

Міністерство охорони здоров'я України

## Уніфікований клінічний протокол медичної допомоги дітям із хронічним неспецифічним невиразковим колітом

Наказ МОЗ України №59 від 29.01.2013

Київ – 2013

ЗАТВЕРДЖЕНО  
Наказ Міністерства охорони здоров'я України  
Від 29.01.2013 р. №59

Перелік скорочень, що використовуються в протоколі:

**МКХ-10** – міжнародна статистична класифікація хвороб та споріднених проблем охорони здоров'я 10-го перегляду  
**МОЗ** – Міністерство охорони здоров'я України  
**УЗД** – ультразвукова діагностика  
**ЦНС** – центральна нервова система

**А. ПАСПОРТНА ЧАСТИНА**

- А. 1** **Діагноз:** Хронічний неспецифічний невиразковий коліт  
**А. 2** **Шифр згідно згідно МКХ-10: K59.9** Хронічний неспецифічний невиразковий коліт  
**А. 3** Потенційні користувачі: дитячі гастроентерологи, лікарі-педіатри, лікарі загальної практики-сімейної медицини, організатори охорони здоров'я  
**А. 4** Мета протоколу: стандартизувати медичну допомогу дітям із хронічним неспецифічним невиразковим колітом.  
**А. 5** Дата складання – 2012 р.  
**А. 6** Дата планового перегляду протоколу – 2017 р

**Б. 1 ЕПІДЕМІОЛОГІЯ:**

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

Положення протоколу	Обґрунтування	Необхідні дії
<b>Б. 2. 1 Амбулаторний етап</b>		
Діти з підозрою на неспецифічний невиразковий коліт повинні 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 класифікаційних критеріїв	Забезпечення своєчасного встановлення діагнозу неспецифічного невиразкового коліту.
<b>Б. 2. 2 Стаціонарний етап</b>		
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 нутріціології ХМАПО	Тривалість стаціонарного лікування 10–12 днів.

Положення протоколу	Обґрунтування	Необхідні дії
<b>Б. 2.3 Діагностика</b>		
Встановлення діагнозу неспецифічного невиразкового коліту	Світовий досвід лікування дітей свідчить, що рання діагностика ХК зменшує ризик розвитку ускладнень (Рівень доказовості D)	Об'єм діагностики: Лабораторні: клінічний аналіз крові, копрологічне дослідження, посів калу на дисбіоз. Інструментальні: ендоскопічне (ректороманоскопія чи колоноскопія); рентгенологічне (ірігоскопія); морфологічне дослідження біоптата.
<b>Б. 2.4 Лікування</b>		
Діти з неспецифічним не виразковим колітом мають корективи щодо харчування	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 не виразковим колітом потребують патогенетичної терапії	Досвід лікування дітей у світі доводить, що патогенетична медикаментозна терапія сприяє більш швидкому усуненню клінічних проявів захворювання, скорочує терміни госпіталізації [Guidelines for management of growth failure in childhood inflammatory bowel disease, Heuschkel R, 2008] (Рівень доказовості D)	Препарати 5-АСК: салазопіридазин, месалазін курсом 5–7 днів у середньовікових дозуваннях; Препарати 5-АСК та сульфапіридина (рівень доказовості останнього С): – сульфасалазін (салазосульфапіридин, салазопіридин — добова доза у віці 3–5 років складає 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 — ще на 1/3 від початкової дози і в якості підтримуючої зберігають від 2–3 до 6 місяців; – 5-АСК (месалазін): — 30–50 мг/кг на добу за 3 вживання; для профілактики рецидивів хвороби в залежності від віку призначається 15–30 мг салюфалька на кг маси тіла в два прийоми (рівень доказовості А); – нітрофуранові препарати: фуразолідон (10 мг/кг/д), ніфуроксазид (1–2 табл. 3 рази). Антибактеріальна терапія призначається при тривалій, що не зменшується симптоматичними засобами діареї, при загостренні хронічних вогниць інфекції, при поєднанні запалення з вираженими явищами кишкового дисбіозу
Діти з неспецифічним не виразковим колітом потребують симптоматичної терапії залежно від характеру дискінетичних розладів кишечника і характеру стулу	Підтверджується даними клінічної практики (Рівень доказовості D)	а) при закрепі, обумовленому гіперкінетичними розладами: — седативні препарати (за призначенням невролога); — препарати валеріани, бромю, 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 в 2–5 прийоми; прифінія бромід 1 мг/кг/добу протягом 7–15 днів; б) при закрепі, обумовленому гіпокінетичними розладами: — препарати, що регулюють моторику кишечника: тримебутін дітям від 6 міс. 5 мг/кг на добу в 2–3 прийоми за 30 хв. до їжі 10–14 днів; — проносні (перевага віддається препаратам із гідрофільним ефектом — ламінарид, лактулоза ламінарид — 1/2–1 ч. л., 1–3 рази на добу; лактулоза 5–15 мл 2–3 рази на добу; в) при вираженому синдромі діареї: адсорбенти (гідрогель метилкремніевої кислоти та інш.), антихолінергічні препарати, ферментативні препарати.
Діти з неспецифічним не виразковим колітом потребують корекції дисбіотичних змін кишечника	Підтверджується даними клінічної практики (Рівень доказовості D)	Дієтична корекція призначається відповідно до провідного клінічного прояву (діарея, закрепл). Адсорбція та виведення токсичних речовин: гідро гель метилкремніевої кислоти). Для селективної деконтамінації використовують: А) кишкові антисептики (ніфуроксазид — до 6 міс. — 2,5 мл 2 р/добу, 6 міс. — 6 років — 5 мл 3 р/добу, після 6 років — 2 т 4 р/добу; фуразолідон — 10–20 мг/кг/д за 3–4 прийоми; канаміцина моносульфат (50 мг/кг/д у 4–6 прийомів); еритромицин — 30–50 мг/кг/д у 3 прийоми); метранідазол (0,0075 мг/кг/д за 3 прийоми), та інші; антибіотики системної дії (напірсинтетичні пеніциліни, макроліди, цефалоспори́ни) 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): колі-протейний фаг — по 30 мл 2–3 рази на добу усередину і 40–60 мл у клізми; інтестіфаг — 5–10 мл 3 рази на добу протягом 5–6 днів; комбінований бактеріофаг — у дозах інтестіфага; полівалентний іобактеріофаг — у дозах інтестіфага; при відсутності чутливості стафілококкової флори до бактеріофагів — хлорфіліліт (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 лактулоза: до 1 року — 0,25–0,5 мл/кг маси 2 р на добу, 1–7 р. — по 5 мл 2 р/добу, старше 7 років — по 5 мл 3 р/добу) або препаратами із групи пробіотиків (мультипробіотики) та інші. При виражених дисбактеріозах з клінічно маніфестними імунodefіцитами — імунomodulatory препарати (лізоцим, інтерферон та інші) призначають одночасно з бактеріофагами, пробіотиками чи антибіотиками. Ферментні препарати — дози індивідуальні в залежності від виразності процесу.
Критерії якості лікування	Підтверджується даними клінічної практики та кафедри дитячої гастроентерології та нутріціології ХМАПО	Відсутність клінічних проявів, досягнення максимально тривалої ремісії.
<b>Б. 2.5 Диспансерний нагляд</b>		
Диспансерний нагляд — 3 роки позаприступного періоду	Підтверджується даними клінічної практики та кафедри дитячої гастроентерології та нутріціології 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 вимогами. Протирецидивне лікування: 2 рази на рік в умовах денного стаціонару або амбулаторно. Обсяг контрольно-діагностичних обстежень: клінічний аналіз крові, сечі та копрограма — 2 рази на рік, біохімічне дослідження кала (реакція Грегерсена, Трібуле) 1 раз на рік, ректороманоскопія — 1 раз на рік (за вимогами), УЗД органів черевної порожнини — за вимогами. 3 диспансерного нагляду можна зняти при відсутності патологічних змін після повного лабораторно-інструментального обстеження.

Положення протоколу	Обґрунтування	Необхідні дії
<b>Б. 2. 6 Санаторно-курортне лікування</b>		
Санаторно-курортне лікування показано 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	Там же	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)	<p>Об'єм діагностики</p> <p>Обов'язкові лабораторні дослідження: загальний аналіз крові, загальний аналіз сечі, копрограма. Додаткові лабораторні дослідження: аналіз калу на дисбіоз.</p> <p>Додаткові інструментальні дослідження:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>ректороманоскопія (за показаннями)</li> <li>• Дієта № 4 (згодом 4б та 4в) рекомендується при ХК з переважанням проносів. При ХК з переважанням закрепів застосовується дієта № 3.</li> <li>• Мінеральні води. Хворим із діареєю призначають маломінералізовані води гідрокарбонатні, гідрокарбонатно-хлоридні, хлоридно-гідрокарбонатні. Мінеральна вода призначається двічі на добу, окрім ранкового прийому, Т — 45°C. Час приймання мінеральної води залежить від стану кислотоутворюючої функції шлунку (разова доза 5 мл/кг маси тіла).</li> </ul> <p>У лікуванні хворих із закрепами 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.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Бальнеотерапія.</li> <li>• Апаратна фізіотерапія:</li> </ul> <p>Порушення моторики за гіпокінетичним типом:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>— Електрофорез;</li> <li>— Гальванізація;</li> <li>— ДДТ;</li> <li>— СМТ;</li> <li>— Дарсонвалізація або ультратонотерапія.</li> </ul> <p>Порушення моторики за гіперкінетичним типом:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>— Електрофорез;</li> <li>— СМТ.</li> <li>• Кліматотерапія включає аеротерапію, повітряні, сонячні ванни, морські купання за загальноприйнятною методикою.</li> <li>• Руховий режим: ранкова гігієнічна гімнастика, групова лікувальна фізкультура, дозована ходьба.</li> </ul>

## 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, сігмоїдит, трансверзит, панколіт).
4. Тяжкість течії (легка, середньої тяжкості, важка).
5. Фаза течії (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 закрепу і проноса), зниження апетиту.

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

### Діагностика:

- клінічний аналіз крові — можливі помірні прояви анемії, еозінофілія;
- копрограма: ілеоцекальний синдром (з перевагою процесів шумування — 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 зміст 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 слизуватої іноді з ділянками блідого кольору, змазаність і порушення структури судинного малюнка, його повнокров'я чи блідість, збільшення числа і розмірів лімфоїдних фолікулів; деструктивні порушення слизуватої товстої кишки (ерозії);
- ірієографія: звуження уражених ділянок кишки, асиметрія, нерівномірність, сглаженість 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 числа моноцитів і незрілих плазматичних кліток, атрофічні зміни в епітеліоциті з одночасним посиленням процесів регенерації.

## Д. ІНДИКАТОРИ ЯКОСТІ НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

№ п/п	Індикатори	Порогове значення					Методика вимірювання (обчислення)	Заходи впливу
		2013	2014	2015	2016	2017		
1	Забезпечення навчання медичного персоналу медико-організаційним технологіям клінічного протоколу	75%	80%	85%	90%	95%	Кількість одиниць медичних працівників, які задіяні у виконанні медико-організаційних технологій даного клінічного протоколу і пройшли навчання $\times 100$ /загальна кількість медичних працівників, які задіяні у виконанні клінічного протоколу (фізичних осіб)	Наявність наказу по закладу про впровадження клінічного протоколу, забезпечення мотивації медичного персоналу до впровадження клінічного протоколу
2	Відсутність клінічних проявів загострення	80%	80%	80%	80%	80%	Кількість дітей без загострень неспецифічного невиразкового коліту протягом року $\times 100$ /кількість дітей, які звернулися у медичний заклад з приводу неспецифічного невиразкового коліту	Проведення лікувальних заходів у повному обсязі відповідно до клінічного протоколу
3	Тривала ремісія	80%	80%	80%	80%	80%	Кількість дітей, які перебувають в стадії ремісії неспецифічного невиразкового коліту протягом 3 років $\times 100$ /кількість дітей, які звернулися у медичний заклад з приводу неспецифічного невиразкового коліту	Проведення лікувальних заходів у повному обсязі відповідно до клінічного протоколу
4	Після санаторно-курортного лікування поліпшення самопочуття, нормалізація розмірів печінки, поліпшення лабораторних показників, поліпшення адаптаційно-приспосувальницького потенціалу організму	80%	80%	80%	80%	80%	Кількість дітей, у яких не реєструється загострення хвороби протягом року після санаторно-курортного лікування $\times 100$ /кількість дітей, які звернулись у лікувальний заклад після санаторно-курортного лікування протягом року з приводу загострення захворювання	Проведення лікувальних заходів у повному обсязі відповідно до клінічного протоколу

Директор Департаменту реформ та розвитку медичної допомоги МОЗ України

**М. К. Хобзей**