

Рекомендовано
Экспертным советом
РГП на ПХВ «Республиканский центр
развития здравоохранения»
Министерства здравоохранения
и социального развития
Республики Казахстан
от «30» ноября 2015 года
Протокол №18

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ

ДРУГИЕ НЕИНФЕКЦИОННЫЕ ГАСТРОЭНТЕРИТЫ И КОЛИТЫ

I. ВВОДНАЯ ЧАСТЬ:

1. Название протокола: Другие неинфекционные гастроэнтериты и колиты

2. Код протокола:

3. Код(ы) по МКБ-10:

K52.0 Радиационный гастроэнтерит и колит

K52.1 Токсический гастроэнтерит и колит

K52.2 Аллергический и алиментарный гастроэнтерит и колит

K52.8 Другие уточненные неинфекционные гастроэнтериты и колиты

K52.9 Неинфекционный гастроэнтерит и колит неуточненный

4. Сокращения, используемые в протоколе

АЛТ –	аланинаминотрансфераза
АСТ –	аспартатаминотрансфераза
ИФА –	иммуноферментный анализ
КТ –	компьютерная томография
МНО –	международное нормализованное отношение
МРТ –	магнитно-резонансная томография
ОАК –	общий анализ крови
ОАМ –	общий анализ мочи
ПВ –	протромбиновое время
ПТИ –	протромбиновый индекс
ПМСП –	первичная медико-санитарная помощь
СОЭ –	скорость оседания эритроцитов
СРБ –	С-реактивный белок
УЗИ –	ультразвуковое исследование
ФГДС –	фиброзофагогастродуоденоскопия
ЭКГ –	электрокардиография

5. Дата разработки протокола: 2014 год.

Дата пересмотра протокола: 2015 год.

6. Категория пациентов: дети с диагнозом неинфекционные гастроэнтериты и колиты.

7. Пользователи протокола: педиатры, детские гастроэнтерологи, врачи общей практики, скорой медицинской помощи фельдшеры

II. МЕТОДЫ, ПОДХОДЫ И ПРОЦЕДУРЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ:

Оценка на степень доказательности приводимых рекомендаций.

Шкала уровня доказательности:

A	Высококачественный мета-анализ, систематический обзор РКИ или крупное РКИ с очень низкой вероятностью (++) систематической ошибки результаты которых могут быть распространены на соответствующую популяцию.
B	Высококачественный (++) систематический обзор когортных или исследований случай-контроль или Высококачественное (++) когортных или исследований случай-контроль с очень низким риском систематической ошибки или РКИ с невысоким (+) риском систематической ошибки, результаты которых могут быть распространены на соответствующую популяцию.
C	Когортное или исследование случай-контроль или контролируемое исследование без рандомизации с невысоким риском систематической ошибки (+). Результаты, которых могут быть распространены на соответствующую популяцию или РКИ с очень низким или невысоким риском систематической ошибки (++ или +), результаты которых не могут быть непосредственно распространены на соответствующую популяцию.
D	Описание серии случаев или неконтролируемое исследование или мнение экспертов.
GPP	Наилучшая фармацевтическая практика.

8. Определение[1,2,5,7]:Хронический энтерит – воспалительно-дистрофическое заболевание тонкой кишки. При этой патологии наряду с дистрофическими изменениями наступают дегенеративные и атрофические изменения.

Аллергический гастроэнтерит (эозинофильный гастроэнтерит) - хроническое заболевание, характеризующееся инфильтрацией преимущественно эозинофилами собственной пластинки слизистой оболочки антрального отдела желудка, эпителия, ямочных желез с формированием эозинофильных абсцессов; характерно поражение тонкой и толстой кишок, пищевода; часто сопутствует аллергическим заболеваниям, а так же реакциям на пищевые продукты.

Колит – это воспалительное заболевание внутренней (слизистой) оболочки толстого кишечника.

9. Клиническая классификация.

Классификация других неинфекционных гастроэнтеритов и колитов [5]

1. Первичные нарушения пищеварения и всасывания в кишечнике
2. Воспалительные и дистрофические заболевания кишечника:
 - Хронический неспецифический энтерит
 - Эозинофильный гастроэнтерит
 - Радиационный энтерит
 - Синдром экссудативнойэнтеропатии
 - Туберкулез кишечника
 - Уиппла болезнь
 - Хронический неспецифический язвенный колит
 - Болезнь Крона
 - Псевдомембранозный колит (энтероколит)
3. Заболевания кишечника при иммунодефицитных состояниях
4. Послеоперационные заболевания кишечника
5. Функциональные заболевания кишечника
6. Дивертикулез толстой кишки
7. Сосудистые заболевания кишечника
8. Диффузныйполипоз толстой и прямой кишки
9. Опухоли кишечника
10. Аномалии развития кишечника
11. Аноректальные заболевания
12. Редкие заболевания кишечника

Классификация хронических неспецифических энтеритов[5]:

По этиологии:

Инфекционные (постинфекционные)

- Паразитарные
- Токсические
- Медикаментозные
- Алиментарные
- Вторичные

По анатомо-морфологическим признакам:

По локализации:

- Хронический еюнит
- Хронический илеит
- Хронический тотальный энтерит

По характеру морфологических изменений тонкой кишки:

- Еюнит без атрофии
- Еюнит с умеренной парциальной ворсинчатой атрофией
- Еюнит с выраженной парциальной ворсинчатой атрофией
- Еюнит с субтотальной ворсинчатой атрофией

По клиническому течению:

- легкое течение
- среднейтяжести
- тяжелое течение
- фазаобострения или ремиссии

По характеру функциональных нарушений тонкой кишки

- синдром недостаточности пищеварения (мальдигестия)
- синдром недостаточности кишечного всасывания (мальабсорбция)
- синдром экссудативнойэнтеропатии
- синдром многофункциональной недостаточности (энтеральная недостаточность)

По степени вовлечения толстой кишки

- без сопутствующего колита
- с сопутствующим колитом (учитывается распространенность поражения толстой кишки, характер морфологических изменений толстой кишки).

10. Диагностические критерии[2,3,5,7]:

10.1 Жалобы и анамнез

Жалобы:

- боль в животе;
- тошнота;
- рвота;
- хроническая диарея,жидкий стул, содержащий непереваренную пищу, иногда кровь;
- похудание;
- тенезмы, схваткообразные боли в животе, не исчезают после дефекации;
- урчание в животе;
- при колите – запоры, стул в виде «овечьего» кала.

Анамнез:

при аллергическом гастроэнтерите и колите в анамнезе:

- отягощенныйаллергологическийанамнез;
- связь возникновения гастроинтестинальных симптомов с приемом определенных пищевых продуктов (коровье молоко, зерновые, овощи, фрукты, орехи, грибы и т.д.);
- исчезновение симптомов после прекращения приема аллергенных продуктов[5,7]

при токсических гастроэнтеритах и колитах:

- употребление некачественных продуктов.

Клинические критерии:

- боль в животе, схваткообразные
- хроническая диарея,
- похудание;
- урчание в животе;

10.2 Физикальное обследование:

- боль в околопупочной области; болезненность при пальпации живота и сильном давлении (несколько левее и выше пупка - симптом Поргеса), по ходу брыжейки тонкой кишки (по направлению от пупка к правому крестцово-подвздошному сочленению –симптом Штернберга). Боль при сотрясении тела, ходьбе может быть признаком перивисцерита.
- урчание и плеск при пальпации слепой кишки (симптом Образцова);
- увеличение печени;
- урчание и отхождение большого количества газов при пальпации слепой кишки;
- частый (до 15- 20 раз в сутки) кашицеобразный, с непереваренными частицами пищи, но без видимой слизи, часто зловонный, с пузырьками газа стул.

10.3 Лабораторные исследования[5,7]:

- **ОАК:** анемия, эозинофилия до 30-80%;
- **bioхимический анализ крови:** гипопротеинемия;
- **кал на скрытую кровь:** положительный;
- **копрограмма:** слизь, неизмененные мышечные волокна, нейтральный жир и жирные кислоты в большом количестве, кристаллы Шарко-Лейдена.

10.4 Инструментальные исследования[2, 3, 5, 7]:

- **ФГДС:** изменения слизистой (гиперемия и отек слизистой кишечника), при длительном течении могут быть видны участки эрозии;
- **Рентгеноскопия с барием:** изменение рельефа слизистой оболочки тонкой и толстой кишок (грубый или нежный, сглаженный рельеф, нарушение моторно-эвакуатонной функции);
- **Ректороманоскопия:** бледность и атрофические изменения, гиперемия слизистой прямой кишки, эрозии, геморрагии;
- **Колонофиброскопия:** картина катарального, реже катарально-эрозивного колита.
- **Гистология:** признаки воспалительной реакции (инфилтрация клеток и скопление эозинофилов в криптах);
- **КТ:** истонченность слизистых оболочек;
- **УЗИ:** выявления функциональной и органической патологии органов брюшной полости.

11. Показания для госпитализации с указанием типа госпитализации: (плановая, экстренная) [2,5]:

Показания для экстренной госпитализации:

- токсикоз с эксикозом III степени.

Показания для плановой госпитализации

- отсутствие эффекта от амбулаторной терапии;
- наличие осложнений: анемия, синдром мальабсорбции, мальдигестии.

12. Диагностические исследования:

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

- ОАК;
- ОАМ;
- биохимический анализ крови (АЛТ, АСТ, тимоловая проба, билирубин);
- исследование кала на гельминты и простейшие;
- обнаружение скрытой крови в кале;
- бактериологическое исследование кала на патогенную и условно-патогенную микрофлору;
- исследование кала (копрограмма);
- ФГДС;
- УЗИ органов брюшной полости.

12.2 Дополнительные диагностические обследования, проводимые на амбулаторном уровне:

- Биохимический анализ крови (определение холестерина, общего белка, белковых фракций, глюкозы, СРБ, сывороточного железа);
- Определение антигена p24 ВИЧ в сыворотке крови ИФА-методом;
- Исследование кала на гельминты и простейшие;
- Бактериологическое исследование биологического материала на грибы рода *Candida*;
- ЭКГ.

12.3 Минимальный перечень обследования, который необходимо провести при направлении на плановую госпитализацию: согласно внутреннему регламенту стационара с учетом действующего приказа уполномоченного органа в области здравоохранения.

12.4 Основные (обязательные) диагностические обследования, проводимые на стационарном уровне:

- ОАК – 1 раз в 10 дней;

- ОАМ – 1 раз в 10 дней;
- Биохимический анализ крови (определение общего белка, белковых фракций, СРБ, сывороточного железа, калия, натрия, кальция);
- Исследование кала на скрытую кровь;
- ФГДС с гистологическим исследованием биоптатов;
- УЗИ органов брюшной полости;
- КТ брюшной полости (показание у тяжелых и ослабленных больных);
- Фиброректосигмоидоскопия;
- Фиброколоноскопия.

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

- биохимический анализ крови (определение холестерина, глюкозы);
- определение Ig E (общий) в сыворотке крови ИФА-методом;
- определение антител к кальпротектину в сыворотке крови ИФА-методом;
- исследование кала на простейшие и гельминты;
- рентгеноскопия органов брюшной полости;
- фиброректосигмоидоскопия с гистологическим исследованием биоптатов;
- ЭКГ.

12.6 Показания для консультации узких специалистов:

- консультация оториноларинголога – с целью выявления и санации хронических очагов инфекции;
- консультация стоматолога – с целью санация хронических очагов инфекции;
- консультация аллерголога – с целью подтверждение аллергического генеза патологии.

12.7 Дифференциальный диагноз[3,5,7]:

Таблица 1 – Дифференциальный диагноз неинфекционных гастроэнтеритов и колитов

<i>Название болезни</i>	<i>Клинические критерии</i>	<i>Лабораторные показатели</i>
Хронический гастродуоденит	Локализация боли в эпигастрии боли в области пупка и пилородуodenальной зоне; выраженные диспептические проявления (тошнота, отрыжка, изжога, реже - рвота); сочетание ранних и поздних болей;	Эндоскопические изменения на слизистой оболочке желудка и ДК (отек, гиперемия, кровоизлияния, эрозии, атрофия, гипертрофия складок и т.д.); Наличие H. pylori - цитологическое исследование, ИФА и др.
Хронический панкреатит	Локализация боли слева выше пупка с иррадиацией влево, может быть опоясывающая боль	Повышение амилазы в моче и крови, активность трипсина в кале, стеаторея, креаторея. По УЗИ - увеличение размеров

		железы и изменение ее эхологической плотности
Хронический холецистит	Боли в правом подреберье, болезненность при пальпации в области проекции желчного пузыря, субфебрилитет или периодические подъемы температуры до фебрильных цифр, интоксикация	В крови - лейкоцитоз, нейтрофилез, ускоренное СОЭ. При УЗИ - утолщение стенки желчного пузыря, хлопья слизи в нем, застой желчи, периваскулярная реакция.
Язвенная болезнь	Боли «преимущественно» поздние, через 2-3 часа после еды. Возникают остро, внезапно, болезненность при пальпации резко выражена, определяется напряжение брюшных мышц, зоны кожной гиперестезии, положительный симптом Менделя.	При эндоскопии - глубокий дефект слизистой оболочки окруженный гиперемированным валом, могут быть множественные язвы.

13. Цели лечения:

- противовоспалительная терапия;
- устранение болевого синдрома;
- нормализация моторной функции кишечника;
- селективная дегидратация условно-патогенной, патогенной флоры (по показаниям) и коррекция нарушений микробиоценоза.

14. Тактика лечения:

При оценке микросоциальных условий как удовлетворительных, вне обострения и /или нетяжелом уровне заболевания рекомендуется преимущественно амбулаторное лечение. В случае осложненной клинической картины и/или неэффективности вмешательства на амбулаторном этапе решается вопрос о стационарном лечении.

14.1 Немедикаментозное лечение

Диета № 4: пища должна быть свежеприготовленной, механически и химически щадящей с повышенным количеством белков, ограничением углеводов и исключением продуктов богатых клетчаткой, пряностей, острых, соленых, копченых, жареных блюд, цельного молока;

Диета №4Б, 4В: через 3-5 дней диету постепенно расширяют и назначают ее на 4-6 недель.

Диета №15 (общий стол): в дальнейшем переходят на общий стол, но при этом щадящий принцип диеты сохраняется длительно, с исключением индивидуально непереносимых продуктов.

14.2 Медикаментозное лечение[5, 6, 7]:

Основные лекарственные средства (таблица 2,3):

Производные 8-оксихинолина – энтеросептол, подавляют активность грамотрицательных бактерий, амеб и некоторых грибков, образуя комплексы с

ионами металлов, необходимых для активации ферментных систем микроорганизмов.

Группа хинолонов - налидиксовая кислота подавляют рост большинства штаммов кишечной палочки, *P. mirabilis*, клебсиелл и энтеробактерии. Почти полностью абсорбируются из желудочно-кишечного тракта.

Препарат группы нитроимидазолов – метронидазол, высокоактивный антимикробный препарат широкого спектра действия для системного лечения инфекций, вызванных облигатными анаэробными бактериями, и ряда инфекционных заболеваний, вызванных простейшими. Активны в отношении отдельных представителей факультативных анаэробов (микроаэрофилов) и, соответственно, эффективны при инфекциях, вызванных этими микроорганизмами.

Триметопrim+Сульфаметоксазол – ко-тримоксазол, комбинированный противомикробный препарат, состоящий из сульфаметоксазола и триметоприна. Сульфаметоксазол, сходный по строению с ПАБК, нарушает синтез дигидрофолиевой кислоты в бактериальных клетках, препятствуя включению ПАБК в ее молекулу. Триметоприм усиливает действие сульфаметоксазола, нарушая восстановление дигидрофолиевой кислоты в тетрагидрофолиевую – активную форму фолиевой кислоты, ответственную за белковый обмен и деление микробной клетки. Является бактерицидным препаратом широкого спектра действия. Сочетание этих двух препаратов, каждый из которых оказывает бактериостатическое действие, обеспечивает высокую бактерицидную активность в отношении грамположительных и грамотрицательных микроорганизмов, в том числе бактерий, устойчивых к сульфаниламидным препаратам.

Ингибиторы протонной помпы – лансопразол, эзомепразол, пантопразол – антисекреторные лекарственные препараты для лечения кислотозависимых заболеваний желудка, двенадцатиперстной кишки и пищевода за счёт блокирования протонной помпы (H^+/K^+ -АТФазы) обкладочных (париетальных) клеток слизистой оболочки желудка и уменьшения, таким образом, секреции соляной кислоты. Все ИПП являются производными бензимидазола и имеют близкое химическое строение. Механизм действия различных ИПП одинаков, они различаются, в основном, своей фармакокинетикой и фармакодинамикой. Препаратом первой линии является омепразол. Лансопразол детям назначают при невозможности применения омепразола. Эзомепразол назначают при невозможности применения омепразола и лансопразола.

Спазмолитики – дротаверин, миотропный спазмолитик. Обладает сильным и продолжительным действием. Снижает поступление ионизированного активного кальция в гладкомышечные клетки за счет ингибирования фосфодиэстеразы и внутриклеточного накопления ЦАМФ. Понижает тонус гладких мышц внутренних органов, снижает их двигательную активность, расширяет кровеносные сосуды.

Гиосцинабутилбромид – м-холиноблокирующее, спазмолитическое. Блокирует м-холинергические рецепторы. Вызывает атропиноподобные эффекты: расслабляет гладкие мышцы ЖКТ, желчевыводящих путей.

Прокинетик – метоклопрамид, домперидон, антиагонист рецепторов допамина, улучшается антродуodenальная подвижность, оказывает

гастрокинетическое действие. Назначается при сопутствующем диспептическом синдроме.

Гормональный препарат – преднизолон, оказывает противовоспалительное, противоаллергическое, десенсибилизирующее, антитоксическое действие. Противовоспалительный эффект связан с угнетением высвобождения эозинофилами медиаторов воспаления; индуцированием образования липокортина и уменьшения количества тучных клеток, вырабатывающих гиалуроновую кислоту; с уменьшением проницаемости капилляров; стабилизацией клеточных мембран и мембран органелл (особенно лизосомальных). Противоаллергический эффект развивается в результате подавления синтеза и секреции медиаторов аллергии, торможения высвобождения из сенсибилизованных тучных клеток и базофилов гистамина и др. биологически активных веществ, уменьшения числа циркулирующих базофилов, подавления развития лимфоидной и соединительной ткани, снижения количества Т- и В-лимфоцитов, тучных клеток, снижения чувствительности эффекторных клеток к медиаторам аллергии, угнетения антителообразования, изменения иммунного ответа организма. Назначается при аллергическом неинфекционном гастроэнтероколите.

H₁гистаминоблокаторы – клемастин, фексофенадин, лоратидин, цетиризин, эбастин – ослабляют вызываемые гистамином гипотензию и спазмы гладкой мускулатуры (кишечника), уменьшают проницаемость капилляров, препятствуют развитию гистаминового отека, уменьшают гиперемию и зуд и, таким образом, предупреждают развитие и облегчают течение аллергических реакций.

Таблица 2 –Основные лекарственные средства:

<i>MНН</i>	<i>Терапевтический диапазон</i>	<i>Курс лечения</i>
Энтеросептол	до 1 года- по 0,125 г 1 раз 1-3 лет-по 0,125 г 2 раза, 4-6 лет - по 0,125 г 3 раза, 7-10 лет -по 0,125 г 4 раза, 11–14 лет- по 0,25 г 2-3 раза Старше 14 лет- по 0,5 г 2-3 раза в сутки.	7 дней
Производные налидиксовой кислоты	Для детей старше 12 лет (весом более 40 кг) суточная доза 50 мг/кг, разделенная на 3-4 приема	7 дней
Метронидазол	Детям 2 – 12 лет в суточной дозе 35 – 50 мг/кг массы тела, разделенной на 3 приема	7 дней
Триметопrim+Сульфаметоксазол	детям от 3 до 5 лет по 240 мг 2 раза/сут; детям от 6 лет - по 480 мг 2 раза/сут.	7 дней
Омепразол	дети с массой тела 0,5-1 мг/кг/сут.; дети с массой тела более 20 кг-по 20 мг 1 раз в день;	7 дней
Дротаверин	От 2 до 6 лет – 10-20 мг до двух раз в сутки; От 6 до 12 лет – 20 мг до двух раз в сутки; Детям старше 12 лет и взрослым – 40-80 мг 2-3 раза в сутки. Обычно максимальная суточная доза не должна превышать 240 мг.	3 дня
Гиосцинабутилбромид	детям до 1 года – внутрь в виде суспензии по	7 дней

	5 мг 2-3 раза в сутки или по 1 свече (ректальные свечи для детей младшего возраста по 7,5 мг), детям старше 6 лет по 1-2 таблетки 3-5 раз в день.	
Домперидон	новорож 100-300 мкг/кг 4-6 р в с до еды, 1 мес-12 лет 100-400 мкг/кг (макс 20мг)3-4р в сутки до еды, 12-18лет 10-20 мг, 3-4 раза в сутки до еды.	7 дней
Метоклопрамид	1 мес-12 лет 100-400 мкг/кг (макс 20мг)3-4р в сутки до еды, 12-18лет 10-20 мг, 3-4 разав до еды.	3 дня
Преднизолон	разовая — 0,015 г, суточная — 0,1 г; в тяжёлых случаях суточную дозу препарата можно повысить до 0,3–1,2 г. Детям до 4 лет назначают по 0,001 г/кг массы тела ребёнка в сутки, 5–6 лет — по 0,02 г, 7–9 лет — 0,025–0,03 г, 10–14 лет — 0,025–0,04 г в сутки.	3 дня
Клемастин	до 2 мг/сутки	7 дней
Фексофенадин	60-120 мг/сутки	7 дней
Лоратадин	10 мг/сутки,	7 дней
Цетиризин	10 мг / сутки	7 дней
Эбастин	10-20 мг /сутки (детям с 12 лет).	7 дней

Дополнительные лекарственные средства

Препараты применяются исключительно как сопутствующая терапия при наличии в клинической картине осложнений, диспепсического синдрома.

Противогрибковые препараты - флуканазол, действие обусловлено нарушением целостности мембранны клетки гриба. Азолы имеют широкий спектр противогрибкового действия, оказывают преимущественно фунгистатический эффект. Азолы для системного применения активны в отношении большинства возбудителей поверхностных и инвазивных микозов.

Ингибиторы протонной помпы - лансопразол, эзомепразол, пантопразол – антисекреторные лекарственные препараты для лечения кислотозависимых заболеваний желудка, двенадцатиперстной кишки и пищевода за счёт блокирования протонной помпы (H^+/K^+ -АТФазы) обкладочных (pariетальных) клеток слизистой оболочки желудка и уменьшения, таким образом, секреции соляной кислоты. Все ИПП являются производными бензimidазола и имеют близкое химическое строение. Механизм действия различных ИПП одинаков, они различаются, в основном, своей фармакокинетикой и фармакодинамикой. Препаратором первой линии является омепразол. Лансопразол детям назначают при невозможности применения омепразола. Эзомепразол назначают при невозможности применения омепразола и лансопразола.

Антидиарейный препарат – лоперамид, взаимодействует с опиатными рецепторами продольных и кольцевых мышц стенки кишечника и ингибирует высвобождение ацетилхолина и ПГ. Замедляет перистальтику кишечника и увеличивает время прохождения кишечного содержимого. Повышает тонус анального сфинктера, способствует удержанию каловых масс и урежению позывов к дефекации.

Ингибитирует секрецию жидкости и электролитов в просвет кишечника и/или стимулирует всасывание солей и воды из кишечника

Инфузионная терапия - изотонический раствор хлорида натрия, поддерживает соответствующее осмотическое давление плазмы крови и внеклеточной жидкости. Раствор натрия хлорида 0,9% изотоничен плазме крови человека и поэтому быстро выводится из сосудистого русла, лишь временно увеличивая объем циркулирующей жидкости.

Ретинола пальмитат- активирует окислительно-восстановительные процессы, стимулирует синтез пуриновых и пиrimидиновых оснований, участвует в энергообеспечении метаболизма, создавая благоприятные условия для синтеза АТФ. Контролирует скорость цепных реакций в липидной фазе биомембран и поддерживает антиокислительный потенциал различных тканей на постоянном уровне. Регулирует биосинтез гликопротеидов поверхностных мембран клеток, определяющих уровень процессов клеточной дифференциации.

Альфа-токоферола ацетат- витамин Е является антиоксидантом. Предохраняет клеточные мембранные тканей организма от окислительных изменений; стимулирует синтез гема и гемсодержащих ферментов - гемоглобина, миоглобина, цитохромов, каталазы, пероксидазы. Тормозит окисление ненасыщенных жирных кислот и селена. Ингибитирует синтез холестерина

Пиридоксина гидрохлорид-витамин В6, участвует в обмене веществ; необходим для нормального функционирования центральной и периферической нервной системы. Фосфорилируется, превращается в пиридоксаль-5-фосфат и входит в состав ферментов, осуществляющих декарбоксилирование и переаминирование аминокислот. Участвует в обмене триптофана, метионина, цистеина, глутаминовой и др. аминокислот.

Ферментные препараты (панкреатин) –препарат, улучшающий пищеварение. Восполняет нехватку ферментов поджелудочной железы, оказывает протеолитическое, амилолитическое и липолитическое действие, усиливает расщепление углеводов, белков и жиров в 12-перстной кишке, благодаря чему происходит их более полное и быстрое всасывание. Нормализует процессы пищеварения и улучшает работу желудочно-кишечного тракта.

Адсорбенты - активированный уголь, это уголь растительного или животного происхождения, прошедший специальную обработку и выступающий сильным адсорбентом, поглощающим алкалоиды природного и синтетического происхождения, газы, токсины бактериального происхождения.

Препарат, снижающий явления метеоризма- симетикон, обладает поверхностно-активными свойствами, проявляя способность пеногасителя: снижает поверхностное натяжение пузырьков газа (пеногасящая активность) в пищеварительном тракте, приводя к их разрыву; высвобождающиеся при распаде пузырьков газы поглощаются стенками кишечника или выводятся благодаря перистальтике, уменьшает содержание газов в кишечнике.

Таблица 3 – Дополнительные лекарственные средства:

MНН	Терапевтический диапазон	Курс
-----	--------------------------	------

		лечения
Флуконазол	1г-12 лет 3-6мг/кг, с 12 лет 50 мг/сут. 1 раз, курс 7-14 дней	7 дней
Лансопразол	дети с массой тела 0,5-1 мг/кг/сут.; дети с массой тела более 20 кг-по 20 мг 1 раз в день;	7 дней
Эзомеразол	дети с массой тела 0,5-1 мг/кг/сут.; дети с массой тела более 20 кг-по 20 мг 1 раз в день;	7 дней
Лоперамид	1мес-1год 100-200мкг/кг 2 р в сутки до еды, 1год -12лет 100-200мкг/кг (макс 2мг)3 раза в сутки, 12-18 лет-2-4мг 2-3 раза в день до еды.	5 дней
Изотонический раствор хлорида натрия	20-30мл/кг. 3-4 дня в зависимости от тяжести обезвоживания	3-5 дней
5-10% р-р Декстрозы	для детей с массой тела 2-10 кг - 100-165 мл/кг/сут, детям с массой тела 10-40 кг - 45-100 мл/кг/сутки	3-5 дней
Ретинола пальмитат	для детей – 1000 – 5000 МЕ/сут в зависимости от возраста.	10 дней
Альфа-токоферола ацетат	1 к х 3 раза в день	10 дней
Тиамина бромид	0,5-1 мл 10 дней	10 дней
Пиридоксина гидрохлорид	0,5-1 мл 10 дней	10 дней
Панкреатин	500-700 МЕ/кг/сут. х 3 раза во время приема пищи	10 дней
Активированный уголь	1-2 таблетки 3-4 раза в день	5 дней
Симетикон	1-2 ч. л. эмульсии или капли или 1-2 таблетки; детям раннего возраста по 1 ч.л. эмульсии с пищей или капли 3-5 раз,детям 40 мг после еды и на ночь.	5 дней

14.3 Хирургическое вмешательство:нет.

14.4 Профилактические мероприятия.

- профилактика и своевременное лечение острых колитов
- диспансеризация реконвалесцентов
- рациональный режим питания
- своевременная санация полости рта

14.5 Дальнейшее ведение(после стационара):

После выписки из стационара рекомендуется наблюдение в поликлинике в течение первого года 1 раз в 3 мес., затем 1 раз в 6 мес. Гастроэнтерологом 1 раз в год, ЛОР-врачом и стоматологом 2 раза в год, другими специалистами – по показаниям. 2 раза в год целесообразно провести в стационаре (при невозможности - в условиях поликлиники)курсы противорецидивного лечения. Особое значение придается диетотерапии при развитии синдрома нарушенного кишечного всасывания.

Занятия физкультурой 6 месяцев в специальной группе, далее до 2 лет – в подготовительной группе. Снятие с диспансерного учета возможно при условии стойкой ремиссии продолжительность не менее 2 лет.

15. Индикаторы эффективности лечения:

- нормализация стула
- купирование болевого, диспепсического синдрома, системных проявлений.

III. ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ ВНЕДРЕНИЯ ПРОТОКОЛА:

16. Разработчики:

1. Орынбасарова К.К. – заведующая кафедрой детских болезней РГП на ПХВ «Казахский Национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова», д.м.н.
2. Смагулова А.Б. – доцент кафедры амбулаторно-поликлинической педиатрии РГП на ПХВ «Казахский Национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова», к.м.н.
3. Худайберегенова М.С. – клинический фармаколог АО «Национальный научный медицинский центр»

17. Конфликта интересов: отсутствует.

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

19. Условия пересмотра протокола: пересмотр протокола через 3 года после его опубликования и с даты его вступления в действие или при наличии новых методов с уровнем доказательности.

20. Список использованной литературы:

1. Побочная реакция на пищу. Аллергическая ли это реакция? Wesley Burks, MD It's an adverse food reaction--but is it allergy? Wesley Burks. It's an adverse food reaction-but is it allergy? Contemporary Pediatrics 2002;5:71. (перевод с английского).
2. Gastrointestinal food allergy: New insights into pathophysiology and clinical perspectives. Gastroenterology.The American gastroenterological association. Volume 128, Issue 4, Pages 1089-1113 (April 2005)
3. Rome III: The Functional Gastrointestinal Disorders. Douglas A. Drossman (Editor). Degnon Associates, Inc.; 3 rd edition.2006. - 1048 p.
4. Мельникова И.Ю., Новикова В.П. Диспансеризация детей и подростков с патологией пищеварительной системы: учебно-методическое пособие//Санкт-Петербург, 2011 г., с.26-36.
5. Авдеева Т.Г., Рябухин Ю.В., Парменова Л.И. и др. Детская гастроэнтерология: руководство. - М.:ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 210с.
6. Рациональная фармакотерапия заболеваний органов пищеварения: руководство для практических врачей //под общей ред. В.Т. Ивашкина. – М., Литтерра. 2003. – 1046с.
7. Практическое руководство по детским болезням. Под общей редакцией проф. В. Ф. Коколиной и А. Г. Румянцева. Том II. Гастроэнтерология детского возраста. Под ред. С. В. Бельмера, А. И. Хавкина, П. Л. Щербакова. Изд. 2-е, перераб. и доп. М.:Медпрактика-М. 2010.