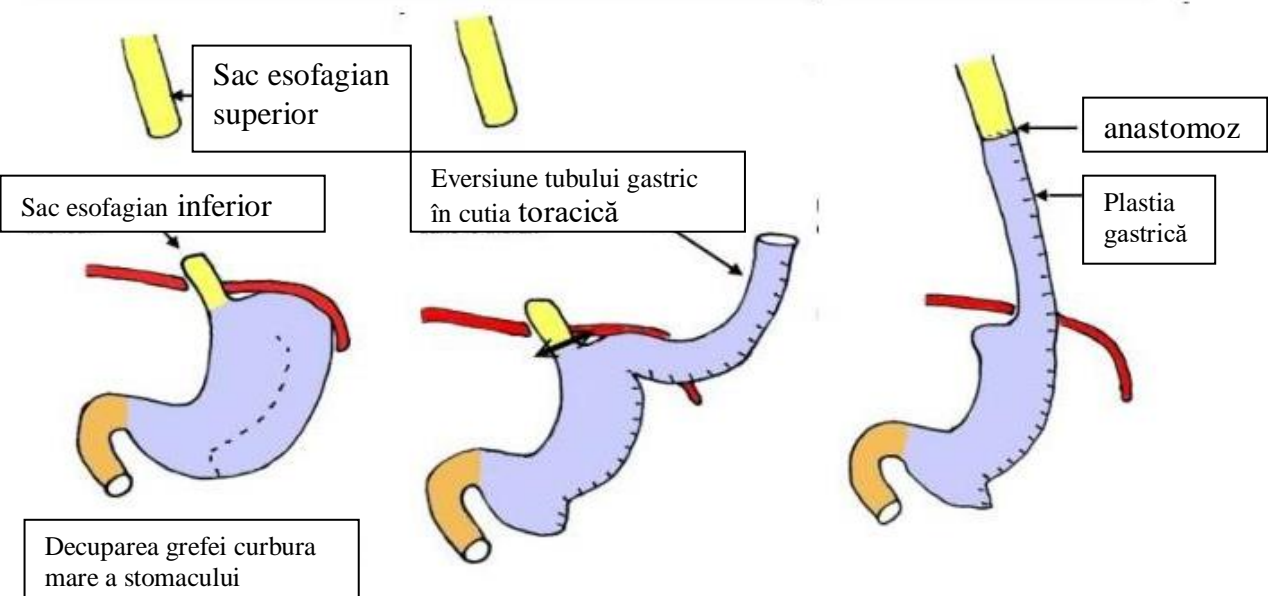
- utilizează întregul rezervor gastric, trecut presternal, anastomozat la esofagul superior (abandonat în prezent)

d) **procedeul Amza Jianu:**

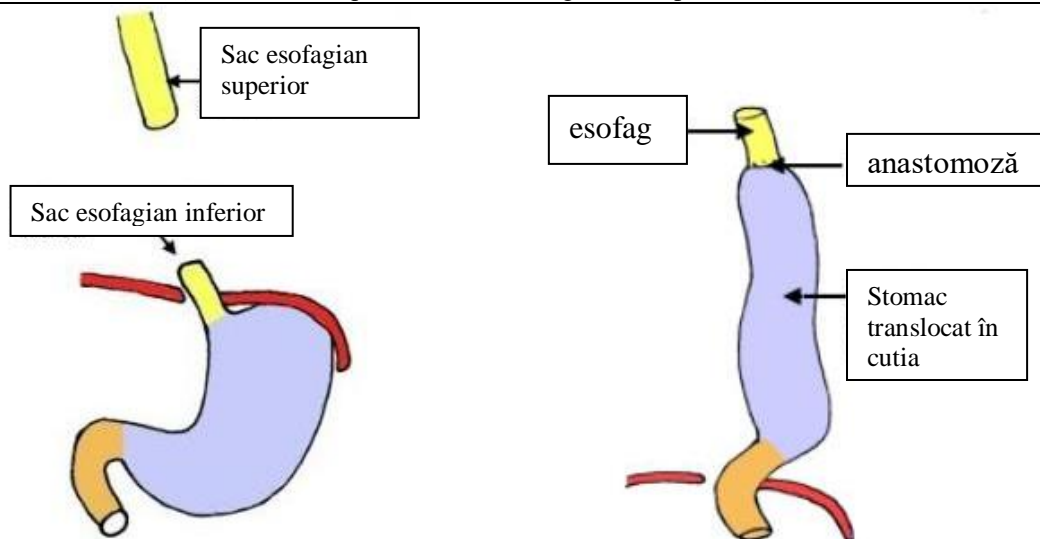
- tub gastric, montat antiperistaltic, trecut presternal până la esofagul cervical
- procedeu bun, dar în multe cazuri insuficient



**Esofagoplastie cu tub gastric montat in sens izoperistaltic**



**Esofagoplastie cu tub gastric montat antiperistaltic**



### Transpoziția gastrică: întreg stomagul este ascensionat în torace

#### 2. esofagoplastia cu ansă jejunală:

- pe ansa izolată în Y metoda Roux, cu scurtcircuitarea stomacului (procedeul Yudin-Petrov)
- cu ansa jejunală exclusă bilateral, anastomozată superior cu esofagul și inferior cu stomacul (Roux-Herzen)

#### 3. esofagoplastia cu colon:

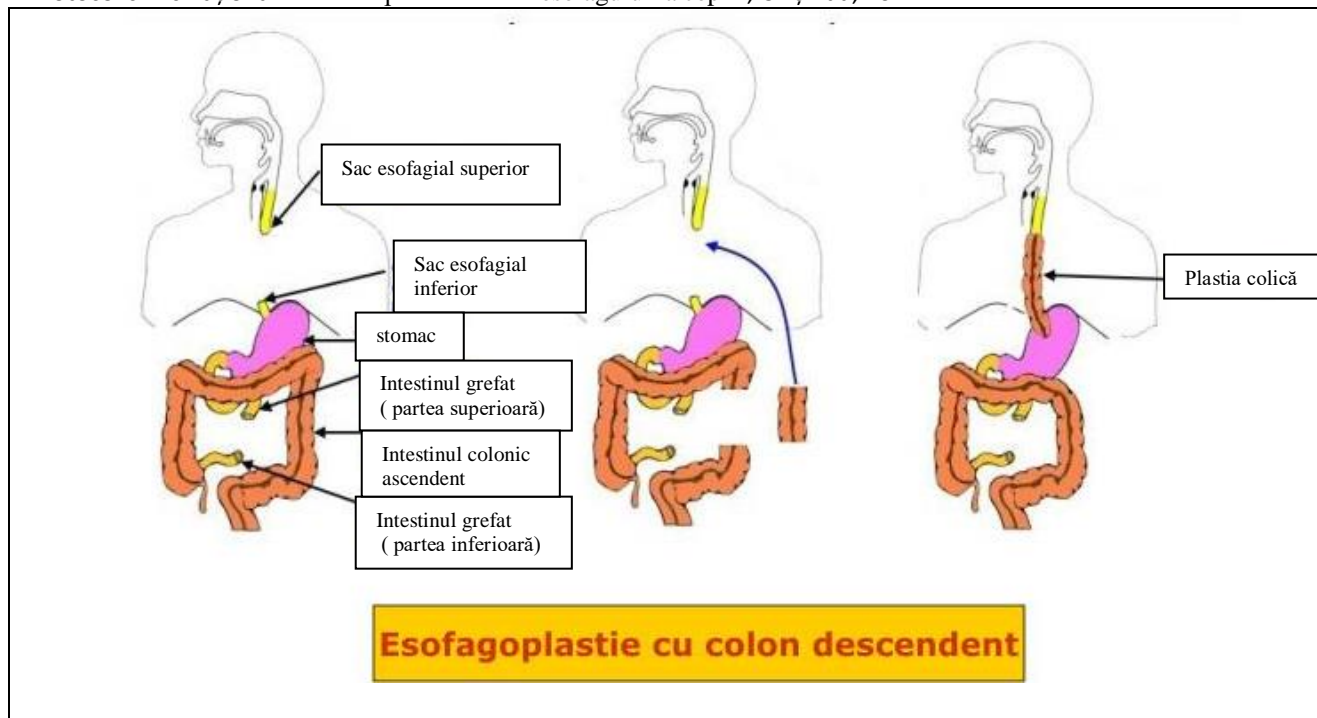
- utilizată în cazul în care stomacul prezintă leziuni ce îl fac inapt pentru esofagoplastie
- orientarea ansei: în sens izo- sau anizoperistaltic (mai puțin importantă, întrucât colonul nu are o peristaltică vie, care să se opună tranzitului)

se pot folosi:

- colonul ascendent: procedeul Roith
- colonul transvers: procedeul Kelling
- colonul descendent și transvers: procedeul Orsoni

#### 4. 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



#### C.2.3.8.12. Complicații postoperatorii

Caseta 30. Complicațiile postoperatorii:

- ✓ dehiscenta 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
- Antacide
- Glucocorticosteroizi: Dexamethasonum
- Antalgice : analgezice nonnarcotice: Sol. Metamisole sodium x4 ori/zi; analgezice narcotice: Sol. Trimeperidinum 2%, Sol. Omnoponum 2% (Codeinum + Morphinum + Noscapinum + Papaverini hydrochloridum + Tebainum), Tramadolium, Dexketoprophenum
- Ulei de cătină, ulei de măsline
- Preparate antihistaminice: Diphenhydraminum 1%, Chloropyraminum 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
- 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, Lactobacillus rhamnosus+Lactobacillus acidophilus
- Sol. Solcoseril® sau Actovegini®
- Omeprozolom, Famotidinum, Alumini hydroxidum+magnesii hydroxidum, Domperidonum
- Antiaderențiale: past. Pancreatinum + chymotrypsinum + papaya succus+rutosidum+tripsinum+lipazum+amilazum, caps. Serratiopeptidasum, Domperidonum
- Mănuși nesterile și 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 pacienților**

*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 ȘI MATERIALE NECESARE PENTRU RESPECTAREA PREVEDERILOR PROTOCOLULUI

<i>D.1. Subdiviziunile serviciului de Asistență Medicală Urgentă Prespitalicească</i>	<b>Personal</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Medic de urgență.</li> <li>• Asistenți/felceri de urgență.</li> </ul>
	<b>Aparate, utilaj:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ECG.</li> <li>• Pulsoximetru.</li> <li>• Glucometru.</li> <li>• Aparat pentru oxigenoterapie.</li> <li>• Ventilator</li> <li>• Termometru</li> <li>• Tensiometru</li> </ul>
	<b>Medicamente:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Antalgice : analgezice nonnarcotice: Sol. Metamisole sodium x4 ori/zi; analgezice narcotice: Sol. Trimeperidinum 2%, Sol. Omnoponum 2% (Codeinum + Morphinum + Noscapinum + Papaverini hydrochloridum + Tebainum), Tramadolom, Dexketoprophenum</li> <li>• Spasmolitice: Drotoverinum 2%</li> <li>• Sol. Metoclopramidum</li> </ul>
<i>D.2. Instituțiile de asistență medicală primară</i>	<b>Personal</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Medic de familie.</li> <li>• Asistenta medicului de familie.</li> <li>• Medic laborant.</li> <li>• Medic funcționarist (CMF).</li> </ul>
	<b>Aparate, utilaj:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• USG (CMF).</li> </ul> <p>Laborator clinic pentru aprecierea hemogramei și a urinei sumare.</p>
	<b>Medicamente:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Antalgice : analgezice nonnarcotice: Sol. Metamisole sodium x4 ori/zi; analgezice narcotice: Sol. Trimeperidinum 2%, Sol. Omnoponum 2% (Codeinum + Morphinum + Noscapinum + Papaverini hydrochloridum + Tebainum), Tramadolom, Dexketoprophenum</li> <li>• Ulei de cătină, ulei de măsline</li> <li>• Spasmolitice: Drotoverinum 2%</li> <li>• Sol. Metoclopramidum</li> </ul>
<i>D.3. Instituțiile /secțiile de asistență medicală specializată de ambulatoriu</i>	<b>Personal</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Medic chirurg</li> <li>• Asistenta chirurgului</li> <li>• Medic laborant</li> <li>• Medic imagist</li> <li>• R-laborant.</li> </ul>
	<b>Dispozitive medicale</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Cabinet USG</li> <li>– Cabinet ECG</li> <li>– Cabinet radioimagistic</li> </ul>

	<p>– Laborator clinic și biochimic standard</p> <p><b>Medicamente:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Antalgice : analgezice nonnarcotice: Sol. Metamisole sodium x4 ori/zi; analgezice narcotice: Sol. Trimeperidinum 2%, Sol. Omnoponum 2% (Codeinum + Morphinum + Noscapium + Papaverini hydrochloridum + Tebainum), Tramadolom, Dexketoprophenum</li> <li>• Ulei de cătină, ulei de măsline</li> <li>• Spasmolitice: Drotoverinum 2%</li> <li>• Sol. Metoclopramidum</li> </ul>
<p><i>D.4. Instituțiile de asistență medicală spitalicească: secții chirurgicale, de reanimare și TI ale spitalelor raionale, municipale, republicane</i></p>	<p><b>Personal</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Medic chirurg-pediatru</li> <li>• Asistentă medicală</li> <li>• Medic laborant</li> <li>• Medic imagist</li> <li>• Medic anesteziolog</li> <li>• Alți specialiști la necesitate (cardiolog, nutriționist, ș.a.)</li> </ul> <p><b>Dispozitive medicale</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Cabinet USG</li> <li>– Cabinet ECG</li> <li>– Cabinet CT</li> <li>– Cabinet radioimagistic</li> <li>– Laborator clinic</li> <li>– Laborator biochimic</li> <li>– Bloc chirurgical cu tot aparatul necesar</li> <li>Secție de reanimare chirurgicală, TI</li> </ul> <p><b>Medicamente:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Terapie cu antibiotice la necesitate</li> <li>• Antacide</li> <li>• Glucocorticoesteroizi: dexamethasonum</li> <li>• Antalgice : analgezice nonnarcotice: Sol. Metamisole sodium x4 ori/zi; analgezice narcotice: Sol. Trimeperidinum 2%, Sol. Omnoponum 2% (Codeinum + Morphinum + Noscapium + Papaverini hydrochloridum + Tebainum), Tramadolom, Dexketoprophenum</li> <li>• Ulei de cătină, ulei de măsline</li> <li>• Preparate antihistaminice: Diphenhydraminum 1%, Chloropyraminum de 2-3 ori/zi, Diphenhydraminum, Clemastinum, Quifenadinum, etc., la necesitate</li> <li>• Spasmolitice: Drotoverinum 2%,</li> <li>• Sol. Natrii chloridum 0,9% ,</li> <li>• Sol. Kalii chloridum+ Calcii chloridum+Natrii chloridum</li> <li>• Sol. Glucosum 5-10 %</li> <li>• Sol. Etamsylatum 12.5%,</li> <li>• Sol. Drotoverinum</li> <li>• Sol. Kalii chloridum 4%</li> <li>• Sol. Calii chloridum</li> <li>• Sol. Magnesii sulfas 25%</li> <li>• Sol. Procainum 0,5%</li> <li>• Sol. Metoclopramidum</li> </ul>



	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fluconazolum 50mg, 100mg, 150mg</li> <li>• Simethiconum, emulsie orală</li> <li>• Lactobacillus acidophilus+Bifidobacterium infantis+Enterococcus faecium, Lactobacillus rhamnosus+Lactobacillus acidophilus</li> <li>• Sol. Solcoseril® sau Actovegini®</li> <li>• Omeprozolom, Famotidinum, Alumini hydroxidum+Magnesii hydroxidum, Domperidonum</li> <li>• Antiaderențiale: past. Pancreatinum + Chymotrypsinum + papaya succus+Rutosidum+tripsinum+Lipazum+amilazum, caps. Serratiopeptidasum, Domperidonum</li> <li>• Mănuși nesterile și sterile</li> </ul>
--	--

### E. INDICATORII DE MONITORIZARE A IMPLEMENTĂRII PROTOCOLULUI

No	Scopul	Indicatorul	Metoda de calcul a indicatorului	
			Numărător	Numitor
1.	A ameliora calitatea examinării clinice, paraclinice și a tratamentului copiilor cu stenoza postcaustică a esofagului	Ponderea copiilor care au fost diagnosticați cu stenoza postcaustică a esofagului și tratați în condiții de staționar conform recomandărilor protocolului clinic instituțional „ Stenoza postcaustică a esofagului la copil”, pe parcursul unui an (în %)	Numărul copiilor care au fost diagnosticați cu stenoza postcaustică a esofagului și tratați în condiții de staționar conform recomandărilor protocolului clinic instituțional „ Stenoza postcaustică a esofagului la copil”, pe parcursul ultimului an x 100.	Numărul total de copii care au fost diagnosticați cu stenoza postcaustică a esofagului și au primit tratament în condiții de staționar, pe parcursul ultimului an
2.	A reduce complicațiile tardive la copiii cu stenoza postcaustică a esofagului	Ponderea copiilor cu stenoza postcaustică a esofagului care au dezvoltat complicații tardive, pe parcursul unui an (în %)	Numărul copiilor cu stenoza postcaustică a esofagului care au dezvoltat complicații tardive, pe parcursul ultimului an x 100.	Numărul total de copii cu stenoza postcaustică a esofagului care se află în evidența medicului chirurg-pediatru, pe parcursul ultimului an

## **Ghidul pacientului cu Stenoză postcaustică a esofagului la copii (Ghid pentru pacienți, părinți)**

### **Introducere**

Prezentul Ghid descrie asistența medicală și tratamentul copiilor cu stenoză postcaustică a esofagului în cadrul serviciului de sănătate din Republica Moldova. În Ghid se explică indicațiile adresate pacienților ce au suspecția la stenoză postcaustică a esofagului.

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

### **Indicațiile din Ghidul pentru pacient (părinți, reprezentantul 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 și 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.

### **Indicațiile din Ghid conțin:**

- 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 suspecție la stenoză postcaustică a esofagului

### **Asistența medicală de care trebuie să beneficiați**

Tratamentul și asistența medicală de care beneficiați trebuie să fie în volum

deplin. Aveți dreptul să fiți informați și să luați decizii împreună cu medicul care tratează copilul dumneavoastră. În acest scop, medicul trebuie să vă ofere informații pe care să le înțelegeți și care să fie relevante pentru starea copilului Dvs. Tot personalul medical trebuie să trateze copilul cu respect, responsabilitate, luciditate, dând dpvadă de spirit de observație, înțelegere și să vă explice simplu și clar ce este stenoza postcaustică al esofagului și 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 (degluțiție 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 consultați un medic:** trebuie să vă adresați urgent la medicul chirurg-pediatru dacă aveți suspecție la stenoza postcaustică a esofagului, să faceți 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 și medicamentoase

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

<b>FIȘA MEDICALĂ DE AUDIT BAZATĂ PE CRITERII</b>		
<b>Domeniul prompt</b>	<b>Definiții și note</b>	
1.	Denumirea IMSP evaluată prin audit	
2.	Persoana responsabilă de completarea fișei	Numele prenumele, telefon de contact
3.	Perioada de audit	DD.LL.AAAA
4.	№ FM a bolnavului	
5.	Medic de reședință al pacientului	1 – urban; 2- rural
6.	Data de naștere a pacientului	DD.LL.AAAA sau 9 –nu-i cunoscută
7.	Sexul pacientului	1 – masculin; 2- feminin, 9 – nu este specificat
8.	Numele medicului curant	
9.	Patologia	Stenoză postcaustică a esofagului ...
<b>INTERNAREA</b>		
10.	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
11.	Data adresării primare după ajutor	DD.LL.AAAA, necunoscut=9
12.	Data internării în spital	DD.LL.AAAA sau 9 –necunoscută
13.	Ora internării la spital	HH:MM sau 9 –necunoscută
14.	Secția de internare	DMU – 1; secția de profil pediatri – 1; secția de profil chirurgical – 2; secția reanimare -3
15.	Timpul până la transfer în secția specializată	≤ 30 minut – 0; 30 minute-1 oră -1; ≥1 oră -2; nu se cunoaște - 9
16.	Data și ora internării în reanimare, TI	DD.LL.AAAA, ora (00:00); nu a fost necesar=5; 9 –necunoscută
17.	Durata aflării în reanimare, TI (zile)	număr de ore/zile nu a fost necesar = 5; necunoscută =9
18.	Durata internării în spital (zile)	număr de zile; necunoscută = 9
19.	Transfer în alte spitale	Nu=0; da=1 (denumirea instituției); nu a fost necesar=5; necunoscută=9
20.	Aprecierea criteriilor de spitalizare	S-au aplicate: 0 – da; 1- nu, 9 – nu se cunoaște
21.	Tratament administrat la DMU <i>În cazul răspunsului afirmativ indicați tratamentul (medicamentul, doza, ora administrării)</i>	Administrat: 0 – nu; 1- da, 9 – nu se cunoaște
<b>DIAGNOSTICUL</b>		
22.	Data debutului simptomelor	DD.LL.AAAA; 0- până la 6 luni; 1- mai mult de 6 luni sau 9 –necunoscută
23.	Ro" cutiei toracice	După internare: 0 – nu; 1- da, 9 – nu se cunoaște
24.	Ecografia organelor abdominală	După internare: 0 – nu; 1- da, 9 – nu se cunoaște
25.	CT organelor toracale cu contrast / fără contrast	După internare: 0 – nu; 1- da, 9 – nu se cunoaște După internare: 0 – nu; 1- da, 9 – nu se cunoaște
26.		După internare: 0 – nu; 1- da, 9 – nu se cunoaște
27.	Ro" organelor abdominale	După internare: 0 – nu; 1- da, 9 – nu se cunoaște
<i>În cazul răspunsului afirmativ indicați rezultatul</i>		
<b>ISTORICUL MEDICAL AL PACIENTULUI</b>		

28.	Internat în mod urgent	nu=0; da=1; necunoscut=9
29.	Starea pacientului la internare	Satisfăcătoare=2; grav-medică=3; gravă=4; foarte gravă=5; extrem de gravă=6
30.	Complicații înregistrate la internare	nu=0; da=1; nu se cunoaște=9
31.	Maladii concomitente	nu=0; da=1; nu se cunoaște=9
<b>TRATAMENTUL</b>		
32.	Tratament medicamentos suficient	0 – nu; 1- da
33.	Tratament chirurgical a fost efectuat	0 – nu; 1- da
<b>EXTERNAREA ȘI MEDICAȚIA</b>		
34.	Data externării sau transferului în alt spital Data decesului	DD.LL.AAAA DD.LL.AAAA
35.	Complicații înregistrate pe parcursul tratamentului	nu=0; da=1; nu se cunoaște=9
36.	Implementarea criteriilor de externare	0 – nu; 1- da; 9 – nu se cunoaște
37.	Prescrierea recomandărilor la externare	0 – nu; 1- da; 9 – nu se cunoaște
<b>DECESUL PACIENTULUI</b>		
38.	Decesul în spital	0 – nu; 1- cauzat de complicații ale unei stenoze a esofagului; 2 – alte cauze; 9 – nu se cunoaște

## Clase de dovezi și scala de evaluare pentru recomandări

### Clase de dovezi

<b>Clasa A</b>	Dovezi cu valoare înaltă	Dovada a fost inițial obținută prin studii randomizate controlate, meta analiza acestor studii sau studii epidemiologice metodologic argumentate.
<b>Clasa B</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.
<b>Clasa C</b>	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.
<b>Nici una</b>	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.

## BIBLIOGRAFIA

1. Ciomaga Irina-Mihaela, Buca Cristina, Prof. Dr. M. Burlea Stenoza esofagiană 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 Journal 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, ПИ, 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 СЦ 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