|  |  |
| --- | --- |
| **ПОГОДЖЕНО****Заступник Директора****Департаменту охорони здоров’я****Виконавчого органу Київської міської ради****(Київської міської Державної адміністрації)****Курмишов О.В. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****«\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2015 року**  | **ЗАТВЕРДЖЕНО****Директор****Приватне підприємство «ПАО»****Ярошенко О.В. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****«\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2015 року** |

**ПРИВАТНЕ ПІДПРИЄМСТВО
«ПАО»**

**Загальнотерапевтичні та гастроентерологічні відділення усіх рівнів**

**ЛОКАЛЬНИЙ ПРОТОКОЛ**

*Надання медичної допомоги хворим на неспецифічний виразковий коліт (НВК).*

1. **ПАСПОРТНА ЧАСТИНА.**
	1. **Діагноз:** *Надання медичної допомоги хворим на неспецифічний виразковий коліт (НВК).*
	2. **Шифр МКХ -10:**
2. К 51 Виразковий коліт
3. 51.0 Виразковий ентероколіт
4. 51.1 Виразковий ілеоколіт
5. 52.2 Виразковий проктіт
6. 51.3 Виразковий ректосигмоїдіт
7. 51.4 Псевдополіпоз кишки
8. 51.5 Слизовий проктоколіт
9. 51.8 Інші форми
	1. **Дата складання:**
	2. **Дата перегляду:**
	3. **Наказ по ПРИВАТНОМУ ПІДПРИЄМСТВУ «ПАО» щодо розробки Локального протоколу.**
	4. **Члени робочої групи з розробки локального протоколу:**

|  |  |
| --- | --- |
| **П.І.Б.** | **ПОСАДА** |
| **Іващенко-Коронкова Катерина Віталіївна** | **Головний лікар** |
| **Рейнгардт Борис Костянтинович** | **Лікар-гастроентеролог** |

* 1. **Медико - технологічні документи галузевого рівня на підставі яких був розроблений протокол:**
* [**Наказ МОЗ України від 13.06.2005 № 271 «Про затвердження протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю «Гастроентерологія»;**](http://medsprava.com.ua/mcfr/medsprava/271_nakaz.docx)
* [**Наказ МОЗ України від 28.12.2009 № 1051 «Про надання медичної допомоги хворим гастроентерологічного профілю»;**](http://medsprava.com.ua/mcfr/medsprava/1051_nakaz.docx)
* **Наказ МОЗ України від 14.02.2012 № 110 «Про затвердження форм первинної облікової документації, що використовується в закладах охорони здоров’я»;**
* **Наказ МОЗ України від 28.09.2012 № 751 «Про створення і впровадження медико-технологічних документів по стандартизації медичної допомоги в системі Міністерства охорони здоров’я»;**
	1. **Матеріально-технічне забезпечення (Додаток 1).**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Положення локального Протоколу медичної допомоги | Необхідні дії згідно стандарту | Строки виконання | Виконавці | Індикатори якості медичної допомоги |
| Організація надання медичної допомоги  | 1.Запис пацієнта через реєстратуруНадання допомоги лікарем-гастроентерологом проводиться в кабінеті лікаря-гастроентеролога2.Оформлення медичної картки форма 043/o;3.Оформлення лікарем-гастроентерологом згоди пацієнта на проведення діагностики, лікування та на проведення операції та знеболення форми 003-6/о;4.Заповнення виписки із медичної карти амбулаторного хворого 027/о;5.Заповнення консультаційного висновок спеціаліста 028/o;6.Оформлення фінансових документів, якщо надана послуга за спец рахунком. | п. 1. до 5 хвилин-п.2; п.3; п.4; п.5; п.6 – до 30 хвилин | РеєстраторП.І.Б.Лікар-гастроентерологП.І.Б.каб.тел. | Наявність локального протоколу у лікаря.Наявність у кожного пацієнта медичної картки хворого, форми 043/о |
| Діагностика  | Ознаки та критерії діагностики захворювання:**- характерні симптоми:**1. Діарея з домішками крові та слизу;2. Біль у животі;3. Тенезми;4. Субфедрильна температура тіла.**- негативні результати повторних бактеріологічних посівів калу****- ендоскопічне та морфологічне підтвердження дифузного запалення слизової з геморагіями та / або виразковими ділянками.**Перелік і обсяг медичних послуг обов’язкового асортиментуДіагностика:**Лабораторні та інструментальні дослідження****-** Загальний аналіз крові (визначення ШОЕ, числа еритроцитів та гемоглобіну, лейкоцитів, тромбоцитів) – неодноразово при тяжкому перебігу- загальний білок та білкові фракції – неодноразово при тяжкому перебігу**-** Цукор крові - двічі**-** Печінкові та ниркові проби - неодноразово при тяжкому перебігу**-** С-реактивний протеїн (кількісне визначення) – неодноразово при тяжкомуперебігу**-** Група крові та резус-фактор - одноразово**-** Копрограма – двічі**-** Повторні посіви калу на патогенну мікрофлору та яйця глист (для виключення інфекційної або паразитарної природи)**-** Загальний аналіз сечі - одноразово**Ендоскопічне обстеження з морфологічним дослідженням біоптатів -** “золотий стандарт” діагностики - проводиться у всіх випадках для верифікації діагнозу. При підозрі на токсичну дилатацію кишки проводити не можна.**Морфологічне** **дослідження біоптатів:** виявляє запальну інфільтрацію переважно слизової оболонки, іноді - підслизової основи, набряк слизової оболонки та крововиливи у її строму, крипт- абсцеси, поверхневі виразки, зникнення бокалоподібних клітин**-** ЕКГ- одноразово**-** Рентгеноскопія органів грудної клітини – одноразово**-** УЗД органів черевної порожнини – одноразово.Перелік і обсяг медичних послуг додатковому асортиментуДіагностика:**-** Рентгенологічне дослідження: іригоскопія не повинна проводитись на висоті проявів НВК, за виключенням тих випадків, коли діагноз залишається неясним. Після купування гострих симптомів іригоскопія проводиться в основному для визначення розповсюдженості процесу. |  | Лікар-гастроентерологП.І.Б.каб.тел. | Вчасно поставлений діагноз. Вчасно розпочато лікування. |
| Лікування | **При загостренні****-** 5-аміносаліцилати та / або**-** Топічні стероїди протягом 2 міс. та **/**або**-** Системні стероїди – протягом 2 міс.**Симптоматичне лікування** полягає у застосуванні антидіарейних засобів ( не можна застосовувати при важкому перебігу та загрозі токсичної дилатації кишки), дієти з підвищеним вмістом білка, застосуванні препаратів крові (при кровотечі, анемії), електролітних розчинів (при тяжкому перебігу), заліза, повного парентерального харчування (при важкому перебігу).**В ремісії** **-** 5**-**аміносаліцилати (тривалість підтримуючого лікування не обмежена).Додаткове лікування:**- Імуносупресори****- Антибактеріальні препарати****- Антицитокинові препарати**Згідно більшості консенсусів, прийнятих у різних регіонах земної кулі, “золотим стандартом” лікування НВК є медикаментозна терапія. Хірургічне втручання залишається лише резервом для лікування ускладнених форм, рефрактерних до консервативної терапії. Показаннями для оперативного лікування (потреба в хірургічному лікуванні виникає приблизно у 20% випадків) є:**Абсолютні показання** :**-** Перфорація**-** Непрохідність кишківника**-** Токсична дилатація кишки**-** Абсцес**-** Кровотеча**-** Тяжка дисплазія або рак товстої кишки**Відносні показання:****-** Неефективність консервативної терапії (інтенсивна терапія: в/в введення стероїдів та імуносупресорів) при блискавичному перебігу у дуже важких випадках протягом 5-7 днів- Свищі- Легка дисплазія епітелію. | Середня тривалість курсового стаціонарного лікування – 3-6 тижнів. | Лікар-гастроентерологП.І.Б.каб.тел. | Ліквідація (зменшення) симптомів захворювання та досягнення клінічної та ендоскопічної ремісії. Повного одужання без радикального хірургічного лікування (колектомія) не наступає, хоча взагалі прогноз для хворих НВК при ефективності аміносалицилатів та стероїдів благоприємний. Ефективність аміносаліцилатів оцінюють на 14-21–й день терапії, кортикостероїдів – на 7-21–й день, імуносупресорів – через 2-3 міс. |
| Реабілітація | Хворі з легкими формами є працездатними, але їм рекомендується додержуватись режиму праці та відпочинку, забороняється або значно обмежується алкоголь. Хворі з середньо важкими формами обмежено працездатні , хворі з важкими формами та прооперовані хворі є інвалідами 2 групи. |  |  | Дотримання здорового способу життя. |
| Профілактика | Підлягають постійному диспансерному нагляду 1 раз у 6 міс. Після досягнення клініко-ендоскопічної ремісії проводиться тривала протирецидивна терапія (роками) аміносаліцилатами або імуносупресорами. Вторинна профілактика направлена на запобігання провокуючих загострення факторів, найбільш значимими з яких є інтеркурентні інфекції верхніх дихальних шляхів та кишечника, прийом нестероїдних протизапальних засобів та стреси. Через 8 років при тотальному НВК та 10 років при лівобічному НВК навіть у стані ремісії проводяться повторні колоноскопії з біопсіями через 1- 4 роки в залежності від наявності або відсутності дисплазії слизової оболонки кишки. |  |  |  |