

УНІФІКОВАНИЙ КЛІНІЧНИЙ ПРОТОКОЛ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ДІТЯМ ІЗ ХРОНІЧНИМ НЕСПЕЦИФІЧНИМ НЕВИРАЗКОВИМ КОЛІТОМ

Б.1 Епідеміологія

Хронічний неспецифічний невиразковий коліт – хронічне запально-дистрофічне ураження слизової оболонки товстої кишки з перевагою в клінічній картині ознак функціональних розладів.

Б.2 Протокол медичної допомоги

Б.2.1 Амбулаторний етап

Діти з підозрою на неспецифічний невиразковий коліт мають бути обстежені

Світовий досвід лікування дітей свідчить, що рання діагностика хронічного неспецифічного невиразкового коліту зменшує ризик розвитку ускладнень [Guidelines for management of growth failure in childhood inflammatory bowel disease, Heuschkel R., 2008] (Рівень доказовості D)

Обстеження та спостереження лікарем – дитячим гастроентерологом, педіатром чи лікарем загальної практики/сімейної медицини

Обстеження пацієнтів із підозрою на неспецифічний невиразковий коліт здійснюється амбулаторно та стаціонарно

Діагноз неспецифічного невиразкового коліту встановлюється лікарем згідно з класифікаційними критеріями

Забезпечення своєчасного встановлення діагнозу неспецифічного невиразкового коліту

Б.2.2 Стаціонарний етап

Госпіталізація в стаціонар здійснюється у разі неможливості адекватної медикаментозної терапії або розвитку ускладнень, обстеження та лікування яких потребує стаціонарного спостереження за хворим

Направлення на госпіталізацію здійснюється лікарем

Хворі на неспецифічний невиразковий коліт госпіталізуються для обстеження та стаціонарного лікування

Тривалість стаціонарного лікування

Підтверджується даними клінічної практики та кафедри дитячої гастроентерології та нутриціології ХМАПО

Тривалість стаціонарного лікування – 10-12 днів

Б.2.3 Діагностика

Встановлення діагнозу неспецифічного невиразкового коліту

Світовий досвід лікування дітей свідчить, що рання діагностика ХК зменшує ризик розвитку ускладнень (Рівень доказовості D)

Обсяг діагностики:

Лабораторні: клінічний аналіз крові, копрологічне дослідження, посів калу на дисбіоз.

Інструментальні: ендоскопічне (ректороманоскопія чи колоноскопія); рентгенологічне (іригографія); морфологічне дослідження біоптата

Б.2.4 Лікування

Діти з неспецифічним невиразковим колітом потребують корекції харчового раціону

Підтверджується даними клінічної практики (Рівень доказовості D)

При переважанні проносу тимчасово виключаються чи обмежуються продукти, що підсилюють кишкову секрецію і перистальтику.

При переважанні закрепи – дієта, збагачена клітковиною

Діти з неспецифічним невиразковим колітом потребують патогенетичної терапії

Досвід лікування дітей у світі доводить, що патогенетична медикаментозна терапія сприяє більш швидкому усуненню клінічних проявів захворювання, скороченню термінів госпіталізації [Guidelines for management of growth failure in childhood inflammatory bowel disease, Heuschkel R., 2008] (Рівень доказовості D)

Препарати 5-АСК: салазопіридазин, месалазин – курсом 5-7 днів у середньовікових дозуваннях.

– Препарати 5-АСК та сульфапіридину (рівень доказовості останнього С):

- сульфасалазин (салазосульфапіридин, салазопіридин) – добова доза для дітей 3-5 років становить 1,5 г; 5-7 років – 1,5-3,0 г; 7-15 років – 3,0-6 г. Максимальну дозу призначають до появи клінічного ефекту, далі знижують на 1/3 від початкової на термін 2-3 тижні, далі зменшують ще на 1/3 від початкової дози – і таку дозу як підтримувальну застосовують від 2-3 до 6 місяців;
- 5-АСК (месалазин): 30-50 мг/кг на добу за 3 вживання; для профілактики рецидивів хвороби залежно від віку призначається 15-30 мг салофалька на 1 кг маси тіла за два прийоми (рівень доказовості А).

– нітрофуранові препарати: фуразолідон (10 мг/кг/добу), ніфуроксазид (1-2 табл. 3 рази).

Антибактеріальна терапія призначається у разі тривалої діареї, яка не зменшується симптоматичними засобами, при загостренні хронічних вогнищ інфекції, при поєднанні запалення з вираженими явищами кишкового дисбіозу

Діти з неспецифічним невиразковим колітом потребують симптоматичної терапії залежно від характеру дискінетичних розладів кишечника і характеру випорожнень

Підтверджується даними клінічної практики (Рівень доказовості D)

а) при закрепі, зумовленому гіперкінетичними розладами:

– седативні препарати: за призначенням невролога – препарати валеріани, брому, седуксен, реланіум у вікових дозуваннях (курсом до 1-2 міс.);

– спазмолітики: папаверин – по 0,005-0,06 г 2 рази на добу, дротаверин – 40-200 мг/добу за 2-5 прийомів; прифінію бромід – 1мг/кг/добу протягом 7-15 днів;

б) при закрепі, зумовленому гіпокінетичними розладами:

– препарати, що регулюють моторику кишечника: тримебутин (дітям від 6 міс. – 5 мг/кг на добу за 2-3 прийоми за 30 хв до їди протягом 10-14 днів);

– проносні; перевага віддається препаратам із гідрофільним ефектом – ламінарид, лактулоза (ламінарид – 1/2-1 чайн. ложки 1-3 рази на добу; лактулоза – 5-15 мл 2-3 рази на добу);

в) при вираженому синдромі діареї: адсорбенти (гідрогель метилкремнієвої кислоти тощо), антихолінергічні препарати, ферментативні препарати

Діти з неспецифічним невиразковим колітом потребують корекції дисбіотичних змін кишечника

Підтверджується даними клінічної практики (Рівень доказовості D)

Дієтична корекція призначається відповідно до провідного клінічного прояву (діарея, закреп).

Адсорбція та виведення токсичних речовин: гідрогель метилкремнієвої кислоти.

Для селективної деконтамінації використовують:

А) кишкові антисептики і антибіотики: ніфуроксазид (діти до 6 міс. – 2,5 мл 2 рази на добу, від 6 міс. до 6 років – 5 мл 3 рази на добу, після 6 років – 2 табл. 4 рази добу); фуразолідон – 10-20 мг/кг/добу за 3-4 прийоми; канаміцину моносульфат (50 мг/кг/добу за 4-6 прийомів); еритроміцин – 30-50 мг/кг/добу за 3 прийоми); метронідазол (0,0075 мг/кг/добу за 3 прийоми) та інші; антибіотики системної дії (напівсинтетичні пеніциліни, макроліди, цефалоспорини) у віковому дозуванні. Ці препарати використовуються для селективної деконтамінації тільки при виражених дисбіозах.

Б) протигрибкові препарати: натаміцин – 0,05-0,1 г 2 рази на добу; флуконазол – 3 мг/кг 1 раз на добу та інші.

В) бактеріофаги (при виділенні у посіві монокультури мікроорганізму у високих титрах): коліпротейний фаг – по 30 мл 2-3 рази на добу всередині і 40-60 мл у клізмі; інтестіфаг – 5-10 мл 3 рази на добу протягом 5-6 днів; комбінований бактеріофаг – у дозах інтестіфага; полівалентний піобактеріофаг – у дозах інтестіфага; за відсутності чутливості стафілококової флори до бактеріофагів – хлорфіліпт (1 крапля 1% спирт. розчину на 1 кг маси за прийом 3 рази на добу, ректально – 1 мл 1% розчину).

Відновлення нормофлори проводять або препаратами із групи пребіотиків (лактулоза: дітям до 1 року – 0,25-0,5 мл/кг маси 2 рази на добу, дітям 1-7 років – по 5 мл 2 рази на добу, від 7 років – по 5 мл 3 рази на добу), або препаратами із групи пробіотиків (мультипробіотики) тощо.

При виражених дисбактеріозах з клінічно *маніфестними імунodefіцитами* – імунотулювальні препарати (лізоцим, інтерферон та інші) призначають одночасно з бактеріофагами, пробіотиками чи антибіотиками.

Ферментні препарати – дози індивідуальні залежно від виразності процесу

Критерії якості лікування

Підтверджується даними клінічної практики та кафедри дитячої гастроентерології та нутриціології ХМАПО

Відсутність клінічних проявів, досягнення максимально тривалої ремісії

Б.2.5 Диспансерний нагляд

Диспансерний нагляд – 3 роки позанападового періоду

Підтверджується даними клінічної практики та кафедри дитячої гастроентерології та нутриціології ХМАПО

Огляд лікарем загальної практики/сімейної медицини або педіатром 2 рази на рік; дитячим гастроентерологом – 1 раз на рік; отоларинголог, стоматолог, хірург, інші спеціалісти – за потреби.

Протирецидивне лікування: 2 рази на рік в умовах денного стаціонару або амбулаторно.

Обсяг контрольної-діагностичних обстежень: клінічний аналіз крові, сечі та копрограмма – 2 рази на рік, біохімічне дослідження кала (реакція Грегерсена, Трібуле) – 1 раз на рік, ректороманоскопія – 1 раз на рік (у разі потреби), УЗД органів черевної порожнини – у разі потреби.

З диспансерного нагляду можна зняти за відсутності патологічних змін після повного лабораторно-інструментального обстеження

Б.2.6 Санаторно-курортне лікування

Санаторно-курортне лікування показане в фазі ремісії хронічного неспецифічного невиразкового коліту

Наказ МОЗ України від 12.01.2009 № 4 «Про направлення дітей на санаторно-курортне лікування в санаторно-курортні заклади (крім туберкульозного профілю)»

Направлення в санаторій та обстеження здійснюється лікарем – дитячим гастроентерологом, педіатром

Тривалість санаторно-курортного лікування

Наказ МОЗ України від 12.01.2009 № 4 «Про направлення дітей на санаторно-курортне лікування в санаторно-курортні заклади (крім туберкульозного профілю)»

24-30 днів

Основні принципи відновлювального лікування

Наказ МОЗ України від 28.05.2009 № 364 «Про затвердження клінічних протоколів санаторно-курортного лікування дітей в санаторно-курортних закладах України» (Рівень доказовості С)

Обсяг діагностики

Обов'язкові лабораторні дослідження: загальний аналіз крові, загальний аналіз сечі, копрограма.

Додаткові лабораторні дослідження: аналіз калу на дисбіоз.

Додаткові інструментальні дослідження: ректороманоскопія (за показаннями).

• *Дієта № 4* (згодом 4б та 4в) рекомендується при неспецифічному виразковому коліті з переважанням проносів. При коліті з переважанням закрепів застосовується дієта № 3.

• *Мінеральні води.* Хворим із діареєю призначають маломінералізовані води гідрокарбонатні, гідрокарбонатно-хлоридні, хлоридно-гідрокарбонатні. Мінеральна вода призначається двічі на добу, окрім ранкового прийому, з Т 45 °С. Час вживання мінеральної води залежить від стану кислотоутворювальної функції шлунку (разова доза – 5 мл/кг маси тіла).

У лікуванні хворих із закрепамі застосовують мало-, середньо- і високомінералізовані мінеральні води, які містять сульфатні й хлоридні іони, а також води з вмістом натрію і магнію, дія яких спрямована на стимулювання рухової функції кишечника.

• *Бальнеотерапія.*

• *Апаратна фізіотерапія.*

Порушення моторики за гіпокінетичним типом:

– Електрофорез;

– Гальванізація;

– ДДТ;

– СМТ;

– Дарсонвалізація або ультратонотерапія.

Порушення моторики за гіперкінетичним типом:

– Електрофорез;

– СМТ.

• *Кліматотерапія* включає аеротерапію, повітряні, сонячні ванни, морські купання за загальноприйнятою методикою.

• *Руховий режим:* ранкова гігієнічна гімнастика, групова лікувальна фізкультура, дозована ходьба.

- Положення протоколу
- Обґрунтування
- Необхідні дії

В. КЛАСИФІКАЦІЯ ХРОНІЧНОГО НЕСПЕЦИФІЧНОГО НЕВИРАЗКОВОГО КОЛІТУ

1. Етіологія: аліментарний, інфекційний або паразитарний, при екзогенних та ендогенних інтоксикаціях, при ендокринних захворюваннях, при захворюваннях ЦНС.

2. Морфологія:

а) ендоскопія (катаральний, катарально-фолікулярний, ерозійний);

б) гістологія (без атрофії, з атрофією – початковий, помірно виражений, виражений; неактивний; активний – з низькою активністю, з помірною активністю, з вираженою активністю).

3. Локалізація (проктит, сигмоїдит, трансверзит, панколіт).

4. Тяжкість перебігу (легка, середньої тяжкості, тяжка).

5. Фаза перебігу (загострення, неповна клінічна ремісія, повна клінічна ремісія, клініко-ендоскопічна (гістологічна) ремісія).

6. Моторика товстої кишки (гіперкінезія-гіпертонія, гіперкінезія-гіпотонія, гіпокінезія-гіпотонія, гіпокінезія-гіпертонія).

Г. ДІАГНОСТИЧНА ПРОГРАМА

Скарги: поліморфний біль у животі, частіше – в другій половині дня в нижньому і лівому бічному відділах, метеоризм, порушення дефекації (закреп, схильність до послаблення, чергування закрепи і проносу), зниження апетиту.

Об'єктивно: біль при пальпації в ділянці сліпої, поперечно-ободової, сигмоподібної кишок, бурчання в ілеоцекальній області, зміна тонуусу товстої кишки (спазм, атонія), симптоми хронічної інтоксикації (астенізація, вегетативні порушення).

Діагностика:

- клінічний аналіз крові – можливі помірні прояви анемії, еозинофілія;
- копрограма: ілеоцекальний синдром (з перевагою процесів бродіння – пінисті калові маси золотавого кольору, рН кисла, внутрішньоклітинний крохмаль, йодофільна флора; з перевагою процесів гниття – коричневий колір, гнильний запах, рН – лужна, відсутність йодофільної флори; колітичний синдром (неоформлені калові маси, слиз), підвищений вміст лейкоцитів, клітини епітелію різного ступеня дегенерації;
 - посів калу – дисбіоз дисоційований;
 - ендоскопічне дослідження (ректороманоскопія, колоноскопія) – катаральне запалення, катарально-фолікулярне запалення, субатрофія, змішані зміни – матова, шорсткувата, пишна поверхня, можливі ділянки сухої тьмяної поверхні, гіперемія слизової іноди з ділянками блідого кольору, змазаність і порушення структури судинного малюнка, його повнокров'я чи блідість, збільшення кількості і розмірів лімфоїдних фолікулів; деструктивні порушення слизової товстої кишки (ерозії);
 - іригографія: звуження уражених ділянок кишки, асиметрія, нерівномірність, згладженість гаустрального малюнка, перебудова рельєфу, порушення напрямку і переривчастість, потовщення складок, фолікуляція, дискінетичні гіпо- і гіперкінетичні порушення;
 - морфологічне дослідження: поверхневий, дифузний чи атрофічний коліт, збільшення міотичної активності епітеліоцитів, кількості міжепітеліальних лімфоцитів (за рахунок бластних форм), збільшення кількості моноцитів і незрілих плазматичних клітин, атрофічні зміни в епітеліоциті з одночасним посиленням процесів регенерації.

Наказ МОЗ України від 29.01.2013 р. № 59, з оригінальним документом можна ознайомитися на сайті Міністерства охорони здоров'я України (<http://www.moz.gov.ua>)

Науково-практична конференція з міжнародною участю «Якість і безпека медичної допомоги новонародженим: питання, реальність і стратегія розвитку»

30-31 жовтня 2013 року, м. Полтава

Науково-практичні напрямки роботи конференції:

I. Структурно-організаційні підходи до забезпечення якості та безпеки медичної допомоги новонародженим:

- Досвід роботи новостворених перинатальних центрів III рівня.
- Структура, штати та організація роботи відділень інтенсивної терапії новонароджених перинатальних центрів III рівня.
- Організація перинатальних центрів II рівня.
- Центри катанестичного спостереження: досвід роботи, проблеми.

II. Якість та безпека пацієнтів під час лікувально-діагностичного процесу:

- Етичні питання.
- Дихальна недостатність.
- Порушення гемодинаміки.
- Вроджені захворювання серця.
- Ранні та пізні інфекції, системне запалення та сепсис.
- Неврологічні критичні стани.
- Метаболізм та харчування.
- Ендокринологія.
- Реанімація та невідкладні стани.
- Віддалені наслідки лікування новонароджених у відділеннях інтенсивної терапії.
- Фармакологія. Сестринський процес при наданні медичної допомоги новонародженим.

III. Сучасні освітні медичні технології зі забезпечення якості та безпеки медичної допомоги новонародженим:

- Організації наукових досліджень в неонатології.
- Телемедицина та інформаційні технології.
- Тренінгові центри.

Організатори конференції:

Кафедра педіатрії № 1 із пропедевтикою та неонатологією «УМСА», Асоціація неонатологів України.

Завідувач кафедри – д.мед.н. В.І. Похилько.

Тел.: (0532) 52-01-39. E-mail: umsakaped@mail.ru