

УНІФІКОВАНИЙ КЛІНІЧНИЙ ПРОТОКОЛ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ДІТЯМ ІЗ СИНДРОМОМ ПОДРАЗНЕНОГО КИШЕЧНИКА

Б.1 Епідеміологія

Синдром подразненого кишечника (СПК) – функціональні гастроінтестинальні порушення, які характеризуються абдомінальним болем та порушенням кишкових функцій без специфічної, притаманної тільки йому органічної патології.

Поширеність СПК серед дітей різних вікових груп практично однакова і становить серед дітей молодшого шкільного віку 21,2%, а серед дітей середнього й старшого шкільного віку – 19,4%.

Б.2 Протокол медичної допомоги

Б.2.1 Амбулаторний етап

Діти з підозрою на СПК потребують обстеження

Підтверджується даними клінічної практики [Rome III: The functional Gastrointestinal Disorders, 2006] (Рівень доказовості В)

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

Обстеження пацієнтів із підозрою на СПК здійснюється амбулаторно та стаціонарно

Діагноз СПК встановлюється лікарем згідно з класифікаційними критеріями

Забезпечення своєчасного встановлення діагнозу СПК

Лікування в амбулаторно-поліклінічних умовах

Підтверджується даними клінічної практики та кафедри дитячої гастроентерології та нутриціології ХМАПО

Можливе лікування в умовах денного стаціонару чи амбулаторно

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 СПК госпіталізуються для обстеження та стаціонарного лікування

Тривалість стаціонарного лікування

Підтверджується даними клінічної практики та кафедри дитячої гастроентерології та нутриціології ХМАПО

Тривалість лікування СПК – 7-10 днів, можливе лікування в умовах денного стаціонару чи амбулаторно

Б.2.3 Діагностика

Встановлення діагнозу СПК

Підтверджується даними клінічної практики [Rome III: The functional Gastrointestinal Disorders, 2006] (Рівень доказовості В)

Обсяг діагностики: Копрологічне дослідження, ендоскопічне дослідження (ректороманоскопія чи колоноскопія), аналіз калу на дисбіоз, іригографія, манометрія (за показаннями)

Б.2.4 Лікування

Діти з СПК потребують корекції режиму дня

Підтверджується даними клінічної практики (Рівень доказовості D)

Чергування праці, відпочинку, прогулянок, фізичного навантаження, достатнього сну, за можливістю – корекція психотравмуючих ситуацій

Діти з СПК не потребують спеціальної дієти, рекомендовано корекцію харчування залежно від провідного клінічного прояву

Підтверджується даними клінічної практики [Rome III: The functional Gastrointestinal Disorders, 2006] (Рівень доказовості D)

Дієта: немає. Рекомендується насамперед регулярний (5-6 разів на день) прийом їжі, невеликими порціями. Виключаються продукти, які погано переносяться та сприяють газоутворенню (тваринні жири, цитрусові, шоколад, горох, квасоля, сочевиця, капуста, молоко, чорний хліб, газовані напої, квас, виноград, родзинки). При діареї обмежуються продукти, що містять лактозу і фруктозу (у разі їхньої непереносимості); при запорах рекомендується прийом нерафінованих продуктів, достатня кількість баластових речовин у харчовому раціоні (хліб з борошна грубого помелу, з додаванням висівок, овочі, фрукти), а також з урахуванням їх переносимості

Дітям з СПК рекомендовано психокорекцію

Підтверджується даними клінічної практики (Рівень доказовості D)

Психотерапія за призначенням психоневролога (когнітивно-біхейвористська терапія, динамічна психотерапія, гіпнотерапія), рефлексотерапія. За рекомендаціями невролога: седативна терапія (залежно від синдрому, який переважає в клінічній картині)

Діти з СПК потребують призначення медикаментозної терапії залежно від його перебігу (наявності провідного клінічного прояву)

Досвід лікування дітей у світі доводить, що патогенетична медикаментозна терапія сприяє більш швидкому усуненню клінічних проявів захворювання, скороченню термінів госпіталізації (Рівень доказовості C)

Варіант, що перебігає переважно з діареєю:

- а) похідні фенілпіперидину: лоперамід – 0,2 мг/10 кг маси 2-3 рази на добу, до 2 тижнів;
- б) ентеросорбенти (гідрогель метилкремнієвої кислоти тощо) протягом 10-14 днів, 3-4 курси на рік.

Варіант, що перебігає із закрепом:

- а) препарати, що нормалізують перистальтику кишечника (прокінетики):
 - домперидон, дітям з 3 до 12 років – по 0,25-0,5 мг/кг маси, дітям старше 12 років – по 10 мг 3 рази на добу за 15-30 хв до вживання їжі (за показаннями), протягом 7-10 днів

або

- регулятори моторики (тримебутин), дітям від 6 міс. – 5 мг/кг на добу за 2-3 прийоми за 30 хв до їди, протягом 10-14 днів;
- б) проносні, що мають гідрофільний ефект: ламінарид – 1/2-1 чайна ложка, 1-3 рази на добу; лактулоза 5-15 мл 2-3 рази на добу, суха морська капуста – 1/2 чайн. ложки на ніч;

За наявності болю в животі та метеоризму:

- міотропні спазмолітики: папаверин – по 0,005-0,06 г 2 рази на добу, дротаверин – 40-200 мг/добу за 2-5 прийомів, при-фінію бромід – 1мг/кг/добу протягом 7-15 днів;
- регулятори моторики (тримебутин): дітям від 6 міс. – 5 мг/кг на добу за 2-3 прийоми за 30 хв до їди, протягом 10-14 днів;
- силікони: симетикон – дітям від 7 років – 1-2 чайних ложки 3-5 разів на добу, дітям перших років життя – 20-40 краплі 3 рази на добу

Діти з СПК за наявності дисбіозу потребують корекції дисбіотичних змін

Рівень доказовості D

Корекція дисбіозу передбачає дієтичну корекцію, адсорбцію та виведення токсичних речовин із кишечника, селективну деконтамінацію, відновлення нормофлори, поліпшення кишкового травлення та всмоктування, нормалізацію моторики кишечника, стимулювання реактивності організму.

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

Адсорбція та виведення токсичних речовин із кишечника проводяться одним із препаратів, що належить до групи адсорбентів (гідрогель метилкремнієвої кислоти).

Показанням до проведення *селективної деконтамінації* є наявність ознак кишкової диспепсії, надмірного розмноження мікрофлори у тонкому кишечнику, наявність запального процесу у кишечнику та умовно патогенної мікрофлори за результатами посіву.

Для селективної деконтамінації використовують:

А) кишкові антисептики і антибіотики: ніфуроксазид (до 6 міс. – 2,5 мл 2 р/добу, від 6 міс. до 6 років – 5 мл 3 р/добу, після 6 років – 2 табл. 4 р/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 ін.

В) бактеріофаги (при виділенні у посіві монокультури мікроорганізму у високих титрах): коліпротейний фаг – по 30 мл 2-3 рази на добу всередину 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; при відсутності чутливості стафілококової флори до бактеріофагів – хлорфіліпт (1 крапля 1% спирт. розчину на 1 кг маси на прийом 3 рази на добу, ректально – 1 мл 1% розчину).

Відновлення нормофлори проводять або препаратами із групи пребіотиків (лактолоза: дітям до 1 року – 0,25-0,5 мл/кг маси 2 рази на добу, 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 імунодефіцитами* – імуномодулювальні 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 больового синдрому, нормалізація перистальтики кишечника, відновлення якісного та кількісного складу мікрофлори кишечника

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 – 2 рази на рік; дитячим гастроентерологом – 1 раз на рік, хірургом – за потреби. Протирецидивне лікування: 2 рази на рік. Обсяг контрольної-діагностичних обстежень: копрограма – 2 рази на рік, аналіз калу на яйця глистів та простіші – 2 рази на рік, аналіз кала на дисбактеріоз – за потреби, ректороманоскопія за потреби – 1 раз на рік. З диспансерного нагляду можна зняти при відсутності патологічних змін після повного лабораторно-інструментального обстеження

Б.2.6 Санаторно-курортне лікування

Санаторно-курортне лікування показане у фазі ремісії СПК

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

- *Дієта* № 4 (згодом 4б та 4в) рекомендується при СПК з переважанням проносів. При СПК із переважанням закрепів застосовується дієта № 3.

- *Мінеральні води.* Хворим на СПК із діареєю призначають маломінералізовані води гідрокарбонатні, гідрокарбонатно-хлоридні, хлоридно-гідрокарбонатні. Мінеральна вода призначається двічі на добу, окрім ранкового прийому, з Т 45°C. У разі доброї переносимості кількість прийомів збільшується до трьох разів на добу. Час вживання мінеральної води залежить від стану кислотоутворювальної функції шлунка (разова доза – 5 мл/кг маси тіла). В лікуванні хворих на СПК із закрепами застосовують мало-, середньо- і високомінералізовані води, які містять сульфатні й хлоридні іони, а також води з вмістом натрію і магнію, дія яких спрямована на стимулювання рухової функції кишечника.

- *Пелоїдо- та бальнеотерапія.*

Лікування СПК із порушенням моторики за гіпомоторним типом:

- *Водолікування.*
- *Апаратна фізіотерапія:*
 - електрофорез;
 - гальванізація;
 - ДДТ;
 - СМТ;
 - дарсонвалізація або ультратермотерапія.

Лікування СПК із порушенням моторики за гіпермоторним типом:

- *Водолікування.*
- *Теплолікування.*
- *Апаратна фізіотерапія:*
 - 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 ТА КЛІНІЧНІ ПРОЯВИ СПК

В.1 Класифікація

(відповідно до Римських критеріїв)

1. СПК – С (СПК із закрепом, констипацією)
2. СПК – Д (СПК із діареєю)
3. СПК – М (змішаний (mixt) синдром, діарея + закреп)
4. СПК – А (зкреп та діарея, що чергуються (альтернують))

В.2 Клінічні прояви СПК

Серед скарг виокремлюють кишкові та позакишкові (загальні).

До **кишкових** належать:

1) **порушення дефекації** (*варіант із діареєю* – рідкі жовті випорожнення, іноді з домішкою слизу і залишків неперетравленої їжі, 2-4 рази на добу, частіше вранці, після сніданку, особливо характерно – під час емоційної напруги або неспокою імперативні позиви на дефекацію; *варіант, що перебігає переважно з закрепом* – затримка дефекації до 1-2 разів на тиждень, іноді дефекація регулярна, але із тривалим напруженням, відчуття неповного випорожнення кишечника, зміна форми і характеру калових мас – тверді, сухі, типу «козиних», стрічкоподібні і т.д., іноді – «закрепний» пронос);

2) **біль у животі та здуття** (метеоризм) – нападopodobний чи тупий, такий, що тисне, розпирає або супроводжується здуттям (підсилюються після вживання їжі, при стресовій ситуації, перед дефекацією і проходять після дефекації).

Скарги загального характеру трапляються незалежно від варіанта СПК: головний біль, стомлюваність, біль у ділянці серця, утруднення вдиху, відчуття кому при ковтанні, нудота, відчуття швидкого насичення, переповнення у верхній частині живота, відрижка, відчуття тремтіння, порушення сечовиділення. Привертає увагу невідповідність між тривалістю захворювання, численними скаргами і задовільним фізичним станом дитини. Об'єктивно: ознаки астено-вегетативного й астено-депресивного синдромів, під час пальпації – біль по всій довжині товстої кишки або її частини.

Доволі часто СПК, як і багато інших патологічних станів, супроводжується дисбіозом кишечника.

Дисбіоз кишечника – клініко-лабораторний синдром, що виникає при цілому ряді захворювань та клінічних ситуацій, характеризується симптомами ураження кишечника, зміною кількісного та/чи якісного складу нормофлори, транслокацією різних представників мікрофлори у непридатні їм біотопи, надмірним розмноженням мікрофлори.

Дисбіоз не є нозологічною одиницею, не може бути самостійним діагнозом. Дисбіоз не має специфічних проявів. Дисбаланс кишкової мікрофлори може призвести до розвитку кишкової диспепсії (метеоризм, бурчання, здуття живота, дискомфорту, відчуття важкості, біль, порушення дефекації), синдрому порушення травлення (стеаторея, порушення всмоктування жиророзчинних вітамінів), астено-вегетативного синдрому.

Г. ДІАГНОСТИЧНА ПРОГРАМА

– Клінічний аналіз крові – у межах вікової норми; клінічний аналіз сечі без особливостей.

– Копрологічне дослідження: можливі кашкоподібні чи рідкі випорожнення із першою щільною порцією, наявність незначної кількості слизу.

– Ректороманоскопія (колоноскопія): біль при інсуфляції повітрям, можливе посилення судинного малюнка слизової, незначна її гіперемія, накладення слизу, високі ригідні складки, фізіологічні сфінктери з підвищеним тонусом;

– Тригографія: наявність спазмованих ділянок, газу та рідини у просвіті кишечника, рельєф слизової не змінюється.

– Манометрія: при балонному розтягуванні прямої кишки підвищені показники тиску;

– Аналіз калу на дисбіоз:

I ступінь (компенсована форма): зменшення на 1-2 порядки біфідобактерій та/чи лактобактерій, ешерихій; можливе підвищення кількості ешерихій.

II ступінь (субкомпенсована форма): підвищення кількості або одного представника умовно патогенної мікрофлори до рівня 10^5 - 10^7 КУО/г, або асоціації бактерій умовно патогенної мікрофлори до рівня 10^4 - 10^5 КУО/г.

III ступінь (декомпенсована форма): значний дефіцит біфідо- та лактобактерій, численне збільшення асоціацій умовно патогенної мікрофлори – 10^6 - 10^7 КУО/г та більше.

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>)