

ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫ ДЕНСАУЛЫҚ  
САҚТАУ МИНИСТРЛІГІ  
МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН

КЛИНИЧЕСКОЕ РУКОВОДСТВО  
ПО ВЕДЕНИЮ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ  
ЗАБОЛЕВАНИЙ КИШЕЧНИКА У ДЕТЕЙ  
(КРАТКАЯ ВЕРСИЯ)

ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУДЫ ДАМУ ТУ РЕСПУБЛИКАЛЫҚ ОРТАЛЫҒЫ  
СТАНДАРТТАУ ОРТАЛЫҒЫ

РЕСПУБЛИКАНСКИЙ ЦЕНТР РАЗВИТИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
ЦЕНТР СТАНДАРТИЗАЦИИ



Астана, 2012

**Руководство по ведению воспалительных  
заболеваний кишечника у детей  
(краткая версия)**

<b>Цель клинического руководства:</b>	предоставить руководство на доказательной основе по ведению и профилактике воспалительных заболеваний у детей.
<b>Список Рабочей группы по адаптации клинического руководства:</b>	<p>Сарсенбаева С.С. – директор центра мониторинга, анализа качества образования и научного сопровождения реформы медицинского образования, Казахский Национальный медицинский университет имени С.Д. Асфендиярова, д.м.н., доцент;</p> <p>Сатыбаева Р.Т. – доцент кафедры детских болезней, медицинский университет «Астана», к.м.н.;</p> <p>Карин Б.Т. - Заместитель главного врача родильного дома №3 г. Астана, главный внештатный неонатолог МЗ РК;</p> <p>Таукебаева Г.Б. – методолог по разработке клинических руководств и протоколов, Центр стандартизации, Республиканский центр развития здравоохранения.</p> <p>Костюк А.В. – руководитель Центра стандартизации, Республиканский центр развития здравоохранения, к.м.н., доцент.</p>
<b>Рецензенты</b>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Карсыбекова Л.М. – главный научный сотрудник Национального центра педиатрии и детской хирургии, профессор, д.м.н.</li><li>2. Тулеутаев Е.Т. – медицинский директор Национального научного центра материнства и детства, д.м.н.</li></ol>

*Клиническое руководство было утверждено на заседании Экспертной Комиссии по вопросам развития здравоохранения МЗ РК (протокол № 21 от «14» декабря 2012г.).*

Дата пересмотра руководства: при появлении новых доказанных данных по ведению воспалительных заболеваний кишечника у детей, но не реже чем 1 раз в 5 лет.

<b>Пользователи руководства:</b>	врачи педиатры, врачи общей практики, гастроэнтерологи, диетологи, неонатологи, руководители-менеджеры, средний медицинский персонал.
----------------------------------	---

<b>Категория пациентов:</b>	дети с признаками воспалительных заболеваний кишечника.
-----------------------------	---

<b>Ключевые слова:</b>	воспалительные заболевания кишечника, язвенный колит, Болезнь Крона
------------------------	---

### **Определения**

*Болезнь Крона (БК)* - это хроническое идиопатическое трансмуральное воспаление, которое может поражать один или несколько сегментов пищеварительного тракта на всем его протяжении.

*Язвенный колит (ЯК)* - это хроническое идиопатическое деструктивное воспаление слизистой оболочки толстой кишки, распространяющееся на её различную длину от дистального конца к проксимальному.

*Неспецифический колит (НК)* применяется в том случае, когда нет достаточно данных, чтобы дифференцировать между болезнью Крона и язвенным колитом.

## Рекомендации

### Клиническая картина

1. У детей с *язвенным колитом* частыми симптомами являются: кровопотери, диарея и боль в животе. Также отмечаются летаргия (вялость, апатичность, ступор) и анорексия. Потеря веса встречается у 1/3 пациентов, что меньше чем при болезни Крона. Одним из распространенных симптомов не связанных с ЖКТ является артропатия. Кожные проявления болезни встречаются очень редко. Тяжелые приступы язвенного колита до сих пор являются потенциально угрожающими для жизни состояниями. Течение болезни характеризуется обострениями и ремиссиями болезни!

2. Боль в животе, диарея и потеря в весе считаются «классической триадой» *болезни Крона*. Наряду с этим в последнее время на первый план выходят: сонливость, анорексия, дискомфорт в животе и отставание в росте.

3. У детей с неспецифическим колитом клиническая картина болезни в основном проявляется в виде колита.

### Исследования

4. Диагностика воспалительных заболеваний кишечника основывается на наличии характерной клинической картины и комбинации биохимических, эндоскопических, рентгенологических, гистологических или компьютерно-томографических методов исследования (рис. 1).

5. Диагноз *язвенного колита* устанавливается при выявлении типичных клинических признаков, подтвержденных соответствующей макроскопической картиной при колоноскопии, типичными гистологическими признаками при биопсии и отрицательным анализом кала на наличие инфекционного процесса

6. Диагностика болезни Крона направлена на выявление очаговых поражений с трансмуральным гранулематозным воспалением в слизистой оболочке кишечника с частотой от 40 до 60%



7. Полный анамнез должен включать в себя следующие сведения:

поездки в другие страны, прием медикаментов, особенности питания, семейный анамнез.

8. Особое внимание при осмотре необходимо уделить характеру стула: частота, консистенция, внезапные позывы на дефекацию, наличие крови, слизи, гноя в стуле. А также наличие боли в животе, недомоганию, лихорадке, потере в весе и симптомам, которые не связаны с ЖКТ: патология со стороны суставов, кожи, глаз.

9. Снижение количества гемоглобина и альбумина в сыворотке крови, повышение уровня маркеров воспаления (СРБ, СОЭ, тромбоциты) свидетельствуют о воспалительном заболевании кишечника

10. Для исключения инфекционной этиологии диареи проводится исследование кала на наличие патологической флоры и определение токсинов А и В *Clostridium difficile*

11. Идентификация возбудителя не всегда исключает диагноз воспалительного заболевания кишечника, так как первый эпизод болезни может проявляться после подтвержденной кишечной инфекции

12. Перинуклеарные антинейтрофильные цитоплазматические антитела положительны при язвенном колите, а анти-Saccharomyces cerevisiae антитела – при болезни Крона, но диагностическая чувствительность этих серологических маркеров находится в пределах 60-80%, поэтому их применение в клинической практике ограничено.

13. Анализ кала на каловый кальпротектин и лактоферрин применяется для скрининга и мониторинга активности заболевания, а так же способствует ограничению применения инвазивных исследований в педиатрической практике.

14. В идеале, всем детям с подозрением на воспалительное заболевание кишечника для определения гистологических изменений необходимо провести верхнюю и нижнюю гастроинтестинальную эндоскопию, желательна с интубацией терминальной подвздошной кишки и забором биопсийного материала со всех сегментов верхнего (пищевод, желудок, дуоденум) и нижнего отделов кишечного тракта (подвздошная кишка, слепая, восходящая ободочная, поперечная ободочная, нисходящая ободочная, сигмовидная, ректум).

15. При диагностике болезни Крона у детей проводится исследование с бариевым контрастом, которое может обнаружить вовлечение в патологический процесс тонкого кишечника

16. Выявление степени распространенности патологического процесса в кишечнике является определяющим моментом, который помогает поставить правильный диагноз в случае отсутствия патогномичных гистологических признаков. Гистологические доказательства болезни Крона в верхних отделах ЖКТ могут обнаруживаться в более чем 30% случаях

даже на фоне отсутствия симптомов поражения верхних отделов желудочно-кишечного тракта.

В противоположность к взрослым, более чем 90% детей с язвенным колитом имеют панколит, поэтому рекомендуется проводить полную колоноскопию. Сигмоидоскопия не имеет большой роли, кроме язвенного колита тяжелой степени, где риск перфорации кишечника превышает пользу, поэтому проведение манипуляции с податливым сигмоидоскопом является безопасным методом. Целесообразно отложить исследование до улучшения клинического состояния. Как только подтвержден диагноз гистологическим методом и определена площадь пораженных участков, можно выбирать соответствующее лечение.

17. Гистологическое исследование биоптатов терминальной подвздошной кишки помогает не только оценить распространение воспалительного процесса, но и исключить другие диагнозы (туберкулез, синдром Бехчета, лимфома, васкулит).

18. У детей из популяции с высоким риском развития туберкулеза ткань кишечника (биоптат) должна быть отправлена на посев на выявление палочки Коха.

19. УЗИ в опытных руках является чувствительным и неинвазивным методом, позволяющим определить утолщения стенок тонкого кишечника при болезни Крона и диагностировать абсцесс или свободную жидкость при перитонеуме.

КТ и, особенно, МРТ органов малого таза, к примеру, может помочь клиницисту определить активность заболевания и возможные осложнения.

20. Благодаря низкой радиационной экспозиции, МРТ тонкого кишечника может заменить контрастное исследование тонкого кишечника.

21. Лапароскопия может быть полезной в некоторых случаях, к примеру, когда подозревается туберкулез органов ЖКТ

### Общее лечение

22. Оценка эффективности лечения включает в себя наличие признаков симптоматического улучшения, прибавки в весе, и в дальнейшем - улучшение темпа роста ребенка, биохимическую ремиссию (снижение или исчезновение патологических маркеров воспаления в крови)

23. Пользу и риск любого лечения необходимо открыто обсудить с пациентом и членами его семьи, особенно в отношении назначения стероидов и иммуномодуляторов.

24. Достижение ремиссии при впервые выявленном заболевании или при развитии обострения:

в большинстве случаев выбор варианта лечения воспалительных заболеваний кишечника происходит между специальным энтеральным питанием и применением оральных кортикостероидов.

### Специальное энтеральное питание

<b>Уровень доказательности:</b>	<b>Высокий уровень доказательности</b>	<b>1+, 1-, 1-</b>
	<b>Убедительный уровень доказательности 2</b>	<b>2</b>
	<b>Не убедительный уровень доказательности</b>	<b>3</b>
	<b>Низкий уровень доказательности или отсутствие доказательств</b>	<b>4</b>
	<b>Рекомендации основанные на положительном клиническом опыте группы разработчиков клинического руководства (Good Practice Points)</b>	<b>GPP</b>
25. Специальное энтеральное питание является эффективным методом на первом этапе лечения при заболеваниях тонкого и толстого кишечника, вызывая ремиссию в 60-80% случаях		<b>GPP</b>





<p>26. Факторы, которые влияют на использование специального энтерального кормления включают: выбор пациента и его родителей, характер осложнений, вкусовые предпочтения больного, отсутствие осложнений при использовании кортикостероидов, потенциальная польза, в виде улучшения трофического статуса и темпа роста ребенка</p>	<p><b>GPP</b></p>
<p>27. Выбирают между полимерными (например, Modulen IBD, Alicalm) или элементными (например, EO28) видами питания. Оба вида питания между собой по эффективности отличаются незначительно. Оба вида питания доступны в различных вкусовых качествах и большинство предпочитают полимерное питание. При непереносимости вкуса, можно вводить через назогастральный зонд или через гастротомию.</p> <p>28. Продолжительность специального энтерального питания обычно 6 недель. Большинство детей нуждается в среднем в 120% от исходного поступления нутриентов, тем не менее, необходимо подбирать дозу согласно индивидуальным потребностям, также важна диетическая поддержка.</p>	<p><b>GPP</b></p>
<p>29. Обычные продукты питания могут быть осторожно повторно применены во время первой и третьей неделе курса лечебного питания и это зависит от симптомов пациента в данный период времени</p>	<p><b>GPP</b></p>
<p><b>Кортикостероиды</b></p>	
<p>30. Преднизолон из расчета 1-2 мг на кг массы тела в сутки (максимум 40 мг/сутки) является эффективным методом терапии первого ряда при воспалительных заболеваниях тонкого и толстого кишечника</p>	<p><b>1-</b></p>
<p>31. Лечение должно быть в полной дозе в течение 2-4 недель до достижения ремиссии</p>	<p><b>2-</b></p>

<p>32. В последующем доза преднизолона снижается в течение 4-8 недель в зависимости от ответа на лечение.</p> <p>33. Необходимо убедиться в адекватном потреблении кальция и витамина Д, если они поступают в недостаточном количестве, необходимо обеспечить поступление.</p> <p>34. При наличии у пациента гастрита необходимо рассмотреть применение для подавления желудочной кислотности ингибиторов насосов ионов водорода</p>	3
<i>Другие стратегии ведения</i>	
<p>35. <i>Антибиотики</i> метронидазол (7,5 мг/кг на 1 дозу три раза в сутки) ±ципрофлоксацин (5 мг/кг на 1 дозу два раза в сутки) при наличии воспалительных изменений в области ануса.</p>	3
<p>36. <i>Аминосалицилаты</i> в высоких дозах могут быть эффективны при легкой степени тяжести: месалазин 50-100 мг/кг в сутки, максимум 3-4 г/сут или сульфасалазин 40-60 мг/кг в сутки, максимум 3г/сут., можно повышать до 100 мг/кг в сутки, если нет ответа на лечение. Местное применение месалозина эффективно при легкой и средней степени левостороннего колита.</p>	1-
<p>Каждые 6 месяцев необходимо проводить регулярный мониторинг крови с целью контроля функций печени и почек.</p> <p>Будесонид 9 мг/сутки: менее эффективен чем преднизолон как препарат первого ряда при лечении изолированного поражения илеоцекального отдела, но он имеет несколько побочных эффектов.</p>	3

37. <i>Внутривенные стероиды</i> : гидрокортизон 2 мг/кг 4 раза в сутки, максимум 100 мг 4 раза в сутки, или метилпреднизолон 2 мг/кг 1 раз в день, максимум 60 мг/сут. Назначаются детям при тяжелой степени заболевания	
38. <i>Азатиоприн</i> может назначаться сразу (после определения уровня тиопуринметилтрансферазы - ТРМТ) при воспалительных заболеваниях кишечника с тяжелой степенью поражения. Длительность применения для достижения полного эффекта - по меньшей мере, в течение 3 месяцев.	3
39. <i>Хирургическое лечение</i> применяется при наличии таких осложнений как, абсцесс или фистула. Предварительно проводят МРТ органов таза, чтобы оценить распространенность поражения в перианальной области.	3
40. <i>Парентеральное питание</i> может потребоваться как поддержка питания пациентам с тяжелыми осложнениями	3
<b><i>Не поддающаяся лечению или резистентная форма болезни Крона</i></b>	
41. Пациенты, у которых стандартная терапия, включая применение внутривенных стероидов, не принесла результатов в достижении ремиссии, как при дебюте заболевания, так и во время последующих обострений, определяются как нереагирующие на лечение пациенты с болезнью Крона.	<b><i>GPP</i></b>
42. Азатиоприн (2-2,5 мг/кг в сутки) или 6-меркаптопурин (1-1,25 мг/кг в сутки) назначается после исследования уровня тиопуринметилтрансферазы в крови	3
43. Метотрексат- 15 мг/м <sup>2</sup> вводится подкожно один раз в неделю. Ремиссии обычно можно добиться через 4 недели, но дальнейшее улучшение будет наблюдаться только через 16 недель	3

<p>44. Инфликсимаб в следующей схеме: 5мг/кг на 1 дозу в недели 0-ю, 2-ю (<i>через 14 дней после 1-ой инъекции</i>) и 6-ю (<i>через 28 дней после 2-ой инъекции</i>), может быть эффективен у пациентов, заболевание которых не поддается лечению или отмечается непереносимость комбинации стероидов и иммуномодуляторов, а так же в тех случаях, когда не показано оперативное лечение. До применения инфликсимаба, должны быть исключены сепсис и туберкулез. Пациенты, к которым проводится иммуносупрессивная терапия, могут иметь ложно отрицательные результаты при проведении пробы Манту. До начала лечения инфликсимабом, пациент и его семья должны быть проконсультированы, включая риск малигнизации и должен быть получен письменное согласие.</p>	2-
<p>45. Оперативное лечение должна рассматриваться как вариант лечения при изолированном или очаговом поражении кишечника, развитии стриктур или фистул и в тех случаях, когда медикаментозная терапия является неэффективной</p>	3     <b>GPP</b>
<p>46. При болезни Крона оперативное лечение не является излечивающим методом, а направлено лишь на минимизацию активности и распространенности воспалительного процесса, лечение осложнений. Примерно 30% пациентов будут нуждаться в оперативном лечении в первые 10 лет заболевания и 70-80% пациентов в последующем.</p>	<b>GPP</b>
<i><b>Поддержание ремиссии при болезни Крона</b></i>	
<p>47. В случае сохранения высокой температуры и плохого состояния у ребенка после 48 часов от начала лечения, необходимо провести повторное обследование для выявления возможных осложнений.</p>	<b>GPP</b>

<p>48. <i>Азатиоприн</i> (2-2,5 мг/кг в сутки) или <i>6-меркаптопурин</i> (1-1,25 мг/кг в сутки) назначаются в качестве поддерживающей терапии в случаях:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- если обострение заболевания наступает раньше, чем через 6 месяцев;</li> <li>- обострения 2 и более раз в год с последующей успешной терапией;</li> <li>- всем гормонально зависимым пациентам;</li> <li>- в комплексном лечении в постоперационный период при фистулах;</li> <li>- при обширном поражении кишечника.</li> </ul>	3
<p>49. <i>Метотрексат</i> в дозе 15 мг/м<sup>2</sup> вводится подкожно раз в неделю.</p> <p>Если азатиоприн или 6-меркаптопурин неэффективны или плохо переносятся пациентом, для профилактики побочных эффектов со стороны органов пищеварения рекомендуется назначение фолиевой кислоты 5 мг через 24 часа после каждой дозы метотрексата</p>	1-  3
<p>50. Энтеральное питание может уменьшить риск обострений и способствует улучшению роста ребенка и трофический статус.</p>	2-
<p>51. 5-аминосалициловая кислота, месалазин: их применение играет незначительную роль в поддержании ремиссии, однако, отмечено преимущество препаратов в высоких дозах (50-100 мг/кг в сутки как переносимая) при легкой степени тяжести</p>	4
<p>52. Инфликсимаб: если ремиссия достигнута инфликсимабом, то возможно необходимо проведение поддерживающей терапии инфликсимабом (5 мг/кг в/в, курс 8 недель).</p> <p>При необходимости, можно повышать дозу (до 10mg/kg) если отсутствует эффект и при наличии эффекта, следует вернуться к более низкой дозе. Необходимо</p>	3

<p>рассмотреть проведение повторного обследования, чтобы исключить сепсис, стриктуры, и избыточного бактериального роста. Необходимо рассмотреть прекращения иммуносупрессивной терапии после 6 месяцев лечения (есть современные данные о развитии лимфомы при применении инфликсимаба, которые возможно связано с сопутствующим применением азатиоприна или 6-меркаптопурина). Каждый год проводится оценка состояния, для прекращения лечения с инфликсимабом. Если у пациента развивается повышенная чувствительность к инфликсимабу, то эти симптомы могут быть устранены или смягчены до применения инфликсимабом за счет внутривенного использования гидрокортизона с/без использования антигистаминных препаратов.</p>	
<p>53. <i>Альтернативное лечение с использованием ингибиторов фактора некроза опухоли –anti-TNF:</i> пациентам, изначально отвечавшим на инфликсимаб, но у которых в последующем сформировалась резистентность или непереносимость препарата, можно рекомендовать альтернативный вариант лечения ингибиторами фактора некроза опухоли (например, адалимумаб вводится подкожно в начальной дозе 80 мг, затем по 40 мг каждую неделю).</p>	3
<p>54. <i>Дополнительные способы лечения:</i> не существует достаточно доказательств преимуществ терапии пробиотиками, рыбьим жиром и Trichuris (гельминтотерапия) для поддержания ремиссии при болезни Крона.</p>	4
<p><i>Язвенной колит легкой степени или левосторонний</i></p>	
<p>55. Топическая форма месалазина: при диагностике легкого и менее протяженного поражения кишечника (средний левосторонний колит, изолированный ректит) назначают стероиды в жидкой форме, в виде пены или свеч в дозе 1-2 г ежедневно.</p>	1- 3

<p>56. Оральный месалазин (50-100 мг/кг в сутки, максимум 3-4 г/сут) или сульфасалазин (40-60 мг/кг в сутки, максимум 3 г/сут, при переносимости можно повышать дозу до 100 мг/кг в сутки).</p>	1-
<p>57. Оральные стероиды: преднизолон в дозе 1-2мг/кг в сутки (максимум 40 мг/сут) назначается пациентам, у которых препараты 5-аминосалициловой кислоты (+ топические агенты) неэффективны.</p>	1-
<p><i>Кортикостероиды средней и высокой силы</i></p>	
<p>58. Кортикостероиды: обычно применяется преднизолон в дозе 1-2 мг/кг в сутки (максимум 40 мг/сут). Лечение в полной дозе проводится в течение 2-4 недель до достижения ремиссии. Постепенно снижают дозу в течении 4-8 недель. Если происходит обострение заболевания во время снижения дозы, необходимо рассмотреть постепенное повышение дозы.</p>	3
<p><i>Стероиды средней силы и препараты 5-аминосалициловой кислоты</i></p>	
<p>59. Дети с тяжелым колитом должны госпитализироваться для проведения парентеральной (внутривенной) терапии и регулярного мониторинга температуры тела, частоты пульса, частоты стула, СРБ, ОАК, проведения обзорной рентгенографии брюшной полости на предмет выявления дилатации толстого кишечника.</p>	GPP
<p>60. Раннее хирургическое лечение является очень существенным моментом и лечение должно быть согласовано терапевтом и хирургом. Если требуется, необходимо рассмотреть применение внутривенной инфузии или гемотрансфузии. Хирургический осмотр направлен на диагностику токсического мегаколона (диаметр поперечной ободочной кишки более 5,5 см и/или более 9 см слепой</p>	GPP



кишки, данные взрослых пациентов) у пациентов в состоянии декомпенсации и которые нуждаются в ранней колэктомии.	
61. Если отмечается выраженная интоксикация или состояние ребенка очень тяжелое, необходимо каждый день проводить рентген исследование органов брюшной полости.	4
62. Внутривенное введение стероидов: гидрокортизон 2мг/кг 4 раза в день (максимальная доза 100 мг/кг 4 раза в день) или метилпреднизолон 2 мг/кг в сутки (максимум 60 мг/сут). Отсутствие ответа в течение 72 часов говорит о необходимости повышения дозы или колэктомии	
63. <i>Внутривенное введение антибиотиков</i> показано в случае подозрения наинфекционный процесс или по показаниям перед оперативным лечением (например, цефотаксим 50 мг/кг на 1 дозу 3 раза в сутки, метронидазол 7,5 мг/кг на 1дозу 3 раза в сутки).	4
64. <i>Внутривенное введение циклоспорина</i> в дозе 2-4 мг/кг в сутки (необходимо определение его уровня в крови, эффективность при 100-200 нг/мл) рекомендовано как временная мера пациентам, не отвечающим на стероиды, с целью отсрочки или избегания колэктомии.	3
65. Внутривенное введение инфликсимаба: есть ряд доказательств того, что инфликсимаб может рекомендоваться пациентам с острым тяжелым язвенным колитом, нереагирующим на терапию	3
<b><i>Поддержание ремиссии</i></b>	
66. Аминосалицилаты: поддерживающая терапия аминосалицилатами рекомендуется всем пациентам, однако клиницисты могут рекомендовать отмену пре	4

паратов у пациентов с легкими и дистальными поражениями кишечника с ремиссией более 2-х лет.	
67. Оральный месалазин в дозе 50-100 мг/кг в сутки, максимум 3 г/сут следует рекомендовать в качестве поддерживающей терапии первой линии (мониторинг функции печени и почек каждые 6 месяцев). Применение месалазина один раз в день лицензировано в Великобритании у взрослых пациентов.	4
68. Сульфасалазин 30-60 мг/кг в сутки применяется как альтернативное лечение, но может давать более серьезные побочные эффекты. Эффективен при артропатии.	4
69. Стероиды: надо учитывать, что стероидная терапия не играет роли в поддержании ремиссии.	4
70. Азатиоприн (2 мг/кг в сутки) или 6-меркаптопурин (1-1,25 мг/кг в сутки): следует назначать в качестве поддерживающей терапии пациентов, которых не удалось отучить от стероидов, при обострениях чаще, чем через 6 месяцев, обострениях 2 или более раз в год, не смотря на адекватную поддерживающую терапию 5-аминосалициловой кислотой.	3
71. Ведение детей с недетерминированным колитом такое же, как и пациентов с язвенным колитом. Периодическая переоценка гистологической картины и распространенности воспалительного процесса в кишечнике может изменить диагноз в сторону болезни Крона или язвенного колита.	<b>GPP</b>
<b>Объединяющие аспекты воспалительных заболеваний кишечника</b>	
72. Кормление является интегральной частью лечения детей с воспалительными заболеваниями кишечника и нутритивный статус должен быть оцениваться при	<b>GPP</b>

поступлении и в дальнейшем. Исключительно энтеральное питание меняет течение заболевания к лучшему у детей с болезнью Крона. Нутритивная поддержка должна рассматриваться как дополнительное лечение у пациентов с болезнью Крона или язвенным колитом. Возможно применение назогастрального или с помощью зонда через гастротомию кормления.

73. Темп роста является важным маркером состояния пациента

74. Рутинная оценка *физического развития* (вес, рост) и пубертатного статуса (по шкале Таннера) требуется как в момент манифестации, так и каждые 3-6 месяцев в течение заболевания.

75. Задержка темпа роста свидетельствует больше об недостаточном контроле болезни, а не о последствиях использования кортикостероидов.

76. У детей с болезнью Крона, с целью вызова ремиссии назначали энтеральное кормление, отмечалось улучшение темпа роста за короткий период, чем когда использовали кортикостероиды.

77. При поддержании у детей с болезнью Крона энтерального кормления или циклического энтерального кормления во время ремиссии, отмечалось улучшение темпа роста и способствовало поддержанию ремиссии.

78. У детей с болезнью Крона при локализации болезни и при недостаточном темпе роста и которые находятся в периоде полового созревания, отмечается выраженный рост пострезекционного сегмента.

79. Тесное сотрудничество с врачом эндокринологом, когда отмечается задержка темпа роста, является важным моментом при лечении таких детей.

GPP

80. У детей с болезнью Крона в диагнозе может быть представлена остеопения. Денситометрия может быть использована для определения плотности костей, но это не является рутинным методом.	<b>GPP</b>
81. Улучшение нутритивного статуса способствует улучшению костной системы. 82. Роль рутинного назначения препаратов кальция и витамина до сих пор не ясна. Поддержку кальцием и витамином Д следует рекомендовать детям со значительными трофическими нарушениями в критические моменты пубертата и во время стероидной терапии 83. При тяжелой остеопении необходимо консультация эндокринолога и ревматолога.	<b>GPP</b>
<b>Тактика при болевом синдроме</b>	
84. Немногие пациенты требуют длительной анальгезии. Наличие выраженного болевого синдрома может указывать на плохой контроль заболевания или осложнения, которые нуждаются в идентификации (например, риск перфорации кишечника).	<b>GPP</b>
85. Адекватное ведение боли очень важно, тем не менее, некоторые дети требуют регулярной анальгезии.	<b>GPP</b>

<b>Индикаторы мониторинга/ аудита</b>	<b>Ссылки на определенные рекомендации</b>
1. % детей с воспалительными заболеваниями тонкого и толстого кишечника, которым в качестве первого этапа лечения был назначен преднизолон из расчета 1-2 мг на кг массы тела в сутки	Рекомендация 29

<p><i>Формула:</i>  (количество детей с воспалительными заболеваниями тонкого и толстого кишечника, которым в качестве первой линии лечения был назначен преднизолон из расчета 1-2 мг на кг массы тела в сутки /все дети с воспалительными заболеваниями тонкого и толстого кишечника, поступившие в стационар за отчетный период) X100%</p> <p>Источник данных: история болезни  Частота определения: 1 раз в год  Показатель должен стремиться к 100%</p>	
<p>2. % детей с воспалительными заболеваниями кишечника (ВЗК) поступивших в стационар, которым в отделении была проведено эндоскопическое исследование (верхних отделов ЖКТ или илюкоколоноскопия) с взятием биоптатов для проведения гистологического исследования.</p> <p><i>Формула:</i>  (дети с подозрением на ВЗК, которым в отделении проведено эндоскопическое исследование с взятием биоптатов для проведения гистологического исследования/все дети с ВЗК, поступившие в стационар за отчетный период) X100%</p> <p>Источник данных: история болезни  Частота определения: раз в пол года  Показатель должен стремиться к 100%</p>	<p>Рекомендация 14</p>
<p>3. % детей с диспепсическим и интоксикационным симптомокомплексом (диарея, боль в животе, повышение температуры тела, гемколит), которым врачами поликлиники проведены первоначальные лабораторные исследования (определение гемоглобина, тромбоцитов, СОЭ, С-реактивного белка, альбумина).</p>	<p>Рекомендация 9</p>

<p><i>Формула:</i> дети, которым врачами поликлиники проведены первоначальные лабораторные исследования с целью исключения инфекционной этиологии и выявления ВЗК/все дети, обратившиеся в поликлинику с комплексом жалоб, включающих диарею, боль в животе, гемколит X 100%</p> <p>Источник данных: амбулаторная карта Частота определения: раз в пол года Показатель должен стремиться к 100%</p>	
<p>4. % детей с ВЗК, которым назначено специальное энтеральное питание на период не менее 6-ти недель</p> <p><i>Формула:</i> (дети с ВЗК, которым назначено специальное энтеральное питание на период не менее 6-ти недель) / (все дети, которые получали амбулаторное и стационарное лечение по поводу ВЗК за отчетный период) X100%</p> <p>Источник данных: амбулаторная карта и история болезни Частота определения: раз в полгода Показатель должен стремиться к 100%</p>	<p>Рекомендация 25-27</p>

### Методология

При поддержке консультантов канадской консалтинговой компании CSIH был произведен поиск соответствующего клинического руководства в международных медицинских базах данных. При выборе нескольких клинических руководств консультантами проведена экспертиза и оценка их при помощи инструмента AGREE. На основании результатов оценки было рекомендовано клиническое руководство «Guidelines for the Management of Inflammatory Bowel Disease in Children in the United Kingdom», разработанное Behalf of the IBD Working

Group of the British Society of Paediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition для адаптации рабочей группой в Казахстане. В процессе проведения адаптации были просмотрены все рекомендации клинического руководства и принято решение о возможности сохранения, модификации или отклонения рекомендаций для соответствия потребностям и контексту внедрения в Казахстане.

#### **Ссылки**

[www.rcrz.kz](http://www.rcrz.kz)

<http://www.hspghan.org.uk/documents/IBDGuidelines.pdf>

[http://journals.lww.com/jpgn/Fulltext/2010/02001/Guidelines\\_for\\_the\\_Management\\_of\\_Inflammatory.1.aspx](http://journals.lww.com/jpgn/Fulltext/2010/02001/Guidelines_for_the_Management_of_Inflammatory.1.aspx)