|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Наименование клиники** | | | |
| Код: |  | | |
| Название: | Алгоритм проведения бужирования | | |
| Утвержден: | Приказом Руководителя №\_\_\_\_\_\_\_\_\_  от «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2024 г. | | |
| Разработчик: | *Должность* | *Ф.И.О.* | *Подпись* |
| Заведующий отделения экспертной эндоскопии интервенционной радиологии |  |  |
|  | Старшая медицинская сестра |  |  |
| Согласовано: | Первый заместитель председателя Правления |  |  |
| Первый заместитель председателя Правления по медицинской деятельности |  |  |
| Управляющий директор по сестринскому делу |  |  |
| Руководитель департамента правового обеспечения и кадрового учета |  |  |
| Руководитель департамента менеджмента качества и безопасности пациентов |  |  |
| Старший эпидемиолог |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Дата последнего пересмотра: | 2024 г. |
| Дата следующего пересмотра: | 2027 г. |

**2. Сокращения, используемые в СОП**

СОП-стандартная операционная процедура

СИЗ-средства индивидуальной защиты

КБСУ- контейнер безопасного сбора и утилизаций медицинского отхода

**3. Пользователи СОП**

Сотрудники отделения экспертной эндоскопии и интервенционной радиологии.

1. **Определение:**

Эндоскопическое бужирование – методика расширения просвета полого органа или анастомоза с целью восстановления его проходимости. Эта манипуляция относится к категории лечебных эндоскопических процедур и осуществляется с помощью специальных инструментов – бужей или дистальных колпачков (Bougie Cap).

1. **Цель:** Механическое расширение суженного участка пищевода для восстановления приема пищи через рот.

**Показания для выполнения бужирования;**

**\***Рубцовое сужение пищевода II-IV степени как следствие случайного или умышленного приема агрессивных химических веществ, пептического эзофагита, микотического поражения пищевода, проведенной ранее лучевой терапии, склерозирования варикозно расширенных вен пищевода (при этом диаметр просвета пищевода составляет менее 11 мм).

\*Стриктуры пищеводных анастомозов (эзофагогастро-, эзофагоэнтероанастомозов). Пациентам выполняется бужирование на любых сроках формирования стриктуры, но не ранее чем 10 дней после оперативного вмешательства.

\*Рубцовые сужения анального канала, прямой кишки или дистальных отделов сигмовидной кишки после перенесенных воспалительных заболеваний (парапроктит, болезнь Крона), оперативных вмешательств (геморроидэктомии), лучевой терапии.

\*Стриктуры низкорасположенных межкишечных анастомозов (после операции низкой передней резекции прямой кишки, резекции сигмовидной кишки).

В отделении экспертной эндоскопии и интервенционной радиологии бужирование пищевода применяется и в лечении опухолевых стенозов пищевода, однако не является окончательным методом лечения, а решает задачу кратковременного расширения просвета пищевода в месте циркулярно распространяющейся опухоли перед проведением брахитерапии, установкой **перкутанной гастростомы**, **самораскрывающегося стента** (если диаметр зонда для брахитерапии или доставочного устройства стента превышает диаметр просвета органа в месте сужения).

**Эндоскопические способы бужирования малотравматичны, поэтому имеют незначительный список противопоказаний. Процедура не проводится пациентам, страдающим от:**

\*свищей желудочно-кишечного тракта;

\*кровотечений из органов ЖКТ;

\*острых инфекционных заболеваний;

\*обострения эзофагита;\

\*ряда злокачественных новообразований;

\*плохой свёртываемости крови;

\*полной кишечной непроходимости;

\*критического стеноза;

\*физических, химических и пептических повреждений слизистой (свежих);

\*аневризмы аорты;

\*инфаркта миокарда и инсульта.

**Бужирование также имеет некоторые ограничения, к которым относятся:**

\*серьёзные искривления позвоночного столба;

\*тяжёлые психические заболевания;

\*наличие крупного зоба;

\*гемофилия;

\*тяжёлая сердечно-лёгочная недостаточность.

1. **Алгоритм стандартных действий или операций:**

**Оснащение:**

1. видеоэндоскопическая система;
2. видеогастроскоп;
3. Многоразовая струна-проводник
4. Полимерные бужи или дистальный колпачок Bougie Cap
5. чистые салфетки;
6. средства индивидуальной защиты: маска, колпак, нестерильные перчатки, одноразовый халат и фартук, щитки;
7. одноразовая пеленка;
8. одноразовая одежда для пациента;
9. КБСУ длямедицинских отходов класса «Б», «В»;
10. емкости с дезинфицирующим раствором режима противовирусных инфекций профилактики вирусного гепатита;
11. емкость с дистиллированной водой;
12. антисептики для рук;
    1. **Требования (описание условий для выполнения СОП)**

Проверить рабочее состояния оборудования

Проверить наличие необходимого оснащения

Приготовить журналы для регистрации пациентов

Информированное согласие на проведение инвазивной процедуры высокого риска ( бужированеи)

* 1. **Описание стандартных действий или операций**

**Подготовка к процедуре;**

\*Бужирование верхних отделов желудочно-кишечного тракта проводят строго натощак, полностью исключается прием пищи за 12 часов и жидкости за 6 часов до начала процедуры. Если пациент не отмечает выраженных затруднений при прохождении пищи по пищеводу или задержки пищевых масс в желудке на долгий срок, то последний прием пищи накануне может быть не позднее 18.00. Если пациент отмечает у себя вышеуказанные симптомы, то последний прием пищи в виде легкого обеда должен быть не позднее 13.00 в день накануне процедуры.

\*Процедура бужирования стриктуры толстой кишки или межкишечного анастомоза проводится только после очищения толстой кишки. При низко расположенных стриктурах толстой кишки, а также в случае критических стриктур диаметром не более 4-5 мм (особенно если отмечается систематическая длительная задержка отхождения стула и газов) подготовку толстой кишки следует проводить с помощью клизм.

\*Необходима отмена пероральных антикоагулянтов (препаратов для разжижения крови) накануне исследования, пауза п/к введения гепарина за 4-6 часов до процедуры

\*Баллонная дилатация стриктур желудочно-кишечного тракта может быть выполнена под внутривенной анестезией. Если исследование будетпроводиться под наркозом, прием любого количества жидкости до процедуры строго воспрещен. Управление транспортным средством после окончания исследования является нежелательным и может представлять угрозу для жизни и здоровья.

**Бужирование органов ЖКТ выполняется в несколько этапов:**

1.Введение эндоскопа в пищевод. Врач осматривает ткани, обнаруживает сужение, оценивает его размер при помощи видеокамеры, которая расположена на конце гибкого эндоскопа, и передаёт изображение на монитор высокого разрешения.

2.Подбор и первичный ввод бужа или дисатльного колпачка Bougie Cap. В зависимости от размера стриктуры врач подбирает самый небольшой по диаметру буж и вводит его в просвет, используя для этого канал эндоскопа. Этот процесс называется пробным бужированием. Врач аккуратно проталкивает буж по всей длине сужения, увеличивая просвет органа или анастомоза. Для закрепления результата врач повторяет процедуру.

3.Повторное введение бужа. Врач берёт буж большего диаметра, а затем проталкивает его по всей длине сужения. Это ведёт к ещё большему расширению просвета. Специалист повторяет процедуру несколько раз.

4.Завершение процедуры. Сформировав просвет необходимого диаметра, врач извлекает эндоскоп и приводит пациента в чувство.

Процедура бужирования, как правило, повторяется несколько раз. Количество вмешательств зависит от типа и степени стеноза.

**Возможные осложнения.**

Процедура бужирования, если она выполняется по проводнику, с поэтапным переходом от меньшего бужа к большему без излишнего форсирования, является наименее травматичным и наиболее безопасным методом лечения стриктур полых органов и анастомозов. В процессе выполнения процедуры обычно возникают неглубокие продольные надрывы рубцово измененной слизистой в области анастомоза или на поверхности стенки органах, и которых отмечается кратковременное незначительное подтекание крови, останавливающееся самостоятельно. Однако осложнения все же возможны, и самым серьезным считается перфорация стенки органов, для устранения которой может потребоваться оперативное вмешательство, а также кровотечение из краев глубокого разрыва слизистой, с которым почти всегда удается справиться эндоскопически.

**Информирование пациента перед процедурой:**

1. Провести идентификацию пациента
2. Объяснить пациенту цель и ход процедуры.
3. Ввести данные пациента в журнал учёта работы эндоскопического отделения форма № 039/у: Фамилия, имя, отчество пациента полностью без сокращений, число, месяц, год рождения пациента полностью без сокращений согласно правилам Центра;
4. Предоставить пациенту бланк информированного согласия на проведение инвазивной процедуры высокого риска;
5. Переодеть пациента в одноразовую одежду в кабинете.

**Подготовка медперсонала**

1. Перед началом процедуры необходимо провести гигиену рук и применить СИЗ в соответствии с требованиями;
2. Застелить кушетку одноразовой пеленкой;
3. Подготовить на манипуляционном столе струну-проводник, полимерные бужи или дистальные колпачки для бужирования;
4. Уложить пациента на кушетку в положении на левом боку;
5. Непосредственно перед началом процедуры врач проводит процедуру «тайм-аут» согласно правилам Центра;
6. Приготовить видеогастроскоп;
7. Включить аппарат и проверить работу отсасывающего клапана эндоскопа путем продувания воздуха через аппарат;
8. Смазать дистальный конец эндоскопа гелем;
9. Следить за состоянием пациента во время процедуры, успокаивать и объяснять, как правильно дышать и расслабляться;
10. Если во время процедуры был проведен забор биопсийного материала, сразу после завершения процедуры медицинская сестра маркирует образцы согласно правилам Центра (Правила идентификации пациентов);
11. После окончания процедуры медицинская сестра устно проводит послепроцедурную сверку (сайн-аут) согласно правилам центра (см «Правила маркировки операционного участка и проведения процедуры тайм-аут»);
12. Помочь пациенту подняться, переодеться, направить его в отделение на каталке;

**Процедура предварительной очистки оборудования**

1. Провести предварительную очистку наружной поверхности и внутренних каналов аппарата соблюдением всех мер предосторожности:
2. После окончания процедуры собрать слизь салфеткой с гибкой части извлекаемого колоноскопа, салфетку утилизировать в КБСУ для медицинских отходов класса «Б»;
3. Одноразовую одежду, использованную пациентом, утилизировать в емкость для сбора медицинских отходов класса «Б»;

* протереть двукратно наружную поверхность аппарата одноразовой салфеткой, увлажненной дезинфицирующим раствором, салфетку утилизировать в КБСУ длямедицинских отходов класса «Б»;
* промыть внутренние каналы аппарата путем прокачивания дезинфицирующего раствора через каналы эндоскопа;
* продуть воздухом внутренние каналы эндоскопа;

1. отсоединить эндоскоп от аппаратуры, закрыть защитные колпачки;
2. поместить использованный эндоскоп и инстументарий в специально предназначенный контейнер 20,0л;
3. передать емкость специалисту моечной, закрепленному за обработкой эндоскопического оборудования;

**Проведение заключительной дезинфекций помещения**

1. обработать поверхность инструментального столика, кушетку дезинфицирующим раствором (орошение поверхности 2-х кратно, экспозиция 15 минут);
2. использованные одноразовые халаты, шапочки, маски, фартук, перчатки утилизируются в КБСУ для сбора медицинских отходов класса «Б»;26) Щитки подлежат 2х кратной обработке протиранием антисептиком
3. обработать руки проводить после каждой процедуры и манипуляций в соответствии Алгоритма по обработке рук клиники;
4. **Документирование процедуры**

Журнал учета работы эндоскопического центра форма №039-7/у

Журнал учета качества предстерилизационной обработки идезинфекции высокого уровня гибких эндоскопов

1. **Организационные аспекты разработки СОП**

Указание условий пересмотра СОП 1 раз в 3 года или при появлений новых требований.

1. **Список использованной литературы:**
2. Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 28 августа 2018 года №ҚР ДСМ 8 «Санитарно-эпидемиологические требования к организации и проведению дезинфекции,
3. Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 11 августа 2020 года № КР ДСМ-96/2020 Санитарные правила «Санитарно-эпидемиологические требования к объектам здравоохранения»;
4. Приказ Председателя Комитета государственного санитарно- эпидемиологического надзора МЗ РК от 23.04.2013 г. № 111 «Методические рекомендации по обработке рук сотрудников медицинских организаций РК»
5. Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 2 октября 2012 года №676 «Об утверждении стандартов аккредитации медицинских организаций» (с изменениями и дополнениями от 5 июня 2018 года)

**Лист ознакомления**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| № | Фамилия И.О. | Должность | Дата | Подпись |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**Лист регистрации изменений и дополнений**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № | Указание части стандарта, в которую вносится изменение/дополнение | | Документ об утверждении внесения изменения/дополнения | | ФИО лица, ответственного за внесение изменений/дополнений | Подпись |
| № раздела | № пункта | Название | Дата |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

**Лист учета периодических проверок**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| №№ | Дата проверки | Проверил | | Предложения и замечания |
| Ф.И.О. | Подпись |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |