

Утверждено
на Экспертной комиссии
по вопросам развития здравоохранения
Министерства здравоохранения
Республики Казахстан
протокол №10
от «04» июля 2014 года

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ

НЕСПЕЦИФИЧЕСКИЙ ЯЗВЕННЫЙ КОЛИТ. БОЛЕЗНЬ КРОНА У ДЕТЕЙ.

I. ВВОДНАЯ ЧАСТЬ

1. Название протокола: Неспецифический язвенный колит. Болезнь Крона у детей.

2. Код протокола

3. Код(ы) МКБ - 10:

K50.0 Болезнь Крона тонкой кишки
K50 Болезнь Крона (регионарный энтерит)
K50.1 Болезнь Крона толстой кишки
K50.8 Другие разновидности болезни
K50.9 Болезнь Крона неуточненная Крона
K51 Язвенный колит
K51.0 Язвенный (хронический) энтероколит
K51.1 Язвенный (хронический) илеоколит
K51.2 Язвенный (хронический) проктит
K51.3 Язвенный (хронический) ректосигмоидит
K51.9 Язвенный колит неуточненный

4. Сокращения, используемые в протоколе

АлТ – аланинаминотрансфераза
АсТ – аспаратаминотрансфераза
АЧТВ – активированное частичное тромбопластиновое время
БК – болезнь Крона
ВИЧ – вирус иммунодефицита человека
ГКС – глюкокортикостероиды
ЛОР – оториноларинголог
МНО – международное нормализованное отношение
ОАК – общий анализ крови
ОАМ – общий анализ мочи
ПВ – протромбиновое время
ПТИ – протромбиновый индекс

ПЦР – полимеразно-цепная реакция
РФМК – растворимые фибриномономерные комплексы
СРБ – С-реактивный белок
СОЭ – скорость оседания эритроцитов
ТВ – тромбиновое время
УЗИ – ультразвуковое исследование
ФНО – фактор некроза опухоли
ФЭГДС – фиброэзофагогастродуоденоскопия
ЭКГ - электрокардиография
ЯК – язвенный колит
5-АСК – 5-аминосалициловая кислота
ANCA – антинейтрофильные цитоплазматические антитела
IgG – иммуноглобулины класса G
PUCAI – Pediatric Ulcerative Colitis Activity Index
PCDAI – Pediatrics Crohn’s Disease Activity Index

5. **Дата разработки протокола:** 2014 г.

6. **Категория пациентов:** дети.

7. **Пользователи протокола** – педиатры стационаров и поликлиник, детские гастроэнтерологи, врачи общей практики, фельдшеры скорой медицинской помощи

II. МЕТОДЫ, ПОДХОДЫ И ПРОЦЕДУРЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ

8. Определение [2,6]

Язвенный колит – хроническое рецидивирующее воспалительное поражение толстой кишки, распространяющееся непрерывно в проксимальном направлении от прямой кишки.

Болезнь Крона – неспецифическое первично-хроническое, гранулематозное воспалительное заболевание с вовлечением в процесс всех слоев стенки кишечника, характеризующееся прерывистым (сегментарным) поражением различных отделов желудочно-кишечного тракта. Следствием трансмурального воспаления является образование свищей и абсцессов.

9. Клиническая классификация

Язвенный колит:

По протяженности воспалительного процесса:

- проктит,
- левосторонний колит (включая проктосигмоидит, до селезеночного изгиба);
- тотальный колит (распространенный колит или панколит с ретроградным илеитом или без него).

По характеру течения:

- рецидивирующий (часто, редко);
- непрерывный

По тяжести атаки:

- легкий,
- средний,
- тяжелый)

По ответу на стероидную терапию:

- *стероидо-резистентность* – сохранение активности заболевания несмотря на в\в введение или пероральный прием адекватной дозы ГКС в течение 7-14 дней
- *стероидо-зависимость* – достижение клинической ремиссии на фоне терапии кортикостероидами и возобновление симптомов при снижении дозы или в течение 3 месяцев после их полной отмены, а также в случаях, если терапию стероидами не удается прекратить в течение 14-16 недель.

Степень активности у детей определяется по педиатрическому индексу активности при язвенном колите (PUCAI) [1] (Таблица 1)

Таблица 1 Педиатрический индекс активности при язвенном колите (PUCAI) [1]

Симптомы	Баллы
<i>(1) Абдоминальные боли</i>	
Нет боли	0
Умеренная боль	5
Выраженная боль	10
<i>(2) Ректальное кровотечение</i>	
Отсутствует	0
Незначительный объем крови, обнаруживается менее в чем 50% испражнений	10
Незначительный объем крови практически во всех испражнениях	20
Значительный объем (>50% от стула)	30
<i>(3) Консистенция стула</i>	
Сформированный	0
Практически сформированный	5
Полностью не сформирован	10
<i>(4) Количество стула за сутки</i>	
0-2	0
3-5	5
6-8	10
>8	15
<i>(5) Ночной стул (любой случай вызвавший пробуждение)</i>	
Нет	0
Да	10
<i>(6) Уровень активности</i>	

Нет ограничения активности	0
Редкие ограничения активности	5
Острые ограничения активности	10
Сумма баллов PUCAI (0-85)	

Интерпретация баллов:

- Высокая активность: 65 и выше
- Умеренная активность: 35-64
- Легкая активность: 10-34
- Ремиссия (заболевание не активно): ниже 10

Болезнь Крона

Для оценки клинической активности (тяжести) БК используется индекс активности БК (Pediatrics Crohn's Disease Activity Index (PCDAI), индекс Беста).

При расчете учитываются только клинические (но не эндоскопические) критерии. Максимальное количество баллов - 600 (таблица 2). PCDAI < 150 баллов расценивается как ремиссия БК, индекс > 150 баллов – как активная болезнь с разделением на низкую (150-200 баллов), умеренную (200-450) и высокую активность (более 450 баллов) [2].

Таблица 2. Педиатрический индекс активности болезни Крона PCDAI

Критерии		баллы
Боли в животе	нет	0
	Малой интенсивности	5
	Сильной интенсивности	10
Стул, частота, консистенция	0-1р/д, жидкий без примесей крови	0
	2-5р/д, с небольшой примесью крови	5
	Более 6 р/д	10
Самочувствие, активность	Нет ограничения активности	0
	Умеренное ограничение активности	5
	Значительное ограничение активности	10
Масса тела	Нет снижения массы тела	0
	Снижение массы тела на 1-9%	5
	Снижение массы тела более 10%	10
рост	Ниже одного центеля	0
	От 1-2 центелей	5
	Ниже двух центелей	10
Болезненность в животе	Нет болезненности	0
	Болезненность, отмечается уплотнение	5
	Выраженная болезненность	10
Параректальные проявления	нет	0
	Активная фистула, болезненность, абсцесс	10
Внекишечные проявления	нет	0
	одно	5
	Более двух	10
Гематокрит у детей до 10 лет	>33	0
	28-32	2.5

	<28	5
Гематокрит (девочки 11-19 лет)	>34	0
	29-34	2.5
	<29	5
Гематокрит (мальчики 11-14 лет)	>35	0
	30-34	2.5
	<30	5
Гематокрит (мальчики 15-19 лет)	>37	0
	32-36	2.5
	<32	5
СОЭ	<20	0
	20-50	2.5
	>50	5
Альбумин (g/dl)	>3.5	0
	3.1-3.4	5
	<3.0	10

Минимальная сумма баллов 0 максимальная 100, чем выше сумма, тем выше активность воспаления.

10. Показания для госпитализации

Показания для плановой госпитализации

- Впервые установленный диагноз ЯК и БК
- Обострение заболевания (среднетяжелое и тяжелое течение, лабораторные признаки активности процесса, наличие системных проявлений)

Показания к экстренной госпитализации:

- Осложнения на фоне иммуносупрессивной терапии
- Кишечное кровотечение
- Перфорация толстой кишки

11. Перечень основных и дополнительных диагностических мероприятий:

11.1 Основные (обязательные) диагностические обследования, проводимые на амбулаторном уровне:

- ОАК (6 параметров);
- Определение общего белка и белковых фракций;
- Коагулограмма (толерантность плазмы к гепарину, АЧТВ, времени рекальцификации, ПВ-ПТИ-МНО, РФМК, ТВ, фибриноген);
- ОАМ;
- Анализ кала на скрытую кровь;
- Копрограмма;
- Бактериологическое исследование кала на дисбактериоз;
- УЗИ органов брюшной полости;
- ФЭГДС;
- Фиброректосигмоидоскопия с исследованием гистологического препарата

11.2 Дополнительные диагностические обследования, проводимые на амбулаторном уровне:

- Биохимический анализ крови (определение АЛТ, АСТ, тимоловой пробы, билирубина, общего холестерина, глюкозы, СРБ);
- Исследование кала на яйца гельминтов;
- Определение антигена р24 ВИЧ в сыворотке крови ИФА-методом;
- Рентгеноскопическое исследование желудка с контрастированием (двойное контрастирование);
- ЭКГ

11.3 Минимальный перечень обследования, который необходимо провести при направлении на плановую госпитализацию:

- ОАК (6 параметров);
- Биохимический анализ крови (общий белок и фракции, СРБ, АСТ, АЛТ, билирубин, тимоловая проба, ЩФ, электролиты)
- Исследование кала (копрограмма);
- ФЭГДС;
- Фиброректосигмоидоскопия с исследованием гистологического препарата

11.4 Основные (обязательные) диагностические обследования, проводимые на стационарном уровне (при экстренной госпитализации проводятся диагностические обследования не проведенные на амбулаторном уровне):

- ОАК (6 параметров);
- ОАМ;
- Биохимический анализ крови (определение общего белка, белковых фракций, сывороточного железа);
- Коагулограмма (определение толерантности плазмы к гепарину, АЧТВ, времени рекальцификации, ПВ-ПТИ-МНО, РФМК, ТВ, фибриноген);
- Определение электролитов крови;
- Анализ кала на скрытую кровь;
- ФЭГДС;
- Фиброректосигмоидоскопия с исследованием гистологического препарата;
- Тотальная фиброколоноскопия;
- Ирригоскопия/ирригография (двойное контрастирование);
- Гистологическое исследование биоптатов
- ЭКГ

11.5 Дополнительные диагностические обследования, проводимые на стационарном уровне (при экстренной госпитализации проводятся диагностические обследования, не проведенные на амбулаторном уровне):

- Определение антинейтрофильных цитоплазматических Ig G (ANCA combi) в сыворотке крови ИФА-методом;
- Тотальная видеоколоноскопия;

- КТ толстого кишечника (виртуальная колоноскопия) ;

12. Диагностические критерии БК и ЯК:

12.1 Жалобы и анамнез:

Болезнь Крона:

- диарея
- боли в правой подвздошной области
- перианальные осложнения (парапроктит, анальные трещины, аноректальные свищи)
- лихорадка
- внекишечные проявления (болезнь Бехтерева, артриты, поражения кожи)
- внутренние свищи
- потеря массы тела

Язвенный колит:

- кровотечение из прямой кишки;
- учащенное опорожнение кишечника;
- постоянные позывы на дефекацию;
- стул преимущественно в ночное время;
- боли в животе преимущественно в левой подвздошной области;
- тенезмы.

12.2 Физикальное обследование:

- дефицит массы тела;
- симптомы интоксикации;
- симптомы полигиповитаминоза,
- болезненность при пальпации живота преимущественно в правой и левой подвздошных областях.
- педиатрический индекс активности язвенного колита (PUCAI).

12.3 лабораторные исследования:

ОАК: ускоренная СОЭ, лейкоцитоз, тромбоцитоз, анемия, ретикулоцитоз.

Биохимический анализ крови: гипопропротеинемия, гипоальбуминемия, СРБ, увеличение альфа-2 глобулинов

ИФА: обнаружение антинейтрофильных цитоплазматических Ig G (ANCA) подтверждает диагноз аутоиммунных заболеваний (язвенного колита).

12.4 инструментальные исследования:

Колоноскопия, ректороманоскопия: наличие поперечных язв, афт, ограниченных участков гиперемии, отека в виде «географической карты», свищи с локализацией на любом участке желудочно-кишечного тракта

Контрастная рентгенография с барием – ригидность кишечной стенки и ее бахромчатые очертания, стриктуры, абсцессы, опухолеподобные конгломераты, свищевые ходы, неравномерное сужение просвета кишечника вплоть до симптома

«шнурка». При ЯК: грануляции (зернистость) слизистой, эрозии и язвы, зубчатость контуров, сморщивание

Гистологическое исследование – отек и инфильтрация лимфоидными и плазматическими клетками подслизистого слоя, гиперплазия лимфоидных фолликулов и пейеровых бляшек, гранулемы. При прогрессировании заболевания нагноение, изъязвление лимфоидных фолликулов, распространение инфильтрации на все слои кишечной стенки, гиалиновое перерождение гранулем.

УЗИ: утолщение стенки, уменьшение эхогенности, анэхогенное утолщение стенки кишечника, сужение просвета, ослабление перистальтики, сегментарное исчезновение гаустр, абсцессы.

12.5 Показания для консультации специалистов:

- окулист – для исключения поражения органа зрения);
- ревматолог – при вовлеченности в аутоиммунный процесс суставов);
- хирург – при подозрении на острую токсическую дилатацию толстой кишки; при отсутствии положительной динамики от консервативной терапии);
- онколог (при появлении признаков дисплазии, рака).
- фтизиатр – для решения вопроса о проведении биологической терапии

12.6 Дифференциальный диагноз ЯК и БК

Таблица 3 Дифференциальная диагностика ЯК и БК

Показатели	Язвенный колит	Болезнь Крона
Возраст начала болезни	любой	до 7-10 лет - очень редко
Характер начала болезни	Острое у 5-7% больных, у остальных постепенное (3-6 мес.)	Острое - крайне редко, постепенное в течении нескольких лет
Кровотечения	В период обострения - постоянные	Редко, чаще - при вовлечении в процесс дистальных отделов толстой кишки
Диарея	Стул частый, жидкий, нередко с ночными дефекациями	Стул редко наблюдается, чаще чем 4-6 раз, кашицеобразный преимущественно в дневное время
Запор	Редко	Более типичен
Боли в животе	Только в период обострения, интенсивные перед дефекацией, после опорожнения стихают	Типичны, чаще неинтенсивные
Пальпация области живота	Спазмированная, болезненна толстая кишка	Инфильтраты и конгломераты кишечных петель, чаще в правой

		подвздошной зоне
Перфорации	При токсической дилатации в свободную брюшную полость, протекают малосимптомно	Более типичны прикрытые
Ремиссия	Характерна, возможно длительное отсутствие обострений с обратным развитием структурных изменения в кишечнике	Отмечаются улучшения, абсолютной ремиссии нет, структура кишечника не восстанавливается
Малигнизация	При длительности болезни более 10 лет	Редко
Обострения	Симптомы заболевания выражены, но поддаются лечению хуже	Симптомы заболевания постепенно нарастают без особого отличия от периода благополучия
Поражения перианальной области	У 20% больных мацерация, трещины	У 75% больных перианальные свищи, абсцессы, язвы - иногда единственные проявления болезни
Распространенность процесса	Только толстая кишка: дистальная, левосторонняя, тотальная	Любой отдел пищеварительного тракта
Стриктуры	Не характерны	Встречаются часто
Гаустрация	Низкая, сглажена или отсутствует	Утолщены или нормальные
Поверхность слизистой оболочки	Зернистая	Гладкая
Микроабсцессы	Есть	Нет
Язвенные дефекты	Неправильной формы без четких границ	Афтоподобные изъязвления с венчиком гиперемии или трещиноподобные продольные дефекты
Контактная кровоточивость	Есть	Нет
Эвакуация бария	Нормальная или ускорена	Замедлена
Укорочение толстой кишки	Часто, просвет трубкообразный	Не характерно
Поражение тонкой кишки	Чаще отсутствует, при ретроградном илеите - равномерное как продолжение колита	Прерывистое, неравномерное, с ригидностью стенки, часто - на значительном

13. Цели лечения:

- Обеспечение ремиссии
- Профилактика осложнений
- Предупреждение операции

14. Тактика лечения:

14.1 Немедикаментозное лечение

Режим:

Режим 1 – постельный;

Режим 2 – полупостельный;

Режим 3 – общий.

Диетотерапия - рекомендуется вареная и приготовленная на пару протертая пища с ограничением клетчатки, жира и индивидуально непереносимых продуктов (как правило, молока). Диета № 4 (б, в). Из питания исключаются молоко и молочные продукты, жиры (средне- и короткоцепочечные), жареные, острые и соленые блюда, продукты, содержащие грубую растительную клетчатку (грибы, отруби, сливы, курага, киви, белокочанная капуста, редис и др.), ограничивают продукты, содержащие глютен (пшеница, рожь, овес и др.). Пациентам с обезвоживанием показано дополнительное введение жидкости. При тотальном поражении кишечника, с целью обеспечения функционального покоя, возможен перевод на полное парентеральное питание с переходом на зондовое или энтеральное питание с использованием полимерных и элементных диет.

14.2 Медикаментозное лечение.

5-АСК

Пероральные препараты 5-АСК рекомендованы в качестве терапии первой линии для индукции и поддержания ремиссии у детей с легкой и средне-тяжелой активностью язвенного колита. Комбинированная терапия пероральными препаратами 5-АСК и местными препаратами 5-АСК более эффективна.

- месалазин: орально 30-50 мг\кг\сут (макс. 4 г\сут) в 2 приема; ректально 25 мг\кг (до 1 г. однократно); (детям с 6 лет) в течение 8-12 недель с постепенным, снижением дозы.
- сульфасалазин: орально 40-60 мг\кг\сут. в 2 приема (макс. 4 г\сут) (детям с 6 лет) [6].

ГКС

Пероральные ГКС при ЯК у детей эффективны в индукции ремиссии, но не для поддержания ремиссии. Пероральные ГКС рекомендуется применять при средне-тяжелой атаке с системными проявлениями и у отдельных пациентов с тяжелой атакой без системных проявлений или у пациентов, не достигших ремиссии на фоне

терапии оптимальной дозой 5-АСК. При тяжелой атаке проводится внутривенная стероидная терапия.

- преднизолон из расчета 1-2 мг/кг массы тела в сутки (4-8 недель) с постепенным снижением дозы и отменой в течение 3-4 мес. [6].

При назначении гормональной терапии необходимо учитывать следующее:

- Обязательный является сопутствующий прием препаратов кальция, витамина D.
- В период лечения необходим регулярный контроль уровня глюкозы в крови.

Тиопурины

рекомендуются для поддержания ремиссии у детей с непереносимостью 5-АСК или у пациентов с часто рецидивирующим течением (2-3 обострения в год) или развитием гормонозависимой формы заболевания на фоне проведения терапии 5-АСК в максимальных дозах; тиопурины неэффективны для индукции ремиссии. Тиопурины рекомендуются для поддерживающей терапии при остром тяжелом колите после индукции ремиссии при помощи стероидов, поскольку вероятность агрессивного течения заболевания у таких пациентов выше. В то же время, у детей с острым тяжелым колитом, ранее не получавших 5-АСК, при условии быстрого ответа на стероиды может рассматриваться поддерживающая монотерапия 5-АСК. Терапевтический эффект тиопуринов достигается в период до 10-14 недель от начала лечения.

- азатиоприн 1-2,5 мг/кг;
- меркаптопурин — 1-1,5 мг/кг в 2 приема.

Терапию тиопуринами следует прекратить при клинически значимой миелосупрессии или панкреатите.

Метотрексат может применяться только в ограниченной подгруппе пациентов с ЯК, с отсутствием ответа или непереносимостью тиопуринов [6].

Биологическая терапия.

У пациентов с хроническим непрерывным или гормонозависимым течением ЯК, неконтролируемым 5-АСК или тиопуринами, свищевых форм БК, а также в терапии детей и подростков 6-17 лет следует рассмотреть возможность назначения инфликсимаба [3,4,5,6,9]. Инфликсимаб следует назначить при гормонорезистентной форме заболевания (устойчивости как в пероральном, так и внутривенным препаратами). Если инфликсимаб был назначен при острой атаке у пациента, ранее не получавшего тиопурины, биологическая терапия может использоваться как вспомогательная для перехода на терапию тиопуринами. В этом случае, терапию инфликсимабом можно прекратить спустя приблизительно 4-8 месяцев. Инфликсимаб является препаратом первой линии биологической терапии у детей с ЯК и назначается в дозе 5 мг/кг (3 индукционные дозы в течение 6 недель с последующим введением по 5 мг/кг каждые 8 недель в качестве поддерживающей терапии). Может потребоваться индивидуальный подбор дозы [6]. Адалimumаб может применяться только у пациентов с потерей ответа на инфликсимаб или непереносимости инфликсимаба [6]. Оптимальная начальная доза составляет 160 мг

с последующим введением 80 мг через 2 нед. Поддерживающие инфузии подкожно (40 мг каждые 2 недели) у пациентов, у которых первое введение препарата было эффективным, увеличивают длительность ремиссии [5, 6]

- инфликсимаб 5 мг\кг (3 индукционные дозы в течение 6 недель с последующим введением по 5 мг\кг каждые 8 недель в качестве поддерживающей терапии).
- адалимумаб 160 мг с последующим введением 80 мг через 2 нед, затем поддерживающие инфузии подкожно (40 мг каждые 2 недели)

Перед началом биологической терапии консультация фтизиатра – скрининг на туберкулез (рентгенография органов грудной клетки, квантифероновый тест, при невозможности его проведения – проба Манту, Диаскин-тест) [8]

14.2.1 Медикаментозное лечение, оказываемое на амбулаторном уровне:

Перечень основных лекарственных средств (имеющих 100% вероятность применения);

- месалазин 250 мг, 500 мг, табл.;
- сульфасалазин 500мг, табл.;
- преднизолон 0,05 табл.

Перечень дополнительных лекарственных средств (менее 100% вероятности применения).

- метронидазол 250 мг, табл.;
- тиамин бромид 5% 1,0;
- пиридоксин гидрохлорид 5% 1,0;
- ретинола пальмитат капсулы 100 000 МЕ;
- альфа-токоферол ацетат капсулы 100 мг;
- лактулоза 250 мл, 500 мл р-р для приема внутрь.

14.2.2 Медикаментозное лечение, оказываемое на стационарном уровне:

Перечень основных лекарственных средств (имеющих 100% вероятность применения);

- месалазин 250 мг, 500 мг, табл.
- сульфасалазин 500мг, табл.
- преднизолон 0,05 табл.
- инфликсимаб 100 мг активного вещества в стеклянных флаконах

Перечень дополнительных лекарственных средств (менее 100% вероятности применения).

- азатиоприн 50 мг табл.
- метотрексат лиофилизированный порошок для приготовления раствора для инъекций: 1 флакон - 20 мл содержит метотрексата 500 мг;

1 флакон - 50 мл содержит метотрексата 1000 мг;
по 1 флакону в картонной пачке.

- адалимумаб раствор для подкожного введения, шприц по 40 мг.
- аминокислоты для парентерального питания
- метронидазол 250 мг, табл.
- тиамин бромид 5% 1,0
- пиридоксина гидрохлорид 5% 1,0
- ретинола пальмитат капсулы 100 000 МЕ
- альфа-токоферол ацетат капсулы 100 мг
- препараты железа, сироп, капли, таблетки
- лактулоза 250 мл, 500 мл р-р для приема внутрь
- этамзилат, р-р 12,5% 2,0 мл, табл. 250мг
- эписилон-аминокапроновая кислота, р-р 5%, 100 мл

Антибактериальная терапия при ЯК у детей не показана для индукции или поддержания ремиссии и применяется в случае развития осложнений (лихорадка, подозрение на кишечную инфекцию).

Метронидазол при БК в дозе 7,5–10 мг/кг/сут [EL3] [7] может применяться в случае неэффективности сульфасалазина (уровень доказательности C).

Медикаментозное лечение, оказываемое на этапе скорой неотложной помощи:

этамзилат, р-р 12,5% 2,0 мл, табл. 250мг

эписилон-аминокапроновая кислота, р-р 5%, 100 мл

14.3. Другие виды лечения: не проводится

14.3.1 Другие виды лечения, оказываемые на амбулаторном уровне:

14.3.2 Другие виды, оказываемые на стационарном уровне:

14.3.3 Другие виды лечения, оказываемые на этапе скорой неотложной помощи:

14.4. Хирургическое вмешательство:

14.4.1 хирургическое вмешательство, оказываемое в амбулаторных условиях:
не проводится.

14.4.2 Хирургическое вмешательство, оказываемое в стационарных условиях:

Экстренные показания к оперативному лечению ЯК (колэктомии):

- токсическая дилатация;
- перфорация;
- массивное кровотечение;
- отсутствие улучшения при тяжелом течении заболевания на фоне адекватной терапии (включая внутривенное введение стероидов) в течение 7 суток.

Показания к плановому оперативному лечению:

- активный или гормонозависимый ЯК, несмотря на терапию максимальными дозами 5-АСК, тиопуринами и биологическими препаратами, а также при обнаружении дисплазии эпителия толстой кишки.

Перед принятием решения о колэктомии следует повторно оценить состояние пациента, в т.ч. провести повторную илеоколоноскопию и исключить другие причины симптомов.

Решение вопроса о проведении колэктомии решается коллегиально с участием хирургов и детских гастроэнтерологов [1,5,6].

14.5. Профилактические мероприятия

Первичная профилактика:

- режим и качество питания;
- отказ от вредных привычек;
- санация полости рта;
- минимизация воздействия вредностей;
- соблюдение гигиенических правил.

Вторичная профилактика:

- профилактика кровотечений
- профилактика свищей
- профилактика образования стриктур
- профилактика гнойно-инфекционных осложнений
- профилактика развития дефицитных состояний (анемии, полигиповитаминозов)

14.6. Дальнейшее ведение:

Больные ЯК и БК подлежат диспансерному наблюдению с обязательным посещением врача-педиатра, врача общей практики 1 раз в 3 месяца и проведением ректосигмоскопии с прицельной биопсией слизистой оболочки прямой кишки в целях выявления степени воспаления и дисплазии. Колонофиброскопия с множественной прицельной биопсией проводится при тотальном колите, существующем выше 10 лет. Исследование крови и функциональные пробы печени проводятся ежегодно.

Во время лечения инфликсимабом и после его окончания за детьми следует вести тщательное наблюдение на предмет выявления признаков возможной инфекции. Поскольку элиминация инфликсимаба происходит в течение 6 месяцев, ребенок в течение этого периода должен постоянно находиться под наблюдением врача. Лечение инфликсимабом следует прекратить в случае развития тяжелой инфекции, в том числе туберкулеза, сепсиса или пневмонии.

Необходимо обратиться к врачу в случае появления у пациента симптомов возможного туберкулёзного процесса (постоянный кашель, потеря массы тела, незначительно повышенная температура тела). Не рекомендуется применять живые вакцины.

15. Индикаторы эффективности лечения и безопасности методов диагностики и лечения, описанных в протоколе

- купирование воспалительного процесса;
- сокращение дозы используемых ГКС;
- ускорение наступления клинической ремиссии;
- уменьшение системных проявлений.
- отсутствие осложнений на проводимую иммуносупрессивную терапию

III. ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ ВНЕДРЕНИЯ ПРОТОКОЛА

16. Разработчики:

- 1) Мырзабекова Г.Т. д.м.н., РГП на ПХВ «Алматинский государственный ГИУВ», заведующая кафедрой педиатрии
- 2) Мамбетова И.З., к.м.н., РГП на ПХВ «Казахский национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова», доцент кафедры амбулаторно-поликлинической педиатрии;
- 3) Худайбергенова М.С. – клинический фармаколог АО «Национальный научный медицинский центр».

17. Указание на отсутствие конфликта интересов: отсутствует

18. Рецензент:

Уразова С.Н. д.м.н., АО «Медицинский университет Астана». зав.кафедрой общей врачебной практики № 2.

19. Условия пересмотра протокола:

Пересмотр протокола через 3 года и/или при появлении новых методов диагностики и/или лечения с более высоким уровнем доказательности.

20. Список использованной литературы:

- 1) Turner D, Otley AR, Mack D, et al. Development, validation, and evaluation of a pediatric ulcerative colitis activity index: a prospective multicenter study. *Gastroenterology*. 2007;133:423-432.
- 2) Ford A., Moayyedi P., Hanauer S.B. Ulcerative colitis // *BMJ* 2013;346:f432 doi: 10.1136/bmj.f432.
- 3) Dignass A., Eliakim R., Maaser C., et al. Second European evidencebased Consensus on the diagnosis and management of UC: Definitions and diagnosis // *Journal of Crohn's and Colitis* (2012), <http://dx.doi.org/10.1016/j.crohns.2012.09.003>
- 4) Gert Van Assche, Dignass A, Panes J. The second European evidence based consensus on the diagnosis and management of Crohn's disease: Definitions and diagnosis, Current management// *Journal of Crohn's and Colitis*. – 2010. - №4. – P.28–62
- 5) Fumiaki Ueno, Toshiyuki Matsui, Takayuki Matsumoto. Evidencebased clinical practice guidelines for Crohn's disease, integrated with formal consensus of experts in Japan // *J Gastroenterol* (2013) 48:31–72 DOI 10.1007/s00535-012-0673-1.

- 6) XVII съезд педиатров России 17 февраля 2013 г. «Актуальные проблемы педиатрии». Школа по детской гастроэнтерологии и гепатологии. Рекомендации по диагностике и лечению язвенного колита у детей. Потапов А.С. НЦЗД.
- 7) B K Sandhu, J M E Fell, R M Beattie, S G Mitton et al. Guidelines for the Management of Inflammatory Bowel Disease (IBD) in Children in the United Kingdom //UK IBD Working Group on behalf of the British Society of Paediatric Gastroenterology Hepatology and Nutrition (BSPGHAN) October 2008; 10-18.
- 8) American Thoracic Society/Centers for Disease Control and Prevention/Infectious Diseases Society of America: controlling tuberculosis in the United States. Am J Respir Crit Care Med, 2005. 172(9): p. 1169-227.
- 9) Abreu M.T., Achkar, J.P. An evidence-based systematic review on medical therapies for inflammatory bowel disease//Am J Gastroenterol 2011; 106:S2 – S25; doi:10.1038/ajg.2011.58.