

ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫ ДЕНСАУЛЫҚ
САҚТАУ МИНИСТРАІГІ
МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН

**ВЕДЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ
С НЕСПЕЦИФИЧЕСКИМ
ЯЗВЕННЫМ КОЛИТОМ
(краткая версия)**

ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУДЫ ДАМУ ТУ РЕСПУБЛИКАЛЫҚ ОРТАЛЫҒЫ
СТАНДАРТТАУ ОРТАЛЫҒЫ

РЕСПУБЛИКАНСКИЙ ЦЕНТР РАЗВИТИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
ЦЕНТР СТАНДАРТИЗАЦИИ



Астана, 2013

Ведение пациентов с неспецифическим язвенным колитом
(краткая версия)

Цель клинического руководства:	Руководство предназначено для использования врачами и другими работниками здравоохранения при ведении пациентов с язвенным колитом и болезнью Крона в свете недавних принципов, опубликованных NICE и департаментом стандартов ведения неспецифического язвенного колита.
Список Рабочей группы по адаптации клинического руководства:	1. Бектаева Р. Р. – д.м.н., заведующая кафедрой гастроэнтерологии АО «Медицинский университет Астана». 2. Адрисова К.С. – к.м.н., доцент кафедры гастроэнтерологии АО «Медицинский университет Астана». 3. Колос Е.Н. – к.м.н., доцент кафедры гастроэнтерологии АО «Медицинский университет Астана».
Рецензенты:	1. Рахметова В.С. – д.м.н., Главный внештатный гастроэнтеролог (гепатолог) УЗ г. Астана. 2. Калиаскарова К.С. – д.м.н., профессор, руководитель отдела гепатологии Национального научного медицинского центра, вице-президент Казахской ассоциации гепатологов, главный гепатолог МЗ РК.

Клиническое руководство было утверждено на заседании Экспертного Совета МЗ РК (протокол № 21 от «14»

декабря 2012г.).

Дата пересмотра руководства: при появлении новых доказанных данных по ведению пациентов с подтверждённым диагнозом неспецифического язвенного колита, но не реже чем 1 раз в 3 года.

Пользователи руководства:

Семейные врачи,
гастроэнтерологи

Категория пациентов:

Взрослые пациенты с неспецифическим язвенным колитом

Ключевые слова:

Неспецифический язвенный колит

Рекомендации

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1.1 Источники поддержки и образования пациентов

1.1.1 Всем пациентам должна быть доступна письменная информация о неспецифическом язвенном колите (далее – НЯК) в поликлиниках, отделениях, эндоскопических кабинетах (НЯК стандарт D1).

1.1.2 Больницы, вовлеченные в обслуживание пациентов с НЯК, должны планировать деятельность на несколько лет вперёд, чтобы соответствовать Стандартам Службы НЯК (EL5, RG D).

1.1.3 Пациент с НЯК должен наблюдаться мультидисциплинарной группой, состоящей из гастроэнтеролога, хирурга, диетолога, фармацевта, патоморфолога, радиолога и медицинской сестры. (НЯК

стандарт А1).

1.1.4 Мультидисциплинарная группа должна работать во взаимодействии со следующими специалистами: физиолог, ревматолог, офтальмолог, дерматолог, акушер-гинеколог (НЯК стандарт А2).

1.1.5 Мультидисциплинарная группа должна проводить регулярные встречи для обсуждения тактики ведения пациентов.

1.2 Методы лучевой диагностики

1.2.1 Лучевая диагностика может быть полезной в диагностике, оценке длительности и тяжести заболевания, а также наличии различных осложнений.

1.2.2 Не рекомендуется изолированное использование ультразвукового исследования (УЗИ) с целью оценки состояния кишечника.

1.2.3 Магнито-резонансная томография (МРТ) предоставляет информацию об активности заболевания и может быть полезной при дифференциальной диагностике между воспалением и фиброзными стриктурами.

1.2.4 Компьютерная томография (КТ) кишечника обеспечивает схожую с МРТ информацию. Это традиционно «золотой стандарт» для определения экстрамуральных осложнений, особенно формирования абсцесса.

1.2.5 Исследование с применением бариевой смеси (контрастная рентгенография) имеет лучшую чувствительность, чем кроссекционные техники при малозаметном раннем мукозном заболевании, хотя при

установленном и/или запущенном течении заболевания могут давать идентичную с КТ и МРТ картину.

1.2.6 Обзорная рентгенография брюшной полости – основной вид исследования пациента с подозрением на НЯК: она исключает дилатацию толстого кишечника и может помочь в оценке распространённости заболевания при язвенном колите или определить проксимальную непроходимость.

1.2.7 Использование методов лучевой диагностики может быть ограничено доступностью технологии квалификацией специалистов. В целом, объём лучевой нагрузки должен быть минимизирован.

1.2.8 Для диагностики патологии тонкого кишечника предпочтительно использование МРТ, при условии её доступности. (EL 2b).

1.2.9 Все пациенты должны иметь классифицированный фенотип их заболевания согласно Монреальской Классификации (EL 5, RG D).

1.2.10 Врачи должны быть обеспечены клиническими протоколами/алгоритмами для быстрой диагностики нового случая НЯК.

1.2.11 Вес и индекс массы тела пациента должен измеряться при каждом его посещении.

1.2.12 Срок ожидания рентгенологических/эндоскопических исследований пациентами на амбулаторном этапе не должен превышать 4-х недель.

1.2.13 Пациенты, находящиеся на стационарном лечении с тяжелым течением заболевания должны ожидать

проведения необходимых исследований не более 24 часов.

1.2.14 В случае необходимости проведения биопсии, её следует назначить в течение 2-5 дней после обращения пациента.

2. ВЕДЕНИЕ ЯЗВЕННОГО КОЛИТА

2.1 Лечение активного (левостороннего или распространенного) язвенного колита

2.1.1 Месалазин 2,4-4,8 г *per os* ежедневно или балсалазин 6,75 г ежедневно являются эффективной терапией первой линии для легкого и средне-тяжелого течения заболевания (EL 1a, RG). Месалазин в суппозиториях в комбинации с таблетированным месалазином более 2 г/день более эффективен, чем только энтеральный приём, как при левостороннем (EL 1b, RG B), так и при распространенном (EL 1b, RG A) колите.

2.1.2 Однократный прием в день месалазина, по меньшей мере, так же эффективен, как и два и три раза в день.

2.1.3 Преднизолон 20-40 мг в день подходит тем пациентам, у которых заболевание имеет умеренную активность, а также в случае, если назначение месалазина в соответствующих дозировках не принесло эффекта (EL 1b, RG C).

2.1.4 Преднизолон следует отменять постепенно (в течение 8 недель) в соответствии с тяжестью состояния и ответом пациента на лечение. Более быстрое снижение дозы преднизолона может повлечь за собой ранний рецидив.

2.2 Ведение пациентов с острым тяжелым язвенным колитом

2.2.1 Поступающие пациенты с подозрением на НЯК или уже установленным диагнозом, должны быть осмотрены и переведены под наблюдение гастроэнтеролога (колоректального хирурга) в течение 24 часов после поступления.

2.2.2 В случае отсутствия в медицинской организации узкоспециализированного колоректального хирурга, должен быть решён вопрос о переводе пациента в соответствующее отделение другой медицинской организации.

2.2.3 У всех пациентов должна быть измерена масса тела и оценён их нутритивный статус (НЯК стандарт A10). Если у пациента есть нутритивные нарушения, то энтеральный приём пищи связан с меньшими осложнениями, чем парентеральный при остром колите.

2.2.4 Пациентам с НЯК должны быть проведены следующие лабораторные исследования: общий анализ крови, мочи, анализ на электролиты, биохимический анализ крови, альбумин сыворотки, глюкоза и С-реактивный белок, уровень железа, витамина В12.

2.2.5 Любое ухудшение клинической, лабораторной или рентгенологической картины требуют немедленного проведения колэктомии.

2.2.6 Ректороманоскопия и биопсия должны быть доступны в течение 72 часов (в идеале в течение 24 часов), гистологическая диагностика – в течение 5 дней, чтобы подтвердить диагноз и исключить цитомегаловирусную инфекцию (НЯК стандарт A9).

2.2.7 Физикальный осмотр необходимо проводить ежедневно для оценки напряжения передней брюшной стенки. (EL5, RG D).

2.3 Поддержание ремиссии при язвенном колите

2.3.1 Пациенты с язвенным колитом должны в норме получать поддерживающую терапию аminosалицилатами, азатиоприном или меркаптопурином, чтобы снизить риск рецидива.

2.3.2 Месалазин 1,2-2,0 г в день peros или балсалазин 4,0 г в день должны рассматриваться, как терапия первой линии (EL1b, RG A).

2.3.3 Месалазин в суппозиториях 1,0 г ежедневно может быть назначен пациентам с поражением дистального отдела кишечника с/без назначения месалазина peros (EL1b, RG B).

2.3.4 Пациентам на поддерживающей терапии аminosалицилатами рекомендуется проводить ежегодный анализ уровня креатинина, хотя, нет доказательств, что мониторинг необходим или эффективен в предупреждении повреждения почек. Аminosалицилаты должны быть отменены, если наблюдается нарушение функции почек.

2.3.5 Долгосрочное лечение стероидами не приемлемо. Если стероиды не могут быть отменены, то следует рассмотреть возможность проведения оперативного лечения.

2.3.6 Азатиоприн 2,0-2,5 мг/кг/день или меркаптопурин 0,75-1,5 мг/кг/день – препараты первой линии выбора при стероид-зависимом заболевании. Азатиоприн значительно более эффективен, чем месалазин при индукции клинической и эндоскопической ремиссии в лечении стероид-зависимого язвенного колита (EL1b, RG A). Эти препараты должны быть назначены в следующих ситуациях:

- любым пациентам, которые имеют тяжелый рецидив или часто рецидивирующее течение заболевания;
- пациентам, которые требуют 2 или более курсов кортикостероидов в течение 12 месячного периода;
- пациентам, которые дают рецидив при снижении дозы стероидов ниже 15 мг;
- пациентам, у которых наблюдается рецидив в течение 6 месяцев после отмены стероидов;
- пациентам после курса циклоспорина для индукции ремиссии тяжелого язвенного колита.

2.3.7 Всем пациентам следует измерять тиопуриновую метилтрансферазу (TPMT) до начала назначения тиопуринов, в основном, чтобы избежать назначения пациентам с не функционирующей TPMT, у которых назначение тиопуринов может оказаться фатальным (EL4, RG B).

2.3.8 Для пациентов в ремиссии отмена препаратов может быть произведена после 4 лет полной ремиссии (EL2, RG C), но определённый эффект от лечения сохраняется даже после 6 лет (EL1b, RG B). Преимущества и риски продолжающейся тиопуриновой терапии должны обсуждаться с отдельными пациентами.

2.3.9 Метотрексат может быть рекомендован пациентам, которые не отвечают на терапию или не переносят тиопурины (EL4, RGC). Оптимальная длительность терапии не установлена.

2.3.10 Если назначение иммуносупрессоров первой линии оказалось не эффективным, (предпочтения пациента, фертильность, возраст пациента и распространенность заболевания) нужно принять во внимание и обсудить подходящую терапевтическую стратегию для достижения ремиссии без назначения иммуносупрессивной терапии, однако, в данном случае велик риск необходимости проведения оперативного вмешательства.

2.4 Оперативное лечение язвенного колита

2.4.1 Хирургические отделения, проводящие оперативное лечение НЯК, должны проводить, по меньшей мере, 10 операций в год (EL5, RG D).

2.4.2 Важна опытная гистологическая оценка перед операцией.

2.4.3 Оперативное вмешательство при НЯК должно проводиться колоректальным хирургом в отделении, в котором эти операции проводятся регулярно.

2.5 Паучит

2.5.1 Диагноз паучита должен в норме быть выставлен на основе клинических, эндоскопических и гистологических критериев (EL1a, RG A).

2.5.2 Метронидазол 400 мг три раза в день (EL1a, RG A) или ципрофлоксацин 250 мг два раза в сутки (EL1b, RG B) в течение 2 недель – это терапия первой линии выбора

при паучите.

2.5.3 Долгосрочно метронидазол в низких дозах или ципрофлоксацин потенциально эффективны при хроническом паучите (RG B).

2.6 Ведение пациентов с активным проктитом

2.6.1 При легком, средне-тяжелом течении заболевания месалазин в суппозиториях 1,0-2,0 г ежедневно может быть эффективен в виде монотерапии. В комбинации с оральным месалазином 2,0-4,0 г в день, или балсалазином 6,75 г в день могут быть полезными в случаях резистентности (EL1b, RG B).

2.6.2 Кортикостероиды в суппозиториях менее эффективны, чем месалазин, и должны рассматриваться, как вторая линия терапии для пациентов, не отвечающих на назначение месалазина в суппозиториях (EL 1b, RG B).

2.6.3 Пациенты, у которых не был получен эффект от приёма месалазина для энтерального приёма, либо с месалазином в суппозиториях должны лечиться преднизолоном per os 40,0 мг ежедневно. Препараты в суппозиториях могут использоваться, как дополнительная терапия в этих ситуациях (EL1b, RG A).

2.6.4 При ведении проксимальной фекальной нагрузки, связанной с дистальным колитом, не стимулирующие осмотические слабительные более предпочтительны.

3. ВЕДЕНИЕ БОЛЕЗНИ КРОНА

3.1 Активное илеальное, илео-толстокишечное или толстокишечное течение болезни Крона

3.1.1 Начальное лечение активного илеального или илео-

толстокишечного течения болезни Крона должно быть назначено с учетом тяжести заболевания и принимать во внимание мнение пациента.

3.1.2 Для пациентов с умеренно активным заболеванием, требующим лечения, подходят оральные кортикостероиды такие, как преднизолон 20-40 мг, или будесонид 9 мг ежедневно (EL1a). Дозировка преднизолона должна снижаться постепенно в соответствии с тяжестью и ответом пациента на проводимую терапию, в общем, в течение 8 недель. Более быстрое снижение может спровоцировать раннее развитие рецидива. Будесонид 9 мг в день подходит пациентам с изолированным поражением илео-цекальной области с умеренной активностью.

3.1.3 Развитие побочных эффектов при отмене кортикостероидов случается довольно часто, что в дальнейшем может потребовать дополнительного фармакологического вмешательства.

3.1.4 У пациентов с высокой активностью болезни Крона или устойчивостью к кортикостероидам, терапия анти-ФНО может использоваться при ремиссии и назначением дальнейшей поддерживающей терапии.

3.1.5 Азатиоприн, меркаптопурин и метотрексат эффективны в индукции ремиссии, но каждый ограничен временем ответа, побочными эффектами и неясностями в отношении отмены препарата (EL1b, RG A).

3.1.6 Доступ к диетологу должен быть у всех пациентов с НЯК (Стандарт A5).

3.1.7 Оценка нутритивного статуса должна проводиться при диагностике и каждой госпитализации. Подростки должны проходить регулярный мониторинг роста и веса по центральным таблицам и каждые 6 месяцев – оценку пубертатного статуса (стандарт A10).

3.2 Поддержание ремиссии

3.2.1 Азатиоприн или меркаптопурин должны назначаться в качестве терапии первой линии в следующих ситуациях:

- пациентам, у которых наблюдаются тяжелые рецидивы или часто рецидивирующее течение заболевания;
- пациентам, требующим два или более курсов кортикостероидов в течение года;
- пациентам, у которых наблюдаются рецидивы в случаях, когда доза стероидов снижается ниже 15 мг.

3.2.2 Метотрексат эффективен у пациентов, активность заболевания которых снижается при приеме метотрексата (EL1b, RG A). Подходит тем, у кого есть непереносимость или нет ответа на назначение тиопуринов (EL2, RG B).

3.2.3 Анти-ФНО терапия эффективна в поддержании ремиссии при болезни Крона (EL1a, RG A). Лучше использовать как часть терапевтической стратегии, включая иммуномодуляторы, если другие варианты, включая операцию, обсуждались с пациентом. Лечение адалимумабом или инфликсимабом должно назначаться только врачами с опытом ведения болезни Крона на анти-ФНО терапии (<http://guidance.nice.org.uk/TA187>).

3.3 Назначение анти-ФНО терапии

3.3.1 Для инфликсимаба показаны следующие режимы дозирования:

- доза 5 мг/кг инфликсимаба используется как нагрузочная доза на 2 и 6 неделях;
- если нет доказательств начального ответа после двух доз, пересмотреть всю тактику медикаментозного и хирургического лечения пациента. Переводить на адалимумаб или увеличивать дозу до 10 мг/кг нужно с осторожностью, так как данные в пользу этих стратегий слабые (EL4, степень C).
- если есть данные начального ответа, то обычно подойдет плановая поддерживающая терапия. Сначала она дается с интервалом в 8 недель (EL1b, RG B). Если ответ на проводимое лечение не выражен, то утвержденная стратегия – сокращать интервалы инфузии (сначала до 6 недель, не чаще, чем каждые 4 недели) или усилить дозу

3.3.2 Инфликсимаб следует использовать для лечения болезни Крона с наличием фистул только после подтверждения, что все очаги инфекции активно дренируются; это требует соответствующих кросс-секционных снимков (например, МРТ таза) и тесного

3.3.3 Предварительное дозирование гидрокортизона обычно не требуется с рекомендованной плановой поддерживающей терапией инфликсимабом.

3.3.4 Начальная инфузия инфликсимаба должна проводиться в течение 2 часов с тщательным мониторингом обученным персоналом. Последующие дозы могут вводиться в течение 1 часа (EL4, RG D).

3.3.5 Если повторное лечение инфликсимабом требуется после значительного «отдыха от препарата» (более 12 месяцев) после начальной терапии инфликсимабом, необходимо будет предусмотреть развитие реакции на инфузию, либо рассмотреть перевод на альтернативные препараты (например, адалимумаб) (EL5, RG D).

3.3.6 Для адалимумаба режим индукции может быть 80 мг/40 мг подкожно, или 160 мг/80 мг (EL1b, степень B). 80 мг/40 мг нагрузочный режим связан с более высокими требованиями для повышения последующих доз (EL4, степень C). Альтернативные 160/80 мг могут быть более эффективными у пациентов, у которых не наблюдается ответ на лечение инфликсимабом (EL2, степень C):

- поддерживающая терапия – 40 мг раз в две недели
- если ответ на проводимое лечение не выражен, то увеличивать до 40 мг каждую неделю.

Если ответ на проводимое лечение выражен, можно снизить дозу до 40 мг раз в две недели (EL5, RG D).

3.3.7 При лечении адалимумабом пациент или родственники/ухаживающие должны быть обучены соответствующей технике инъекций практикующей медицинской сестрой. Пациентам должны даваться четкие рекомендации о интеркуррентных заболеваниях (особенно инфекциях), когда отложить терапию и с кем связаться при развитии осложнений.

3.3.8 Наличие демиелинизирующих заболеваний или неврита зрительного нерва в анамнезе – относительные противопоказания для анти-ФНО терапии (EL2b, RG C). У пациентов с семейным анамнезом демиелинизации, терапия анти-ФНО должна назначаться с осторожностью.

3.3.9 Назначение анти-ФНО терапии во время беременности должно осуществляться только после обсуждения возможных рисков с пациенткой (и партнером). Также следует учитывать риск активизации

3.3.10 Анти-ФНО терапия должна назначаться с осторожностью пожилым пациентам (старше 65 лет) со значительным стажем курения. При назначении рекомендуется проведение рентгенографии грудной клетки каждые 6-12 месяцев (EL2b, RG C).

3.3.11 Анти-ФНО терапия должна назначаться с большой осторожностью пациентам с онкологическими заболеваниями в анамнезе.

3.3.12 Рекомендуется избегать назначения анти-ФНО терапии пациентам с застойной сердечной недостаточностью (EL2, RG B). Пожилых пациентов или тех, у кого уже была ишемическая болезнь сердца, следует обследовать на наличие сердечной

3.4 Периаанальная болезнь Крона

3.4.1 Метронидазол 400 мг три раза в день и/или ципрофлоксацин 500 мг 2 раза в сутки – терапия первой линии при простой периаанальной фистуле (EL4, RG D).

3.4.2 Азатиоприн 2-2.5 мг/кг/день или меркаптопурин 0,75-1,5 мг/кг/день потенциально эффективен при простой периаанальной фистуле или кожно-брюшной фистуле, когда дистальная обструкция и абсцесс были исключены (EL4, RG D).

3.4.3 Анти-ФНО терапия может назначаться пациентам с тяжелой периаанальной или кожно-брюшной фистулой или пациентам, устойчивым к другим видам лечения и

следует использовать как часть стратегии лечения, которая включает назначение иммуносупрессоров и проведение хирургического лечения.

3.5 Рекомендации по операции при болезни Крона

3.5.1 В предоперационном периоде необходимо провести оценку состояния пациента, она может включать в себя направление к признанному специалисту в области диагностики и лечения НЯК.

3.5.2 Операция при НЯК должна проводиться колоректальным хирургом, имеющим опыт хирургического лечения НЯК.

3.6 Энтеро-гинекологическая фистула

3.6.1 Низкая анально-влагалищная фистула может быть почти асимптоматичной и не нуждаться в хирургическом лечении (EL5, RG D).

3.6.2 Если у пациента симптоматическая фистула, то обычно в данном случае необходима операция (включая отведение стомы) (EL5, RG D).

3.6.3 Ректо-вагинальная фистула, не поддающаяся консервативной терапии, должна быть прооперирована с ползущим лоскутом и/или отведением стомы (EL5, RG D).

3.7 Тонкокишечно-мочепузырная фистула

3.7.1 При тонкокишечно-мочепузырной фистуле предпочтительно проведение хирургического лечения (EL5, RG D). Только пациенты с высоким риском (после множества операций и/или укороченном кишечнике) должны получать медикаментозную терапию. (EL5, RG D).

3.8 Кожно-брюшная фистула

3.8.1 Первичный кожно-брюшной свищ может лечиться медикаментозно, но в дальнейшем должно будет проведено хирургическое вмешательство (с резекцией пораженного сегмента кишечника) (EL5, RG D).

4. ВЕДЕНИЕ НЯК ПРИ СОПУТСТВУЮЩИХ СОСТОЯНИЯХ

4.1 Рекомендации по ведению НЯК при беременности

4.1.1 Гастроэнтеролог и акушер-гинеколог должны совместно вести беременную женщину с НЯК.

4.1.2 Поддержание адекватного контроля заболевания во время беременности важно как для здоровья матери, так и для развития плода. Если беременность планируется, то пациентке нужно рекомендовать зачатие во время ремиссии и советовать продолжать приём поддерживающих препаратов. Перед зачатием пациентка должна иметь хороший нутритивный статус и принимать фолаты.

4.1.3 Проведение сигмоидоскопии может быть рекомендовано, если полученная информация окажет влияние на тактику ведения пациентки.

4.1.4 Беременные пациентки с острым тяжелым колитом или с другим угрожающим жизни осложнением заболевания должны вестись так же, как и небеременные пациенты, включая проведение рентгенографии брюшной полости.

4.1.5 Метод родоразрешения следует внимательно обсудить. Пациентам с перианальной болезнью Крона или

илео-анальной сформированной сумкой лучше провести Кесарево сечение, чтобы избежать риска повреждения анального сфинктера.

4.1.6 Абсолютные показания для операции не изменяются при беременности и операция должна быть отложена только в тех случаях, когда агрессивная медикаментозная терапия может положительно сказаться на созревании плода.

4.1.7 Резекция кишечника должна быть закончена наложением нефункционирующей стомы. Наложения первичного анастомоза лучше избегать.

4.2 Рекомендации по препаратам, используемым вовремя беременности

4.2.1 Сульфазалазин следует отменить в случае подозрения на неонатальный гемолиз.

4.2.2 Азатиоприн следует продолжать принимать во время беременности, так как риски для плода от активности заболевания оказываются выше, чем от продолжающейся терапии. Дети, рожденные от матерей, получающих азатиоприн, могут иметь меньший вес при рождении.

4.2.3 Кортикостероиды могут использоваться при активном течении заболевания, так как риски для беременности от активности заболевания выше, чем от продолжающейся терапии.

4.2.4 Метотрексат абсолютно противопоказан беременным женщинам.

4.2.5 Врачи должны проявлять осторожность, при назначении анти-ФНО терапии у беременных пациенток с

НЯК. Перспектива зачатия ребёнка должна обсуждаться с женщинами детородного возраста в начале назначения анти-ФНО терапии. Если пациентка, уже получающая терапию, становится беременной, лечение нужно остановить после второго триместра.

4.3 Остеопороз и остеопения.

4.3.1 В случае лечения системными стероидами, рекомендуется поддерживающее назначение кальция и витамина Д.

4.3.2 Одновременное назначение биофосфатов со стероидами рекомендуется пациентам старше 65 лет или пациентам с остеопорозом/остеопенией. Кроме того, биофосфаты следует назначать пациентам, принимающим стероидные препараты (EL4, RG C).

4.4 Вакцинация

4.4.1 Пациентам, получающим иммуносупрессивную терапию, рекомендуется проведение вакцинации против вируса гриппа, пневмококковой инфекции и вируса папилломы человека (женщинам). Рекомендуется ежегодное проведение ревакцинации против вируса гриппа и через 3 года – против пневмококка.

4.4.2 Вакцинация против вируса гепатита В должна проводиться до назначения иммуносупрессивной или анти-ФНО терапии.

4.4.3 Следует избегать назначения живых вакцин пациентам, принимающим иммуносупрессоры или стероидные препараты (корь+краснуха+паротит, полиомиелит, желтая лихорадка, БЦЖ и т.д.).

4.4.4 Вакцинация против варицеллы до лечения стероидами или иммуносупрессантами сейчас возможна и была рекомендована в Европе и США у неиммунизированных пациентов.

4.4.5 Анамнез перенесённых инфекции и проведённых вакцинаций должен быть собран у всех пациентов с НЯК (EL5, RG D).

4.4.6 Вакцинация против вируса гриппа и пневмококка должна быть предложена всем пациентам с НЯК, принимающим иммуносупрессанты.

4.5 Психологические аспекты

4.5.1 Пациентам с НЯК в случае необходимости должна быть доступна психологическая помощь (стандарт НЯК A2).

Индикаторы мониторинга/ аудита	Ссылки на определённые рекомендации
<p>1. % лиц, страдающих НЯК, которым была проведена контрастная рентгенография. Формула: (%лиц , страдающих НЯК, которым была проведена контрастная рентгенография) / (все лица, страдающие гепатитом НЯК). Источник данных: амбулаторная карта. Частота определения: раз в полгода. Показатель должен стремиться к 100%.</p>	<p>Рекомендация 1.2.5</p>

<p>2. % лиц, страдающих НЯК, которым была проведена обзорная рентгенография брюшной полости. Формула: (% лиц, страдающих НЯК, которым была проведена обзорная рентгенография брюшной полости) / (все лица, страдающие гепатитом НЯК). Источник данных: амбулаторная карта. Частота определения: раз в полгода. Показатель должен стремиться к 100%.</p>	<p>Рекомендация 1.2.7</p>
<p>3. % лиц, страдающих НЯК, которым был назначен месалазин. Формула: (% лиц, страдающих НЯК, которым был назначен месалазин) / (все лица, страдающие гепатитом НЯК). Источник данных: амбулаторная карта. Частота определения: раз в полгода. Показатель должен стремиться к 100%.</p>	<p>Рекомендация 2.1.1</p>
<p>Методология</p>	
<p>При поддержке консультантов канадской консалтинговой компании CSIN был произведен поиск соответствующего клинического руководства в международных медицинских базах данных. При выборе нескольких клинических руководств консультантам проведена экспертиза и оценка их при помощи инструмента AGREE.</p>	

На основании результатов оценки было рекомендовано клиническое руководство «Guidelines for the management of inflammatory bowel disease in adults» разработанное the British Society of Gastroenterology (Великобритания) в 2008 году 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

www.bsg.org.uk

Для заметок

