

Міністерство охорони здоров'я України

Уніфікований клінічний протокол медичної допомоги дітям із синдромом подразненого кишечника

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
СПК – синдром подразненого кишечника
ШОЕ – швидкість осідання еритроцитів

А. ПАСПОРТНА ЧАСТИНА

А. 1 Діагноз: Синдром подразненого кишечника

А. 2 Шифр згідно згідно МКХ-10: K58 Синдром подразненого кишечника

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 дітям із синдромом подразненого кишечника.

А. 5 Дата складання – 2012 р.

А. 6 Дата планового перегляду протоколу – 2017 р

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

Розповсюдженість СПК серед дітей різних вікових груп практично однакова і складає у дітей молодшого шкільного віку 21,2 % та серед дітей середнього і старшого шкільного віку – 19,4%.

Б. 2 ПРОТОКОЛ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

Положення протоколу	Обґрунтування	Необхідні дії
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 класифікаційних критеріїв	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 амбулаторно.

Положення протоколу	Обґрунтування	Необхідні дії
Б. 2.3 Діагностика		
Встановлення діагнозу СПК	Підтверджується даними клінічної практики [Rome III: The functional Gastrointestinal Disorders, 2006] (Рівень доказовості В)	Об'єм діагностики: Копрологічне дослідження, ендоскопічне дослідження (ректороманоскопія чи колоноскопія), аналіз калу на дисбіоз, ірігографія, 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, рекомендована корекція харчування в залежності 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 у день) прийом їжі, невеликими порціями. Виключаються погано переносимі та сприяючі газоутворенню продукти (тваринні жири, цитрусові, шоколад, горох, квасоля, сочевиця, капуста, молоко, чорний хліб, газовані напої, квас, виноград, ізюм). При діарей обмежуються продукти, що містять лактозу і фруктозу (у випадку їхньої нестерпності); при закрепках 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 рекомендована психокорекція	Підтверджується даними клінічної практики (Рівень доказовості D)	Психотерапія за призначенням психоневролога (когнітивно-біхейвористська терапія, динамічна психотерапія, гіпнотерапія), рефлексотерапія За рекомендаціями невролога: седативна терапія (в залежності від синдрому, який переважає в клінічній картині).
Діти з СПК потребують призначення медикаментозної терапії в залежності від перебігу (наявності провідного клінічного прояву)	Досвід лікування дітей у світі доводить, що патогенетична медикаментозна терапія сприяє більш швидкому усуненню клінічних проявів захворювання, скорочує терміни госпіталізації (Рівень доказовості C)	Варіант, що перебігає переважно з діареєю: а) похідні фенілпіперідина: лоперамід — 0,2 мг/10 кг маси 2–3 рази на добу до 2 тижнів; б) ентеросорбенти (гідрогель метилкремніевої кислоти та інш.) 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 з 3 рази на добу за 15–30 хв. до їжі (за показаннями) 7–10 днів або регулятори моторики (тримебутін) — дітям від 6 міс. — 5 мг/кг на добу в 2–3 прийоми за 30 хв. до їжі 10–14 днів; б) проносні, що мають гідрофільний ефект (ламінарид — 1/2–1 ч. л., 1–3 рази на добу; лактулоза 5–15 мл 2–3 рази на добу, суха морська капуста — 1/2 ч. л. на ніч; При наявності болю в животі та метеоризму: — міотропні спазмолітики (папаверин по 0,005–0,06 г 2 рази на добу, дротаверин 40–200 мг/добу в 2–5 прийоми; прифінія бромід 1мг/кг/добу протягом 7–15 днів.); регулятори моторики — тримебутін дітям від 6 міс. 5 мг/кг на добу в 2–3 прийоми за 30 хв. до їжі 10–14 днів силікони (симетикон — після 7 років — 1–2 чайних ложки 3–5 р/добу, дітям перших років життя — 20–40 крап. 3 р/добу).
Діти з СПК при наявності дисбіозу потребують корекції дисбіотичних змін	(Рівень доказовості D)	Корекція дисбіозу, включає дієтичну корекцію, адсорбції та виведення токсичних речовин із кишечника, селективну деконтамінацію, відновлення нормофлори, покращення кишкового травлення та всмоктування, нормалізацію моторики кишечника, стимулювання реактивності організму. <i>Дієтична корекція</i> призначається відповідно до провідного клінічного прояву (діарея, закреп). <i>Адсорбція</i> та виведення токсичних речовин із кишечника проводиться одним із препаратів, що відносяться до групи адсорбентів (гідрогель метилкремніевої кислоти) Показанням до проведення селективної деконтамінації є наявність ознак кишкової диспепсії, надмірного зростання мікрофлори у тонкому кишечнику, наявність запального процесу у кишечнику та умовно патогенної мікрофлори у посіві. <i>Для селективної деконтамінації використовують:</i> <i>А) кишкові антисептики</i> (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); еритроміцин — 30–50 мг/кг/д у 3 прийоми); метранідазол (0,0075 мг/кг/д за 3 прийоми) та інші; Антибіотики системної дії (напівсинтетичні пеніциліни, макроліди, цефалоспоріни) у віковому дозуванні. Ці препарати використовуються для селективної деконтамінації тільки при виражених дисбіозах. <i>Б) протигрибкові препарати:</i> натаміцин — 0,05–0,1г 2 рази на добу; флуконазол — 3 мг/кг 1 раз на добу та ін. <i>В) бактеріофаги</i> (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 клізмі; інтестіфаг — 5–10 мл 3 рази на добу протягом 5–6 днів; комбінований бактеріофаг — дозах інтестіфага; полівалентний ліобактеріофаг — у дозах інтестіфага; при відсутності чутливості стафілококової флори до бактеріофагів — хлорфілліпт (1 крапля 1% спирт. розчину на 1 кг маси на прийом 3 рази на добу, ректально — 1 мл 1% розчину). <i>Відновлення нормофлори</i> 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 імунodefіцієтними — імунomodulatory препаратами (лізоцим, інтерферон та інші) призначають одночасно з бактеріофагами, пробіотиками чи антибіотиками. <i>Ферментні препарати</i> — дози індивідуальні в залежності від виразності процесу.
Критерії якості лікування	Підтверджується даними клінічної практики та кафедри дитячої гастроентерології та нутріціології ХМАПО	Відсутність болювого синдрому, нормалізація перистальтики кишечника, відновлення якісного та кількісного складу мікрофлори кишечника.
Б. 2.5 Диспансерний нагляд		
Диспансерний нагляд — 3 роки позаприступного періоду	Підтверджується даними клінічної практики та кафедри дитячої гастроентерології та нутріціології ХМАПО	Огляд лікарем загальної практики-сімейної медицини — 2 рази на рік; дитячим гастроентерологом 1 раз на рік, хірургом — за вимогою. Протирецидивне лікування: 2 рази на рік. Обсяг контрольно-діагностичних обстежень: копрограма — 2 рази на рік, аналіз кала на яйця глистів та простіші — 2 рази на рік, аналіз кала на дисбактеріоз — за вимогою, ректороманоскопія за вимогою — 1 раз на рік. 3 диспансерного нагляду можна зняти при відсутності патологічних змін після повного лабораторно-інструментального обстеження.

Положення протоколу	Обґрунтування	Необхідні дії
Б. 2. 6 Санаторно-курортне лікування		
Санаторно-курортне лікування показане в 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	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><i>Об'єм діагностики</i> <i>Обов'язкові лабораторні дослідження:</i> загальний аналіз крові, загальний аналіз сечі, копрограма. <i>Додаткові лабораторні дослідження:</i> аналіз калу на дисбіоз. <i>Додаткові інструментальні дослідження:</i> ректороманоскопія</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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, T — 45°C. При добрій переносності число прийомів збільшується до трьох разів на добу. Час приймання мінеральної води залежить від стану кислотоутворюючої функції шлунку (разова доза 5 мл/кг маси тіла). В лікуванні хворих на СПК із закрепками 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. • Пелоїдо- та бальнеотерапія. Лікування СПК із порушенням моторики за гіпомоторним типом: <ul style="list-style-type: none"> • Водолікування. • Апаратна фізіотерапія: <ul style="list-style-type: none"> — електрофорез; — гальванізація; — ДДТ; — СМТ; — дарсонвалізація або ультратонотерапія. Лікування ХК із порушенням моторики за гіпермоторним типом: <ul style="list-style-type: none"> • Водолікування. • Теплолікування. • Апаратна фізіотерапія: <ul style="list-style-type: none"> — електрофорез; — СМТ. • Кліматотерапія включає аеротерапію, повітряні, сонячні ванни, морські купання за загальноприйнятною методикою. • Руховий режим: ранкова гігієнічна гімнастика, групова лікувальна фізкультура, дозована ходьба.

В. КЛАСИФІКАЦІЯ ТА КЛІНІЧНІ ПРОЯВИ СПК

В. 1 Класифікація (відповідно 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 (закреп та діарея, що перетинаються (альтернують))

В. 2 Клінічні прояви СПК

Скарги розподіляють на кишкові та позакишкові (загальні). До кишкових відносять: 1) порушення дефекації (варіант із діареєю — рідкий жовтий стілець, іноді з домішкою слизу і залишків неперетравленої їжі 2–4 рази на добу, частіше ранком, після сніданку, особливо характерно — під час емоційної напруги або неспокої, імперативні позиви на дефекацію; варіант, що перебігає переважно з закрепом — затримка дефекації до 1–2 разів на тиждень, іноді регулярна, але із тривалою напругою, почуття неповного випорожнення кишечника, зміна форми і характеру калових мас — тверді, сухі, типу «козиного», стрічкоподібні і т.д., іноді — «закрепний» пронос); 2) біль в животі та вздуття (метеоризм) — нападоподібний чи тупий, що тисне, розпирає, біль в животі, який супроводжується здуттям (підсилюються після їжі, при стресовій ситуації, перед дефекацією і проходять після дефекації). Скарги загального характеру зустрічаються незалежно від варіанта СПК: головний біль, стомлюваність, біль в області серця, утруднення вдиху, почуття кому при ковтанні, нудота, почуття швидкого насичення, переповнення у верхній частині живота, відрижка, відчуття тремтіння, порушення сечовиділення. Звертає 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 протягом всієї 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 непритаманні біотопи, надмірним зростанням мікрофлори.

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

Г. ДІАГНОСТИЧНА ПРОГРАМА

- Клінічний аналіз крові — у межах вікової норми; клінічний аналіз сечі без особливостей.
- Копрологічне дослідження: можливі кашкоподібний чи рідкий стул із першою щільною порцією, наявність значної кількості слизу.

- Ректороманоскопія (колоноскопія): біль при інсуфляції повітрям, можливе посилення судинного малюнка слизуватої, незначна гіперемія слизуватої, накладення слизу, високі ригідні складки, фізіологічні сфінктери з підвищеним тонузом;
- Ірігографія: наявність спазмованих ділянок, газу та рідини у просвіті кишечника, рельєф слизуватої не змінюється.
- Манометрія: при балонному розтягуванні прямої кишки підвищені показники тиску;
- Аналіз калу на дисбіоз:

I ступінь (компенсована форма): зменшення на 1–2 порядку біфідобактерій та/чи лактобактерій, ешеріхій; можливе підвищення кількості ешеріхій.

II ступінь (субкомпенсована форма): підвищення кількості або одного представника умовно- патогенної мікрофлори до рівня 105–107 КОО/г, або асоціації умовно-патогенної мікрофлори до рівня 104–105 КОО/г.

III ступінь (декомпенсована форма): значний дефіцит біфідо- та лактобактерій, численний збільшення асоціацій умовно-патогенної мікрофлори в кількості 106–107 КОО/г та більш.

№ 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 x100/ 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 СПК	80 %	80 %	80 %	80 %	80 %	Кількість дітей без загострень СПК протягом року x100/ кількість дітей, які звернулися у медичний заклад з приводу СПК	Проведення лікувальних заходів у повному обсязі відповідно до клінічного протоколу
3	Тривала ремісія СПК	80 %	80 %	80 %	80 %	80 %	Кількість дітей, які перебувають в стадії ремісії СПК протягом 3 років x100/ кількість дітей, які звернулися у медичний заклад з приводу СПК	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 x100/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