

**MINISTERUL
SĂNĂTĂȚII
AL REPUBLICII MOLDOVA**



**МИНИСТЕРСТВО
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ МОЛДОВА**

BOALA CROHN LA COPIL
protocol clinic național

Chișinău
2012

**Aprobat prin ședința Consiliului de experți al Ministerului Sănătății al Republicii Moldova
din , proces verbal nr. .**
**Aprobat prin ordinul Ministerului Sănătății al Republicii Moldova nr. cu privire la aprobarea
Protocolului clinic național “Colita ulceroasă la copil”**

Elaborat de colectivul de autori:

Ion Mihu	IMSP Institutul de Cercetări Științifice în domeniul Ocrotirii Sănătății Mamei și Copilului
Olga Tighineanu	IMSP Institutul de Cercetări Științifice în domeniul Ocrotirii Sănătății Mamei și Copilului
Pia Munkholm	Digestive Center, Medicine Section, Herlev University Hospital, Copenhagen, Denmark, Medicine Section, Herlev University Hospital, Copenhagen, Denmark
Natalia Pedersen	Digestive Center, Medicine Section, Herlev University Hospital, Copenhagen, Denmark, Medicine Section, Herlev University Hospital, Copenhagen, Denmark

Recenzenți oficiali:

Victor Ghicavii	Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”
Valentin Gudumac	Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”
Iurie Osoianu	Compania Națională de Asigurări
Anatolie Prisăcari	Consiliul Național de Evaluare și Acreditare în Sănătate
Victoria Pînzaru	Agenția Medicamentului

CUPRINS

ABREVIERILE FOLOSITE ÎN DOCUMENT.....	4
PREFAȚĂ.....	4
A. PARTEA ÎNTRODUCTIVĂ.....	4
A.1. Diagnosticul	4
A.2. Codul bolii	4
A.3. Utilizatorii	5
A.4. Scopurile protocolului.....	5
A.5. Data elaborării protocolului	5
A.6. Data reviziei următoare.....	5
A.7. Lista și informațiile de contact ale autorilor și ale persoanelor ce au participat la elaborarea protocolului.....	6
A.8. Definițiile folosite în document	6
A.9. Informație epidemiologică	6
B. PARTEA GENERALĂ.....	8
B.1. Nivel de asistență medicală primară.....	8
B.2. Nivel de asistență medicală specializată de ambulator.....	11
B.3. Nivel de asistență medicală spitalicească.....	14
C. 1. ALGORITMI DE CONDUIȚĂ.....	19
C.1.1. Algoritmul de conduită a copiilor cu BC	19
C.1.2. Algoritmul de tratament al copiilor cu BC.....	20
C.2. DESCRIEREA METODELOR, TEHNICILOR ȘI PROCEDURILOR	21
C.2.1. Clasificarea BC	21
C.2.2. Factori de risc	21
C.2.3. Profilaxia	22
C.2.4. Screening-ul	22
C.2.5. Conduita pacientului	23
C.2.5.1. Anamneza	23
C.2.5.2. Examenul clinic	23
C.2.5.3. Investigații paraclinice	25
C.2.5.4. Diagnosticul diferențiat.....	35
C.2.5.5. Tratamentul BC	37
C.2.5.5.1. Tratamentul nemedicamentos	37
C.2.5.5.2. Tratamentul medicamentos.....	38
C.2.5.5.2. Tratamentul chirurgical.....	45
C.2.5.6. Supravegherea pacienților	47
C.2.6. Complicațiile	48
D. RESURSE UMANE ȘI MATERIALE NECESARE PENTRU IMPLEMENTAREA PREVEDERILOR PROTOCOLULUI.....	51
D.1. Instituțiile de asistență medicală primară.....	51
D.1. Instituțiile de asistență medicală primară secțiile de asistență medicală specializată de ambulator	51
D.3. Instituțiile de asistență medicală spitalicească: secții de copii ale spitalelor raionale, municipale	52
D.4. Instituțiile de asistență medicală spitalicească: secții de copii ale spitalelor republicane	52
E. INDICATORII DE MONITORIZARE A IMPLIMENTĂRII PROTOCOLULUI.....	52
ANEXE	
Anexa 1. Ghidul pacientului cu Boala Crohn	54

ABREVIERILE FOLOSITE ÎN DOCUMENT

BC	Boala Crohn
CU	Rectocolita ulceroasă
IBD	<i>Inflammatory bowel disease</i> (Boala inflamatorie a intestinului)
PCDAI	<i>Pediatric Crohn Disease Activity Index</i> (Indicele de activitate al Bolii Crohn la copii)
6 – MP	6 –Mercaptopurină
VIC	Valvula ileocecală
CIM-X	Clasificarea Internațională a Maladiilor, revizia a X-a
OMS	Organizația Mondială a Sănătății
TGI	Tractul Gastrointestinal
PO	<i>Per os</i>
ANA	Anticorpi anti-nucleari
ANCA	Anticorpi anti- citoplasma neutrofilă
ASCA	Anticopi anti- <i>Sacharomices cerevisiae</i>
pc.	Percentilă
DS	Deviere sigmală
ECCO	<i>European Crohn's and Colitis Organisation</i>
MF	Medic de familie
P	Pediatru
GP	Gastroenterolog pediatru
WGO	<i>Organizația Internațională a Gastroenterologilor</i>

PREFAȚĂ

Protocolul național a fost elaborat de grupul de lucru al Ministerului Sănătății al Republicii Moldova (MS RM), constituit din specialiștii IMSP Institutul de Cercetări Științifice în domeniul Ocrotirii Sănătății Mamei și Copilului în colaborare cu *Digestive Center, Medicine Section, Herlev University Hospital, Copenhagen, Denmark*.

Protocolul de față a fost elaborat în conformitate cu ghidurile internaționale actuale privind Boala Crohn la copil și va servi drept bază pentru elaborarea protocoalelor instituționale. La recomandarea MS RM pentru monitorizarea protocoalelor instituționale pot fi folosite formulare suplimentare, care nu sunt incluse în protocolul clinic național.

A. PARTEA ÎNTRDUCTIVĂ

A.1. Diagnostic: Boala Crohn la copil

Exemple de formulare a diagnosticului clinic:

1. Boala Crohn (A1), cu localizare în ileonul terminal (L1), evoluție non-obstructivă, non-fistulizantă (B1). Faza activă.
2. Boala Crohn (A1), cu localizare în colon (L2), evoluție non-obstructivă, non-fistulizantă (B1). Faza activă.
3. Boala Crohn (A1), cu localizare în ileonul terminal (L1), evoluție non-obstructivă, non-fistulizantă (B1). Remisie clinică parțială

A.2. Codul bolii (CIM 10): K50.0-K50.9 [5]

K50	Boala Crohn (enterită regională) <i>Include: enterită granulomatoasă</i> <i>Exclude: colită ulcerativă (K 51)</i>
------------	--

	K50.0	Boala Crohn a intestinului subțire <i>Boala Crohn (enterită regională) a:</i> Duodenului; Ileonului; Jejunului.
		<i>Boala Crohn. Ileită:</i> Regională; • Terminală. <i>Exclude:</i> cu BC a intestinului gros (K50.8)
	K50.1	Boala Crohn a intestinului gros <i>Colită:</i> • Granulomatoasă; • Regională. <i>Boala Crohn (enterită regională) a:</i> • Colonului; • Intestinului gros; • Rectului. <i>Exclude:</i> cu BC a intestinului subțire.
	K50.8	Alte BC <i>BC a intestinului subțire și gros.</i>
	K50.9	BC, nespecificată <i>Enterită regională</i>

A.3. Utilizatorii:

- Oficiile medicilor de familie (medic de familie și asistentele medicale);
- Centrele de sănătate (medic de familie);
- Centrele medicilor de familie (medic de familie);
- Instituțiile/secțiile consultative (medic gastroenterolog);
- Asociațiile medicale teritoriale (medic de familie, medic pediatru, medic gastroenterolog);
- Secțiile de copii ale spitalelor raionale și municipale (medic pediatru, medic gastroenterolog);
- Secția gastrologie, IMSP Institutul de Cercetări Științifice în domeniul Ocrotirii Sănătății Mamei și Copilului (medic pediatru, medic gastroenterolog).

A.4. Scopurile protocolului

1. Creșterea numărului copiilor cu BC diagnosticați în primul an de la apariția semnelor clinice.
2. Creșterea numărului de copii cu BC, care au beneficiat de tratament obligatoriu conform protocolului clinic național “Boala Crohn la copil”.
3. Creșterea numărului de copii cu BC la care s-a obținut remisia completă a bolii și a celor la care se menține această remisie.
4. Reducerea numărului de recidive ale BC la copii și creșterea intervalului intercritic al acestei boli.
5. Creșterea calității *screening*-ului cancerului de colon printre populația pediatrică.
6. Eficientizarea asistenței psihosociale a copiilor cu dizabilități.

A.5. Data elaborării protocolului: 2012

A.6. Data reviziei următoare: 2014

A.7. Lista și informațiile de contact ale autorilor și ale persoanelor ce au participat la elaborarea protocolului:

Numele	Funcția deținută
Dr. Ion Mihu, DHM, profesor universitar	Șef secție gastrologie, IMSP Institutul de Cercetări Științifice în domeniul Ocrotirii Sănătății Mamei și Copilului.
Dr. Olga Tighineanu, doctorand	Secția gastrologie. IMSP Institutul de Cercetări Științifice în domeniul Ocrotirii Sănătății Mamei și Copilului.
Pia Munkholm, MD, gastroenterolog, DMSci	Digestive Center, Medicine Section, Herlev University Hospital, Copenhagen, Denmark, Medicine Section, Herlev University Hospital, Copenhagen, Denmark
Natalia Pedersen, MD gastroenterolog, PhD student	Digestive Center, Medicine Section, Herlev University Hospital, Copenhagen, Denmark, Medicine Section, Herlev University Hospital, Copenhagen, Denmark

Protocolul a fost discutat aprobat si contrasemnat:

Denumirea institutiei	Persoana responsabila - semnatura
Societatea Științifico-Practică a Pediatriilor din Moldova	
Asociația Medicilor de Familie din RM	
Comisia Științifico-Metodică de profil „Pediatrie”	
Agenția Medicamentului	
Consiliul de experți al Ministerului Sănătății	
Consiliul Național de Evaluare și Acreditare în Sănătate	
Compania Națională de Asigurări în Medicină	

A.8. Definițiile folosite în document

Boala Crohn – maladie inflamatorie cronică a intestinului, care poate afecta transmural orice segment al tubului digestiv cu predilecție pentru partea terminală a intestinului subțire și gros.

Rectocolita ulcerosă – afecțiune inflamatorie cronică a intestinului, caracterizată prin leziuni ulcerohemoragice, localizate la nivelul mucoasei colonului preponderent a rectului.

Rectoragie – prezența sîngelui în scaun.

Pancolită – afectarea tuturor segmentelor colonului, de la cec pînă la rect.

Valvula ileocecală – sfincter muscular situat la joncțiunea dintre intestinul subțire (ileon) și intestinul gros pentru a preîntîmpina refluxarea conținutului colonic în ileon.

Osteodensitometria – examinarea densității minerală osoase, exprimată în devieri sigmale (DS) unice pentru toate metodele de osteodensitometrie. La copii se apreciază Scorul Z prin compararea cu valoarea devierilor standarde a copiilor din aceeași categorie de vîrstă.

A.9. Informație epidemiologică

• Incidența generală:

- 1 caz la 100.000 locuitori în Asia și America de Sud;
- 1-3 cazuri la 100 mii locuitori în Europa de Sud și Africa de Sud;
- 7 cazuri la 100 mii locuitori în SUA (Minnesota);
- 16 cazuri cazuri în Noua Zeelandă și Australia, și 14 cazuri în Canada.

- **Prevalența generală:** 10-100 la 100mii locuitori [13].
Tendință de creștere a incidenței de BC în special în Europa de Nord, Australia, SUA [7, 18, 13].
- **Incidența la copii:**
 - 0,1 cazuri la 100,000 de copii în Europa de Nord 1973 [18];
 - 4,6 cazuri la 100,000 de copii în Europa de Nord 2003 [18];
 - 3,5 cazuri la 100.000 populație pediatrică, pentru copii cu vârsta de 10-19 ani în America de Nord [Grossman, 2011];
 - 4,56 cazuri la 100.000 populație pediatrică în Wisconsin (America de Nord), de 2 ori mai mare decât CU [Kugathasan, 2003];
- **Distribuția geografică:**
 - este ubicuitară;
 - cu gradient de repartiție nord-sud;
 - predominare în zonele de nord.
- *Ariile geografice cu incidență mare:*
 - America și Europa de Nord [7, 18, 13].
- *Ariile geografice cu incidență mică :*
 - Europa de sud-vest, Orientul mijlociu, America Latină, Africa - de 10 ori mai rar [7, 18, 13].

B. PARTEA GENERALĂ

B.1. Nivel de asistență medicală primară		
Descriere (măsur)	Motive (repere)	Pași (modalități și condiții de realizare)
I	II	III
1. Profilaxia		
1.1. Profilaxia primară	Metode de profilaxie primară la moment în BC nu există [27].	Măsuri de profilaxie primară nu se întreprind.
1.2. Profilaxia secundară	Profilaxia secundară este direcționată spre preîntâmpinarea recidivelor [27]	Obligatoriu: - Preîntâmpinarea factorilor ce pot condiționa recidivele: ✓ factorii alimentari; ✓ tabagismul; ✓ factorii medicamentoși; ✓ factorii infecțioși; ✓ factorii chimici; ✓ factorii iritanți (caseta 3); - Profilaxia infecțiilor intercurrente ale tractului gastrointestinal și respirator. - Micșorarea expunerii la factorii psihosociali (caseta 3).
1.3. Screening-ul	Screening-ul primar în BC nu se efectuează [27]. Deoarece circa 5% din pacienții cu IBD dezvoltă cancer de colon, screening –ul pentru cancerul de colon este o parte componentă importantă în managementul IBD. Colonoscopia se recomandă la fiecare 1-2 ani pentru a ține sub control modificările precanceroase [27]. Copiii cu BC, ce depășesc un stagiul al bolii de 7 – 8 ani, sînt supuși screening-ului pentru cancerul de colon [27].	- Metode de screening în BC nu există. Obligatoriu: - Copiii cu BC vor fi examinați anual prin colonoscopie cu biopsie pentru: - monitorizarea evoluției bolii; - screening-ul cancerului de colon (caseta 5, tabelul 11, 12).
2. Diagnosticul		
2.1. Suspectarea diagnosticului de BC	➤ Simptomele BC sînt eterogene, dar de obicei includ diaree mai mult de 6 săptăm.; dureri abdominale; și/sau pierderi în greutate. Aceste simptome trezesc suspiciunea de BC, în special la copii. Manifestările sistemice includ slăbiciuni generale,	Obligatoriu: - Anamneza și evaluarea factorilor de risc (caseta 3, 6); - Examenul clinic (casetele 7, 8, 9, 10, tabelul 3); - Diferențiere manifestărilor clinice dintre BC și alte maladii (caseta

	anorexie sau febră [9]. ➤ Pacienților sugestivi pentru BC se vor evalua atent simptomele nocturne, caracteristicile manifestărilor extraintestinale ce implică cavitatea bucală, pielea, ochii, articulațiile; epizodele de abces perianal sau fistulă anală [9]. ➤ Dezvoltarea fizică și pubertară trebuie inclusă în diagnostic pe parcursul bolii. Deficitul de creștere și retardul pubertar necesită tratament [8]. ➤ Pacienților cu BC se recomandă măsurarea greutatei corpului și calcularea indicelui corporal de masă; verificarea semnelor de inflamație acută sau cronică, anemie, deshidratare, semne de malnutriție și/sau malabsorbție [9]. ➤ Investigațiile inițiale de laborator în BC trebuie să includă: proteina C – reactivă, hemograma desfășurată. Dacă nu este posibilă aprecierea proteinei C – reactive, atunci se recomandă măsurarea VSH-lui [9]. Pacienții cu diagnostic sugestiv pentru BC, nu necesită investigații clinice și de laborator suplimentare [9].	20, caseta 21, tabelul 9, 10); • Aprecierea curbei de dezvoltare (tabelul 2, anexa 2) • Investigații paraclinice obligatorii (tabelul 7); Recomandabil: • Aprecierea activității clinice bolii (caseta 18,19); • Diagnosticul diferențiat al diferitor forme ale BC la copii (tabelul 8). • Investigații paraclinice recomandabile (tabelul 7).
I	II	III
2.2. Deciderea consultului specialistului și/sau spitalizării	➤ Standartul de aur pentru diagnosticul BC nu este elaborat. Diagnosticul se confirmă prin evaluarea clinică și combinarea investigațiilor endoscopice, histologice, radiologice și/sau biochimice [9]. ➤ Investigarea inițială a copiilor cu BC include colonoscopia (cu intubarea ileonului terminal), cu multiple biopsii și endoscopia gastrointestinală superioară cu multiple biopsii. Adițional endoscopiei se va efectua și radiologia intestinului subțire [8].	Obligativ: • Toți pacienții cu suspexie la BC vor fi îndreptați la consultația gastrologului pediatru. • Evaluarea criteriilor pentru spitalizare (caseta 36).
3. Tratamentul BC		
3.1. Tratamentul nemedicamentos	➤ Produsele alimentare pot să nu prezinte cauza nemijlocită a bolii, dar utilizarea lor irațională în perioada acută pot agrava evoluția puseului și amîna vindecarea [4]. ➤ Copiii cu BC și familia lor necesită suport psihosocial [8].	Obligativ: • Recomandări privind modificarea regimului igienodietetic (caseta 23, 24 , 25, Anexa 1).
3.2. Tratamentul medicamentos	➤ Tratamentul medicamentos prevede inducerea și menținerea remisiei, suplinirea deficiențelor instalate și tratamentul complicațiilor [9].	Obligativ: • Supravegherea tratamentului indicat pentru menținerea remisiei: - Aminosalicilați (caseta 28);

	➤ Budesonidul este efectiv și este mai preferabil decât prednisolonul în formele ușoare-moderate de activitate, cu localizare ileocecală a BC, din cauza efectelor adverse semnificativ mai joase [8]. ➤ Corticosteroizii nu sînt folosiți în tratamentul de menținere a remisiei [8]. ➤ Azatioprina și 6-mercaptopurina sînt utile în menținerea remisiei. Introducerea timpurie a acestor preparate după inducerea terapiei cu corticosteroizi trebuie considerată ca parte componentă a algoritmului de tratament pentru copiii nou depistați cu BC [8]. ➤ Metotrexatul este eficient în menținerea remisiei în cazul pacienților cu rezistența sau intoleranță la azatioprină sau 6-mercaptopurină [8]. ➤ Dezvoltarea fizică și pubertară trebuie inclusă în diagnostic pe parcursul bolii. Deficitul de creștere și retardul pubertar necesită tratament [8].	- Corticosteroizi (29); - Imunomodulatori (caseta 30); • Supravegherea eventualelor complicațiilor (caseta 39), inclusiv complicații postoperatorii; • Supravegherea reacțiilor adverse ale medicamentelor (casetele 28, 30). Recomandat: - Antibiotice (caseta 32); - Preparate probiotice (caseta 34).
4. Supravegherea	Supravegherea pacienților se va efectua în comun cu medicul specialist gastrolog-pediatru și pediatru [26].	Obligatoriu: • Se va elabora un plan individual, în funcție de activitatea bolii, conform planului tip de supraveghere (tabelul 11, 12). • Se va completa „Pașaportul copilului cu Boală Inflamatorie a Intestinului”. • Informarea părinților și/sau copiilor despre actele normative conform cărora copiii cu BC dețin statut de copil invalid și beneficiază de alocații sociale de stat pentru care trebuie să depună o cerere la unitatea de Asistență Socială de la locul de trai (raion). - Ordinul Nr.369/77 din 26.12.2003 al Ministerului Sănătății și Ministerului Muncii „Cu privire la modificarea listei bolilor și starilor patologice care acordă copiilor cu vîrstă de pînă la 16 ani drept la primirea statutului de copil invalid și la alocații sociale de stat”; - Ordinul Nr.62 din 21.02.2008 al Ministerului Sănătății „Cu privire la modificarea Ordinul Nr.369/77 din 26.12.2003 al Ministerului Sănătății și Ministerului Muncii”. conform cărora copiii cu BC dețin statut de copil invalid și beneficiază de alocații sociale de stat pentru care trebuie să depună o cerere la

B.2. Nivel consultativ specializat

Descriere (măsuri)	Motive (repere)	Pași (modalități și condiții de realizare)
I	II	III
1. Profilaxia		
1.1. Profilaxia primară	Metode de profilaxie primară la moment în BC nu există [27].	• Măsuri de profilaxie primară nu se întreprind.
1.2. Profilaxia secundară	Profilaxia secundară este direcționată spre preîntâmpinarea recidivelor [27]	Obligativ: • Preîntâmpinarea factorilor ce pot condiționa recidivele: ✓ factorii alimentari; ✓ factorii medicamentoși; ✓ factorii infecțioși; ✓ fumatul; ✓ factorii chimici; ✓ factorii iritanți (caseta 3); • Profilaxia infecțiilor intercurrente ale tractului gastrointestinal și respirator. • Micșorarea expunerii la factorii psihosociali (caseta3).
1.3. Screening-ul	Screening-ul primar în BC nu se efectuează [27]. Deoarece circa 5% din pacienții cu IBD dezvoltă cancer de colon, screening –ul pentru cancerul de colon este o parte componentă importantă în managementul IBD. Colonoscopia se recomandă la fiecare 1-2 ani pentru a ține sub control modificările precanceroase [27]. Copiii cu BC, ce depășesc un stagiul al bolii de 7 – 8 ani, sînt supuși screeningului pentru cancerului de colon [27].	• Metode de screening în BC nu există. Obligativ: • Copiii cu BC vor fi examinați anual prin colonoscopie cu biopsiere pentru: - monitorizarea evoluției bolii; - screening-ul cancerului de colon (caseta 5, tabelul 11, 12).
2. Diagnosticul		
2.1. Suspectarea și confirmarea diagnosticului de BC	➤ Simptomele BC sînt eterogene, dar de obicei includ diaree mai mult de 6 săptăm.; dureri abdominale; și/sau pierderi în greutate. Aceste simptome trezesc suspiciunea BC, în special la copii.	Obligativ: • Anamneza și evaluarea factorilor de risc (caseta 3, 6); • Examenul clinic (casetele 7, 8, 9, 10, tabelul 3);

	Manifestările sistemice includ slăbiciuni generale, anorexie sau febră [9]. ➤ Examenul general al pacienților cu BC include: starea generală, pulsul, presiunea arterială, rezistența musculaturii abdominale, mase palpabile; inspecția cavității bucale și a regiunii perineale; examinare digitală rectală [9]. ➤ Pacienților cu BC se recomandă măsurarea greutatei corpului și calcularea indicelui corporal de masă; verificarea semnelor de inflamație acută sau cronică, anemie, deshidratare, semne de malnutriție și/sau malabsorbție [9]. ➤ Investigațiile inițiale de laborator în BC trebuie să includă: proteina C – reactivă, hemograma desfășurată. Dacă nu este posibilă aprecierea proteinei C – reactive, atunci se recomandă măsurarea VSH-lui [9]. ➤ Pacienții cu diagnostic sugestiv pentru BC, nu necesită investigații clinice și de laborator suplimentare [9].	• Aprecierea activității clinice bolii (caseta 18,19); • Diferențiere manifestărilor clinice dintre BC și alte maladii (caseta 20, caseta 21, tabelul 9, 10); • Aprecierea curbei de dezvoltare (tabelul 2, anexa 2) • Investigații paraclinice obligatorii (tabelul 7). Recomandabil: • Diagnosticul diferențiat al diferitor forme ale BC la copii (tabelul 8). • Investigații paraclinice recomandabile (tabelul 7).
2.2. Deciderea consultului specialistului și/sau spitalizării	➤ Standartul de aur pentru diagnosticul BC nu este elaborat. Diagnosticul se confirmă prin evaluarea clinică și combinarea investigațiilor endoscopice, histologice, radiologice și/sau biochimice [9]. ➤ Investigația inițială a copiilor cu BC include colonoscopia (cu intubarea ileonului terminal), cu multiple biopsii și endoscopia gastrointestinală superioară cu multiple biopsii. Adicional endoscopiei se va efectua și radiologia intestinului subțire [8]. ➤ În cazul suspiecției complicațiilor extramurale, ce includ fistule sau abcese, cele mai potrivite investigații se consideră ultrasonografia, tomografia computerizată sau rezonanța magnetică [9].	Obligatoriu: • Toți pacienții cu suspecție la BC vor fi îndreptați la consultația gastrologului pediatru. • Pentru confirmarea diagnosticului de BC, copiii vor fi spitalizați în funcție de gravitatea și severitatea (caseta 36); • Copiii cu BC vor fi supravegheați conform modelului-tip de comun cu pediatru (tabelul 11, 12).
3. Tratamentul BC		
3.1. Tratamentul nemedicamentos	➤ Produsele alimentare pot să nu prezinte cauza nemijlocită a bolii, dar utilizarea lor irațională în perioada acută pot agrava evoluția puseului și amâna vindecarea [4]. ➤ Copiii cu BC și familia lor necesită suport psihosocial [8].	Obligatoriu: • Recomandări privind modificarea regimului igienodietetic (caseta 23, 24 , 25, Anexa 1).

3.2. Tratamentul medicamentos	➤ Tratamentul medicamentos prevede inducerea și menținerea remisiei, suplینirea deficiențelor instalate și tratamentul complicațiilor [9]. ➤ Budesonidul este efectiv și este mai preferabil decît prednisolonul în formele ușoare-moderate de activitate, cu localizare ileocecală a BC, din cauza efectelor adverse semnificativ mai joase [8]. ➤ Corticosteroizii nu sînt folosiți în tratamentul de menținere a remisiei [8]. ➤ Azatioprina și 6-mercaptopurina sînt utile în menținerea remisiei. Introducerea timpurie a acestor preparate după inducerea terapiei cu corticosteroizi trebuie considerată ca parte componentă a algoritmului de tratament pentru copiii nou depistați cu BC [8]. ➤ Metotrexatul este eficient în menținerea remisiei în cazul pacienților cu rezistența sau intoleranță la azatioprină sau 6-mercaptopurină [8]. ➤ Deficitul de creștere și retardul pubertar necesită tratament [8].	Obligativ: • Supravegherea tratamentului indicat pentru menținerea remisiei: - Aminosalicilați (caseta 28); - Corticosteroizi (caseta 29); - Imunomodulatori (caseta 30); • Supravegherea eventualelor complicațiilor (caseta 39), inclusiv complicații postoperatorii; • Supravegherea reacțiilor adverse ale medicamentelor (casetele 28, 30). Recomandat: - antibiotice (caseta 32); - preparate probiotice (caseta 34);
4. Supravegherea	Supravegherea pacienților se va efectua în comun cu medicul specialist gastrolog-pediatru și pediatru [26].	Obligativ pentru toți bolnavii: • Se va elabora un plan individual, în funcție de activitatea bolii, conform planului tip de supraveghere (tabelul 11, 12). • Se va completa „Pașaportul copilului cu Boală Inflamatorie a Intestinului” • Informarea părinților și/sau copiilor despre actele normative conform cărora copiii cu CU dețin statut de copil invalid și beneficiază de alocații sociale de stat pentru care trebuie să depună o cerere la unitatea de Asistență Socială de la locul de trai (raion). - Ordinul nr.369/77 din 26.12.2003 al Ministerului Sănătății și Ministerului Muncii „Cu privire la modificarea listei bolilor și starilor patologice care acordă copiilor cu vîrstă de pînă la 16 ani drept la primirea statutului de copil invalid și la alocații sociale de stat”; - Ordinul nr.62 din 21.02.2008 al Ministerului Sănătății

		„Cu privire la modificarea Ordinul nr.369/77 din 26.12.2003 al Ministerului Sănătății și Ministerului Muncii”. conform cărora copiii cu BC dețin statut de copil invalid și beneficiază de alocații sociale de stat pentru care trebuie să depună o cerere la unitatea de Asistență Socială de la locul de trai (raion).
--	--	--

B.3. Nivel de asistență medicală spitalicească		
Descriere (măsuri)	Motive (repere)	Pași (modalități și condiții de realizare)
I	II	III
1. Spitalizare	Spitalizarea este necesară pentru efectuarea intervențiilor și procedurilor diagnostice și terapeutice care nu pot fi executate în condiții de ambulator (endoscopie cu biopsie, irigografie etc.) [8] Inducerea remisie la copii cu BC se efectuează în condiții de staționar [8].	• Criteriile de spitalizare (caseta 36)
2. Diagnosticul		
2.1. Confirmarea diagnosticului de BC	➤ Standardul de aur pentru diagnosticul BC nu este elaborat. Diagnosticul se confirmă prin evaluarea clinică și combinarea investigațiilor endoscopice, histologice, radiologice și/sau biochimice [9]. Investigațiile inițiale de laborator trebuie să includă: proteina C – reactivă, hemograma desfășurată, ➤ Dacă nu este posibilă aprecierea proteinei C – reactive, atunci se recomandă măsurarea VSH-lui [9]. ➤ Testele adiționale ale maselor fecale, pot fi necesare pacienților ce au călătorit recent peste hotare [9]. ➤ Procedură de primă linie pentru stabilirea diagnosticului pacienților suspecți cu BC este ileocolonosopia cu multiple biopsii din ileonul terminal și din fiecare segment colonic [9]. ➤ Pacienților cu BC, determinată ileocolonoscop, investigațiile ce vor urma vor fi îndreptate spre examinarea localizării și extinderii BC în intestinul	Obligatoriu: • Anamneza și evaluarea factorilor de risc (caseta 3, 6); • Examenul clinic (casetele 7, 8, 9, 10, tabelul 3); • Aprecierea activității clinice bolii (caseta 18,19); • Diferențiere manifestărilor clinice dintre BC și alte maladii (caseta 20, caseta 21, tabelul 9, 10); • Diagnosticul diferențiat al diferitor forme ale BC la copii (tabelul 8). • Aprecierea curbei de dezvoltare (tabelul 2, anexa 2) • Investigații paraclinice obligatorii (tabelul 7); Recomandabil: • Investigații paraclinice recomandabile (tabelul 7).

	subțire, ileonul terminal [9]. ➤ Cîteva tehnici sînt utilizate pentru investigarea intestinului subțire, și include irigografia cu reflux ileal, enteroclisma, ultrasonografia transabdominală, tomografia computerizată (CT)-enterocclisis(grafie), rezonanță magnetică (MRI)-enterocclisis(grafie). Pentru determinarea extinderii și localizării BC în intestinul subțire, majoritatea centrelor recurg la examinare fluoroscopică (SBE sau SBFT) și doar cîteva centre fac CT sau MRI [9]. ➤ Cînd intubarea endoscopică a intestinului nu este posibilă, examinarea radiologică este necesară pentru determinarea localizării și extinderii bolii. Irigografia cu reflux ileal se recomandă pacienților cu BC a intestinul subțire, însă irigografia cu contrast dublu se recomandă în BC a intestinului gros. Pot fi utilizate proceduri imagistice complementare, ce includ ultrasonografia transabdominală, tomografia computerizată și/sau rezonanța magnetică [9]. ➤ Capsula endoscopică reprezintă o metodă performantă pentru vizualizarea intestinului subțire, dar sînt necere studii prospective pentru confirmarea relevanței diagnostice a capsulei endoscopice în BC. Ea poate fi utilizată în cazul pacienților simptomatici cu suspecție la BC a intestinului subțire, la care au fost excluse stricturile/stenozele și la care endoscopia ileonului terminal este normală sau imposibilă [9]. ➤ Pentru diagnosticul cu certitudine a BC, sînt necesare prelevarea multiplelor biopsii (minim două) din 5 porțiuni ale colonului (inclusiv rectul) și ileonul terminal [9]. ➤ Caracteristicile microscopice unanim acceptate, ce permit stabilirea diagnosticului de BC sînt: inflamația focală (discontinuuă), cronică (limfocite, plasmocite); iregularitate focală a criptelor (cripte distorsionate, discontinue); granuloame. Adicional, iregularitatea vilozităților ileonului. Dacă ileita continuă cu colita, caracteristica testelor diagnostice, se aplică cu prudență	
--	--	--

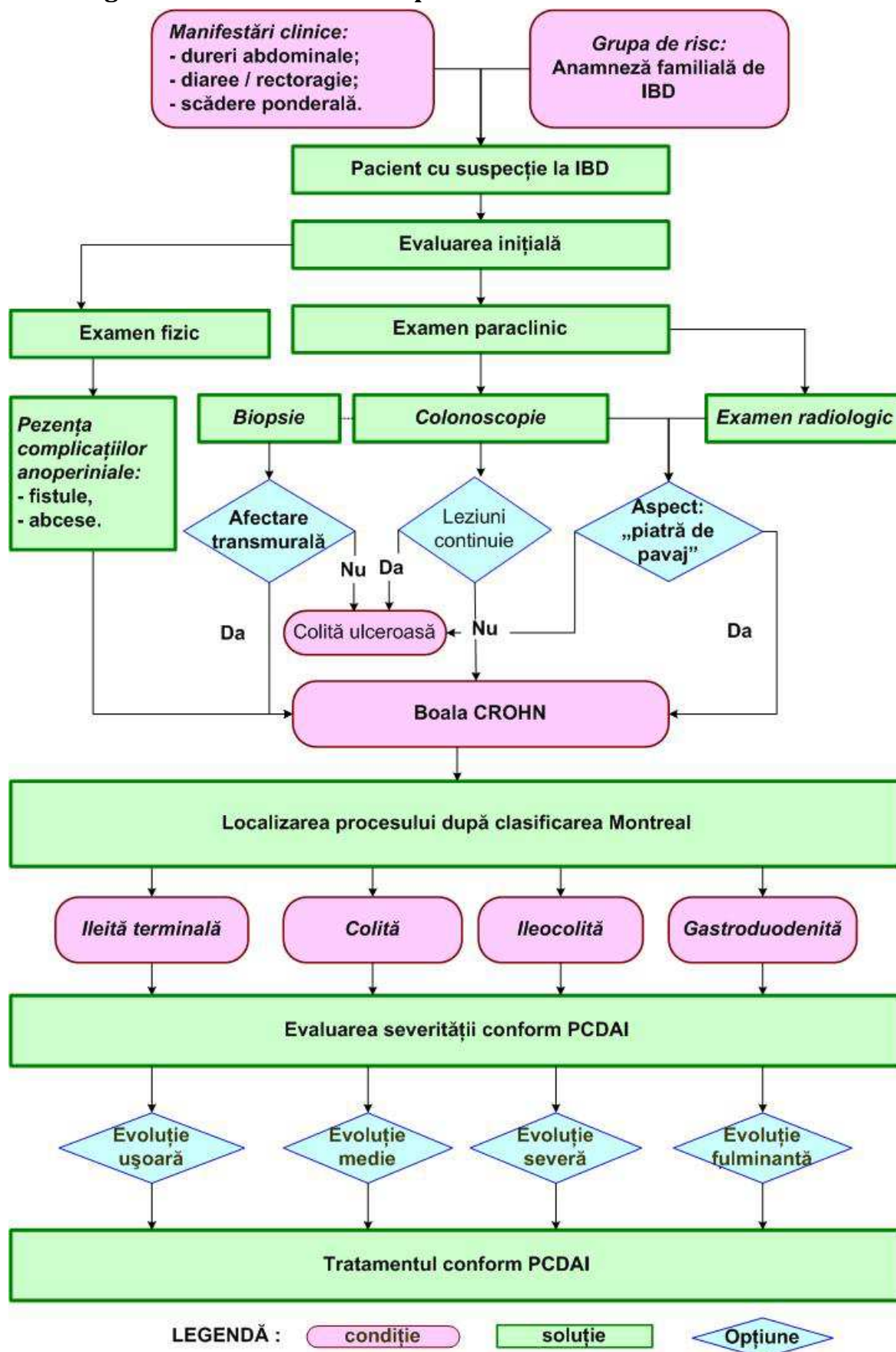
	[9].	
3. Tratatamentul BC		
3.1. Tratatamentul nemedicamentos	➤ Produsele alimentare pot să nu prezinte cauza nemijlocită a bolii, dar utilizarea lor irațională în perioada acută pot agrava evoluția puseului și amîna vindecarea [4]. ➤ Copii cu BC și familia lor necesită suport psihosocial [8].	Obligatoriu: • Recomandări privind modificarea regimului igienodietetic (caseta 23, 24 , 25, Anexa 1). • Regim de staționar, care implică restricția activității fizice la bonavii cu activitate moderată și severă a bolii.
3.2. Tratatamentul medicamentos	➤ Tratatamentul medicamentos prevede inducerea și menținerea remisiei, suplinirea deficiențelor instalate și tratamentul complicațiilor [9]. ➤ Corticosteroizii și tratamentul nutrițional sînt ambele efective pentru inducerea remisiei [8]. ➤ Nutriția enterală poate fi mai efektivă la pacienți nou depistați cu BC. Formulele enterale elementare sînt mai puțin efective comparativ cu formulele polimerice [8]. ➤ Budesonidul este efektiv și este mai preferabil decît prednizolonul în formele ușoare-moderate a BC cu localizare ileocecală din cauza efectelor adverse semnificativ mai joase [8]. ➤ Rolul Mesalazinei în inducția și menținerea remisiei la copii cu BC este neclar [8]. ➤ Corticosteroizii nu sînt folosiți în tratamentul de menținere [8]. ➤ Azatioprina și 6-mercaptopurina sînt utile în menținerea remisiei. Introducerea timpurie a acestor preparate după inducerea terapiei cu corticosteroizi trebuie considerată ca parte componentă a algoritmului de tratament pentru copiii nou depistați cu BC [8]. ➤ Metotrexatul este efektiv în menținerea remisiei în cazul pacienților cu rezistența sau intoleranță la azatioprină sau 6-mercaptopurină [8]. ➤ Infliximabul este efektiv în inducerea remisiei în forma refractară a BC la copii, inclusiv forma refractară fistulizantă [8]. ➤ Tratatament chirurgical suplimentar se indică copiilor în perioada prepubertară cu deficit de creștere și în special	Obligatoriu: • Deciderea formelor de tratament necesare pentru fiecare caz în parte (caseta 22); • Indicarea tratamentului pentru inducerea remisiei: - nutriția enterală (caseta 27); - aminosalicilați (caseta 28); - corticosteroizi (caseta 29); - imunomodulatori (caseta 30); • Tratatamentul complicațiilor în caz de prezență (caseta 39): - antibiotice (caseta 32); - preparate probiotice (caseta 34); - acid folic (caseta 33); • În caz de manifestări extradigestive și/sau complicații, se recomandă consultația specialiștilor din domeniu. Recomandat: - terapia cu anticorpi monoclonali, Infliximab (caseta 31).

	în cazul limitării BC la ileonul terminal [8]. ➤ Deficitul de creștere și retardul pubertar necesită tratament [8].	
4. Externarea	Supravegherea pacienților se va efectua în comun cu medicul specialist gastrolog-pediatru și pediatru [37]. Durata aflării în staționar poate fi 3-6-8 săptămîni, în funcție de activitatea bolii și de eficacitatea tratamentului [37].	Extrasul obligatoriu va conține: ✓ diagnosticul precizat desfășurat; ✓ rezultatele investigațiilor și tratamentului efectuat; ✓ recomandări explicite pentru pacient; ✓ recomandări pentru medicul de familie. OBLIGATORIU: • Aplicarea criteriilor de externare (caseta 37); • Elaborarea planului individual de supraveghere în funcție de activitatea bolii, conform planului tip de supraveghere (tabelele 11, 12); • Extrasul din fișa de spitalizare va conține: - diagnosticul complet conform clasificării Montreal (tabelul 1) și conform PCDAI (caseta 18); - rezultatele desfășurate ale investigațiilor instrumentale și de laborator, aplicate în perioada spitalizării; - tratamentul efectuat; - recomandări explicite pentru părinți/copii; - recomandări pentru medicul de familie. • Completarea „Pașaportul copilului cu Boală Inflamatorie a Intestinului” • Oferirea informației pentru pacient (<i>Ghidul pacientului, Anexa 1</i>) • Informarea părinților și/sau copiilor despre actele normative conform cărora copiii cu CU dețin statut de copil invalid și beneficiază de alocații sociale de stat pentru care trebuie să depună o cerere la unitatea de Asistență Socială de la locul de trai (raion). - Ordinul nr.369/77 din 26.12.2003 al Ministerului Sănătății și Ministerului Muncii „Cu privire la modificarea listei bolilor și starilor patologice care acordă copiilor cu vîrstă de pînă la 16 ani drept la primirea statutului de copil invalid și la alocații sociale de stat”; - Ordinul nr.62 din 21.02.2008 al Ministerului Sănătății „Cu

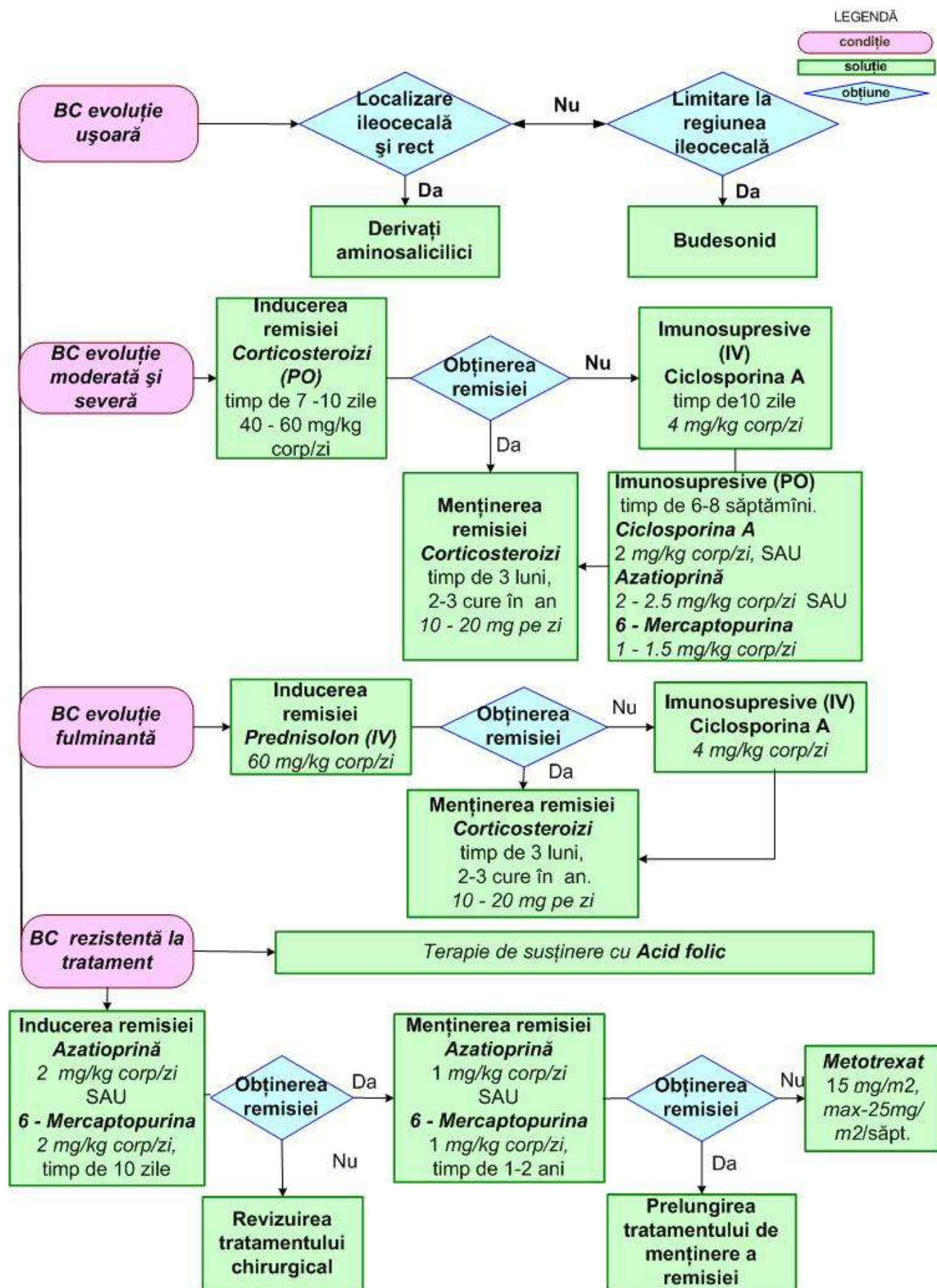
		privire la modificarea Ordinul Nr.369/77 din 26.12.2003 al Ministerului Sănătății și Ministerului Muncii”. conform cărora copiii cu BC dețin statut de copil invalid și beneficiază de alocații sociale de stat pentru care trebuie să depună o cerere la unitatea de Asistență Socială de la locul de trai (raion).
--	--	---

C. 1. ALGORITMI DE CONDUITĂ

C.1.1. Algoritmul de conduită a copiilor cu BC



C.1.2. Algoritmul de tratament al copiilor cu BC



C.2. DESCRIEREA METODELOR, TEHNICILOR ȘI PROCEDURILOR

C.2.1. Clasificarea BC

Tabelul 1. *Clasificarea Vienna și Montreal a BC (2005)* [23]

Criterii	Clasificarea Vienna (1996)		Clasificarea Montreal (Revizuirea Vienna, 2005)	
Vîrsta la momentul diagnosticului	A1 -	<40 ani	A1 -	≤ 16
	A2 -	≥ 40 ani	A2 -	17-40
			A3 -	>40
Localizare	L1 -	Ileonul terminal	L1 -	Ileon terminal
	L2 -	Colon	L2 -	Colon
	L3 -	Ileo-colon	L3 -	Ileo-colon
	L4 -	Tractul GI superior	L4 -	Afectarea izolată a tractului GI superior*
Pattern evolutiv	B1 -	Non-obstructivă-non-fistulizantă	B1 -	Non-obstructivă-non-fistulizantă
	B2 -	Obstructivă	B2 -	Obstructivă
	B3 -	Fistulizantă	B3 -	Fistulizantă
			P -	Afectare perianală**
Notă:				
A1-A3 – (Age) Vîrsta;		B1-B3 (Behaviour) Evoluția;		
L1-L4 – (Location) Localizarea;		P – boala perianală concomitentă.		
*L4 poate fi adăugat localizării.		**p de adauga la B1- B3 atunci când există boala perianală concomitentă.		
L1-L3 atunci când este prezentă afectarea concomitentă a tractului gastro-intestinal superior.				

Caseta 1. *Clasificarea după indicele de activitate PCDAI*, vezi caseta 18 [16].

- Remisie clinică (PCDAI <11);
- Maladie ușoară (PCDAI >11<30);
- Maladie gravă (PCDAI >30).

Caseta 2. *Clasificarea după scorul clinic Lloyd-Still*, vezi caseta 19 [24].

- Remisie completă (>80 puncte);
- Remisie parțială (60 – 80 puncte);
- Afectare medie (30 – 60 puncte);
- Afectare severă (<30 puncte).

C.2.2. Factori de risc

Caseta 3. *Factorii de risc în BC și cei care pot condiționa recidivarea bolii*

• Factorul genetic

- este factorul de risc major pentru BC;
- este asociată cu gena *NOD2/CARD15*, de pe cromozomul 16 ce reglează răspunsul imun;
- 25% dintre copiii albi au o mutație a genei *CARD15* în comparație cu doar 2% din copiii de culoare și hispanici;
- gena *ATG16L1* este asociată cu BC, în special forma ileală și este implicată în autofagocitoză, componentă esențială a răspunsului imun înăscut;
- predispoziția genetică este explicată și prin prezența BC la gemeni monoziagoți în 44,4%

- cazuri, comparativ cu gemenii dizigoți în 3,8%;
- 30% din pacienți diagnosticați până la vârsta de 20 ani au un istoric familial pozitiv de BC, 18% la vârsta de 20-39 ani și 13% după vârsta de 40 de ani;
- 30-100% din populație care are rude de gradul I cu BC riscă să facă aceeași boală;
- 10-25% din pacienți diagnosticați sunt descendenți de gr.I ai persoanelor care suferă de BC;
- 4% din rudele de gradul I riscă să dezvolte boala la aceeași vârstă [20].
- **Vârsta**
 - Repartizare bimodală: picul I < 20 ani (25-30 %, debut în copilărie) [7,18,14];
picul II - la 60-80 de ani.
 - Vârsta medie de debut a BC în copilărie - 7,5 ani;
 - 25 % din pacienții cu BC prezintă manifestări clinice până la 20 ani [Grossman, 2011].
- **Apartenența rasială și etnică**
 - comparativ mai frecventă la rasa albă, nord-europeni, evrei, în special Ashkenazi și Sepharzi.
- **Sexul**
 - printre adulți: femeile fac BC de 1.1-1.8 ori mai frecvent [Grossman, 2011];
 - printre copii raportul băieți/fete este similar, deși un deceniu în urmă dominau băieții [WGO,2009]; iar Grossman, 2011 remarcă că în SUA, 2003 raportul băieți/fete a fost de 1,6/1.
- **Locul de trai:**
 - BC se întâlnește mai des în zone urbane, înalt industrializate.
- **Factori infecțioși:**
 - sunt complementari celui genetic, infecțiile pot induce BC la indivizi genetic susceptibili;
 - rol patogenetic îl prezintă unele bacterii și viruși, mai frecvent fiind implicați:
Bacterii: Mycobacterium paratuberculosis;
Listeria monocytogenes.
Viruși: Paramixovirusuri (virusul rujeolic).
- **Factori chimici:**
 - acțiunea beriliului, zirconului (unii autori).
- **Fumatul**
- **Factori medicamentoși**
 - remediile din grupul antiinflamatorilor nesteroidieni au acțiune complementară factorului genetic;
 - poartă risc utilizarea Izotretinoinei (Accutan) indicat în tratamentul acneei [14].
- **Factori alimentari:**
 - alimentație artificială precoce;
 - aditivii alimentari (conservanții), în special la persoanele genetic susceptibile.
alimentare irațională:
 - glucide ușor asimilabile,
 - Coca – Cola,
 - insuficiența fibrelor alimentare;
 - deficitul acizilor grași polinesaturați;
 - utilizarea alimentelor de tip „fast food” > 2 ori pe săptămână.
- **Factori iritanți** (siliciul, talcul din pasta de dinți) și de **iradiere** de rind cu factorii alimentari și cei chimici, sunt capabili să inducă BC numai în perioada copilăriei.
- **Factorii psihosociali** (stresul acut, stresul cronic, surmenajul).

C.2.3. Profilaxia

Caseta 4. Profilaxia BC

Măsurile de profilaxie primară în BC la momnet nu se întreprind.

Profilaxia secundară constă în:

- prevenirea factorilor de risc și a celor care pot precipita recidivarea bolii (caseta 3);

- profilaxia infecțiilor intercurrente ale tractului gastroinestinal și respirator;
- profilaxia tabagismului sau abandonarea fumatului;
- micșorarea expunerii la stresuri.

C.2.4. Screening-ul

Caseta 5. Screeningul BC

- Screening primar al BC nu există.
- Screening copiilor diagnosticați cu IBD, prevede evaluarea severității bolii, și monitorizarea răspunsului la tratament.

C.2.5. Conduita pacientului

C.2.5.1. Anamneza

Caseta 6. Repere anamnestice pentru diagnosticul BC la copii

- | | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Durerile abdominale <ul style="list-style-type: none"> - Localizarea și intensitatea; - Afectează activitatea cotidiană a copilului; - Frecvența și caracterul; - Circumstanțele de ameliorare și agravare. • Diaree <ul style="list-style-type: none"> - Periodicitatea în timpul zilei; - Prezența în timpul nopții; - Frecvența și volumul; - Aspectul macroscopic; • Rectoragie <ul style="list-style-type: none"> - Însoteste sau nu diareea; - Sânge sub formă de striuri, picături, “învelește scaunul”, este amestecat cu masele fecale; - Cantitatea de sânge. | <ul style="list-style-type: none"> • Anamneza familială <ul style="list-style-type: none"> - Istoric familial de IBD; - Prezența la rude a retardului staturoponderal, durerilor abdominale cronice, rectoragiei. • Creșterea și dezvoltarea <ul style="list-style-type: none"> - Greutatea și talia în raport cu vârsta; - Raportarea la activitatea bolii; - Dezvoltarea sexuală în raport cu vârsta. • Anorexia <ul style="list-style-type: none"> - Debutul; - Durata; - Raportarea la activitatea bolii. |
|--|--|

C.2.5.2. Examenul clinic

Caseta 7. Tipul clasic de BC la copii

Triada clinică clasică (dureri abdominale, pierdere în greutate, diaree) – 25% cazuri.

- Dureri abdominale – 86 % [14]; 62-95 % [37];
- Pierdere în greutate – 80 %; 43-92 % [37].
- Diaree – 78 % [1]; 52-78 % [37];
- Sânge în scaun – 49 %;
- Leziuni perianale – 44 %;
- Febră – 38 %.

Caseta 8. Tipul non-clasic de BC la copii

- Rectoragie – 49 % [14]; 14-60 % [37];
- Febră – 38 % [14]; 11-68 % [37];
- Dereglări dispepsice;
- Leziuni perianale – 45 % [14]; 16-25 % [37]
- Manifestări extraintestinale – adesea domină tabloul clinic și complică diagnosticul [14]; 15-25 % [37].

Caseta 9. Manifestările clinice BC la copii

- **Manifestări generale**

- Greață;
- Vomă;
- Febră;
- Slăbiciuni generale.

- **Manifestări intestinale**

- Dureri abdominale;
- Diaree;
- Rectoragie;
- Tenesme;
- Fistule;
- Leziuni anoperianale.

- **Manifestări extraintestinale**

- Deficit staturo-ponderal 30-33 % [37];
- Scădere ponderală
- Manifestări articulare;
- Manifestări cutanate;
- Manifestări oculare;
- Manifestări neurologice;
- Dereglări metabolice;
- Dereglări hematologice;
- Manifestări hepatobiliare;
- Implicare vasculară;
- Manifestări genitourinare.

Caseta 10. Manifestările extraintestinale ale BC la copii

- **Manifestările articulare**

- Artropatie periferică
- Spondilită anchilozantă
- Sacroileită

- **Manifestările oculare**

- Episclerită
- Iridociclită
- Sclerită
- Conjunctivită
- Uveită
- Cataractă.

- **Manifestările hepatobiliare**

- Colangită sclerozantă primară;
- Pericolangită;
- Colelitiază;
- Hepatită granulomatoasă;
- Ciroză; Steatoză.

- **Manifestările cutaneo-mucoase**

- Eritem nodos
- Piodermie gangrenoasă
- Stomatita angulară
- Stomatită aftoasă
- Acrodermatită enteropatică
- Alopeție
- Candidiază digestivă
- Candidiază urinară

- **Manifestările hematologice**

- Anemie feriprivă;
- Anemie B12 deficitară;
- Anemie hemolitică autoimună;
- Trombocitoză;
- Anemie folivodeficiară

Tabelul 2. Deficitul staturo-ponderal în BC

	Metoda centilelor	Metoda devierilor sigmale
Deficit ponderal		
Deficit de masă gradul I	p 25-p10	- 1-2 DS
Deficit de masă gradul II	< p10	≥ - 2 DS
Deficit statural		
Talie mai joasă de mediu	p25 – p10	1-2 DS
Talie joasă	< p10	≥ - 2 DS

Tabelul 3. Manifestările clinice ale BC copii în funcție de gravitatea bolii [15]

Manifestări clinice / Gravitatea bolii	Ușoară	Severă/gravă	Fulminantă
Scaunul	< 4 în zi	> 6 în zi, rectoragie	6-12 în zi, rectoragie
t° C	fiziologică	> 37,5 °C	Febră înaltă
FCC	valori fiziologice	Tahicardie (> 90 bătă./min.)	Tahicardie pronunțată
Anemia	gradul I	Hb < 75 % din norma	Anemie severă

		fiziologică;	
VSH	< 30 mm/h	> 50 mm/h	> 50 mm/h
Deficit ponderal	< 10 %	>10 %	> 10 %
Semne de intoxicație, prezența complicațiilor	Lipsa	Complicații intestinale (abces, ocluzie intestinală, hemoragie, fistule) sau manifestări severe extraintestinale.	complicații intestinale: (abces, ocluzie intestinală, hemoragie, fistule) sau manifestări severe extraintestinale; Cașexie.
Forma moderată	Semne clinice intermediare între forma ușoară și severă.		
Remisie	Pacient asimptomatic, absența modificărilor inflamatorii.		

C.2.5.3. Investigații paraclinice

Conform recomandărilor ECCO examinările inițiale, obligatorii pentru diagnosticul BC sunt:

1. Examinarea endoscopică (colonoscopie și EGDFS) cu multiple biopsii. Prelevarea biopsiilor descoperă circa 11-29% cazuri care pot fi omise la examenul endoscopic.
2. Irigografia sau tranzitul baritat [8, 9].

Caseta 11. Examenul endoscopic în BC la copii

• Avantaje

- metoda cea mai exactă pentru vizualizarea tubului digestiv;
- posibilitatea preluării biopsiilor.

• Indicații:

- Stabilirea diagnosticului,
- Aprecierea: - extinderii procesului inflamator,
 - gradului de severitate,
 - complicațiilor,
 - răspunsului la tratament.
- Screening pentru cancerul de colon :
 - după trei luni de la inițierea tratamentului,
 - anual în perioadele de remisiuni.

• Precauții:

- boli pulmonare severe;
- malformații cardiace decompensate cu insuficiență cardiacă NYHA III-I
- prezența implanților (se va face profilaxia cu antibiotice);
- beneficiul în vederea diagnosticului este esențial și depășește cu mult riscurile.

• Anestezia

- intravenoasă, nu se intubează pacientul ca la o operație clasică;
- de scurtă durată,
- are rolul de a relaxa și a induce somnolență cu amnezie retrogradă (pacientul nu-și amintește ce s-a întâmplat pe parcursul examinării), deoarece aerul insuflat pentru destinderea intestinului provoacă dureri intense.

• Pregătiri generale:

- acordul scris al pacientului (părinților);
- consiliere psihologică ;
- hemoleucograma;
- grupa sanguină;
- teste de coagulare.

Caseta 12. Examenul endoscopic în BC la copii. Colonosopia (cu prelevarea obligatorie a biopsiei)

- **Contraindicații:**
 - colită activă cu evoluție severă – riscul perforației și dilatației acute la insuflarea cu aer;
 - megacolon toxic – risc de perforații;
 - tendință la hemoragie perforații.
- **Pregătirea intestinului:**
 - *Spălătură intestinală ortogradă*
 - 1-4 l. soluție salină (cca 80-110 ml/kg Golytely) în interval de 30-90 minute, oral sau pe sondă, pînă cînd apare scaun cu soluție clară.
 - Fortrans 3-4 plicuri dizolvate în apă plată sau ceai, soluție ce se bea în seara dinaintea investigației în decurs de 2-3 ore.
 - *Spălătură intestinală retrogradă (clistere):* lichidul pentru clistere în funcție de vîrstă
- **Pregătirea combinată:**
 - 2 zile regim de piureuri moi, lichide din abundență;
 - în ziua premărgătoare - Dicolax, Citrat de magneziu;
 - seara înaintea examenului - clizmă cu 300 ml;
 - dimineața, înaintea examenului - clizmă cu 300 ml.
- **Pregătirea sugarilor:**
 - 12-24h înainte de examinare - lichide (soluție de glucoză-electroliți);
 - 6 h înainte de examinare - post.

Caseta 13. Examenul endoscopic în BC la copii. EGDFS (cu prelevarea obligatorie a biopsiei)

- **Pregătirea tractului digestiv superior:**
 - abținerea de la alimentație 6 ore înainte de procedură.
- **Semne precoce:**
 - leziuni cu aspect de esofagită erozivă ulcerativă;
 - edemațierea mucoasei gastrice;
 - dilatarea pliurilor;
 - aspect de „piatră de pavaj” al mucoasei;
 - ulcere serpinginoase sau ovale;
 - prezența nodulilor granulomatoși.
- **Semne tardive:**
 - aspect stenoizat sau tumoral în porțiunea inferioară a esofagului;
 - stenoză pilorică.

Tabelul 4. Tabloul endoscopic al BC la copii

Parametri <i>Faza bolii</i>	Faza infiltrativă	Faza fisurilor	Faza de cicatrizare
Mucoasa	- mucoasă palidă - nuanță gălbuie	- alternarea sectoarelor cu defecte ulcerose, distrucții, fisuri, fistule cu sectoare de mucoasă intactă	- regenerare completă - pe alocuri pot fi vizualizate orificiile fostelor fisuri și elemente de pseudopolipoză
Desenul vascular	- arterii separate - uneori dispare	dispare	dispare
Perete intestinal,	- pliuri dilatate - se păstrează pliurile	- ștergerea pliurilor - peretele intestinal cu aspect	- peretele intestinal cu aspect rigid

pliuri.	circulare - dispar pliurile transversale - pot apărea plicile longitudinale, care nu se denivelează la insuflația cu aer - infiltrat inflamator din straturi-le profunde împinge mucoasa intestinală, creînd aspect de „drum pavat”	rigid - stadiu distructiv cu fisuri și fistule - aspect de „drum pavat”	- „defecte de pavaj”
Aspectul lumenului	lumen stelat	lumen redus, îngustat	lumen îngustat
Ulceratii	<u>Suprafețe ulceroase aftoide</u> - crater în centru, - lizereu roșu intens pe margini <u>Ulceratiile superficiale:</u> - posibil cu elemente de pseudopolipoză - depuneri fibrinoase fine	<u>Defecte ulceroase dispuse de-a lungul colonului</u> - dau ramificații laterale - confluează creînd un sistem de ramificații fisurale care împreună cu spațiile dintre ele completează relieful de “drum pavat” <u>Defectele ulceroase masive</u> - cuprind întreg segmentul afectat <u>Defectele ulceroase circulare</u> - implică toate straturile colonului - lasă aspect de “minus țesut” - au margini infiltrate, neregulate - sunt înconjurate de un burelete inflamator - sectoarele dintre defecte pot fi intacte - baza ulceratiilor este reprezentată de stratul muscular, iar uneori îl poate chiar depăși	- defecte ulceroase restante în cazul defectelor masive
Complicații	Puțin caracteristice	<u>Fisuri:</u> - cu pelicule necrotice - mase purulente - la presiune pot exterioriza puroi dens colorat în verde murdar <u>Fistule</u>	<u>Stenoze:</u> - pot avansa pînă la ocluzie intestinală totală

Caseta 14. Examenul histologic în BC la copii

- **Indicații:**

- stabilirea diagnosticului;
- aprecierea extinderii procesului inflamator și a gradului de severitate;
- stabilirea prezenței complicațiilor;
- aprecierea răspunsului la tratament ;
 - la trei luni de la inițierea tratamentului;
 - anual în perioadele remisiuni.
- ca screening pentru cancerul de colon.

- **Contraindicații:**

- distrofie extremă la sugari;
- colită intens activă cu tendința de sîngerare;
- tulburări sanguine.

- **Metodă:**

- preluarea fragmentelor mucoasei intestinale;
- examinări histologice;
- examinări microbiologice;
- examinări enzimo-chimice.

- **Pregătire generală:**

- acordul scris al pacientului (părinților);
- hemoleucograma;
- grupa sanguină;
- teste de coagulare.

Caseta 15. Tabloul histologic în BC la copii.

- *Granulomul crohnian* („granulomul cazeiform”, leziune crohniană):
 - se întâlnește la 60% din bolnavi;
 - prezintă o aglomerare de celule histiocitare cu sau fără celule gigante de tipul celulelor Langhans, înconjurată de un lizereu fin de limfocite;
 - nu are crater de necroză cazeoasă sau populație bacteriană specifică;
 - implică orice segment al tubului digestiv cu predilecție intestinul subțire (80%) și ileon (60%);
 - dimensiunile și numărul granuloamelor sunt proporționale cu prognosticul maladiei.
- *Afectarea transmurală* a peretelui intestinal:
 - edemul straturilor peretelui intestinal;
 - infiltrație limfohistiocitară;
 - stratul subseros și mucos sînt mai frecvent implicate.
- *Fibroză transmurală:*
 - caracteristic pentru stadiile avansate;
 - peretele este îngroșat cu formarea stenozelor strînse, extinse și nondistensibile.
- *Ulceratii aftoide:*
 - localizate la baza criptei glandulare;
 - invazie neutrofilică a criptei;
 - ulcerule cresc în suprafață și în profunzime cu invazia mucoasei și submucoasei.
- *Fisurile:*
 - sînt leziuni caracteristice;
 - se dezvoltă în baza ulcerelor aftoide;

- se extind transmural, prin musculară și seroasă;
- au ca substrat histologic perforațiile libere;
- inflamația transmurală determină formarea aderențelor între zonele intestinale inflamate și structurile adiacente.
- *Fistulele:*
 - sînt leziuni caracteristice;
 - se dezvoltă în urma extensiei fisurilor în organele adiacente.
- *Necroza axonală* a nervilor autonomi:
 - leziune histologică precoce caracteristică.

Caseta 16. Examenul radiologic baritat în BC la copii.

- **Indicații:**
 - Suspecție la IBD;
 - Aprecierea extinderii procesului inflamator și gradului de severitate;
 - Suspecție la prezența stricturilor și fistulelor.
- **Contraindicații:**
 - Evoluție acută a bolii;
 - Colită intens activă;
 - Tendința de sîngerare, tulburări sanguine;
 - Megacolon toxic.
- **Avantaje:**
 - Permite vizualizarea reliefată a pereților intestinali;
 - Vizualizarea defectelor de umplere, prezența obstacolelor, stricturilor;
 - Aprecierea motilității intestinale prin intermediul timpului de evacuare a substanței de contrast;
 - Aprecierea rigidității pereților intestinali, prezența edemului submucos;
 - Radiologia cu intubare duodenală, bariu contrastant dă informații despre extensia posibilelor complicații rare: stricturi, fistule interne;
- **Metodă:**
 - Irigografia cu reflux ileal;
 - Enterocлизмă;
 - Bariu pasaj cu urmărire la 1, 2, 3 și 4 ore.
- **Pregătirea tractului digestiv superior (caseta 12).**

Caseta 17. Irigografia în BC la copii

- **Semne precoce:**
 - Ulcerații aftoide (discrete colecții de bariu înconjurate de un halou radiotransparent).
 - Ulcerațiile aftoide sunt de obicei înconjurate de mucoasă cu aspect normal
(*nu este patognomonic, se întâlnește și în amoebiază, shigeloză, sdr.Behcet*).
- **Semne avansate:**
 - Ulcerații de dimensiuni mari;
 - formă neregulată, stelate sau liniare;
 - profunde și interconectate, determinînd împreună cu mucoasa normală aspect de „piatră de pavaj” ;
 - Inflamație transmurală și fibroza;
 - Peretele intestinal scurtat, îngroșat și rigid;

- Stenoze lungi și strânse la nivelul ileonului care alternează cu zone dilatate: „semnul sforii” ;
- Pseudopolipi;
- Pseudodiverticoli;
- Fistule.

Tabelul 5. Alte examinări instrumentale efectuate pentru monitorizarea BC.

Examinarea paraclinică	Rezultatele scontate
Ecografia organelor abdominale	• Îngroșare segmentară a pereților intestinali, până la 10-15 mm. (norma: 3-4 mm) în zona de inflamație, cu aprecierea extinderii zonei afectate. • Pereți intestinali hipoecogeni; • Disparația stratificării parietale (direct proporțională cu avansarea bolii); • Ulcerații hiperecogene; • Lumen ileal dilatat în fazele inițiale, apoi poate fi îngustat, stenozat sau fibrozat. Sclerolipomatoză în jurul ansei afectate; • Uneori poate fi hiperemia peretelui intestinal (vizibilă în regim Power-Doppler) ; • Circulație hiperdinamică în artera mezenterică(vizibilă în regim Power-Doppler).
Radiografia panoramică a abdomenului	Vizualizarea ariilor segmentelor implicate și gradul stenozei; Identificarea constipațiilor în sectoarele proximale în colita distală; Monitorizarea pacienților cu colită fulminantă, ce prezintă risc majorat în dezvoltarea megacolonului toxic.
Enterocapsula	• Reprezintă cea mai nouă achiziție diagnostică pentru cercetarea intestinului subțire. • Reprezintă o metodă endoscopică non-invazivă. • Fiind de dimensiunile unei capsule de medicament, se înghite și transmite imagini din tubul digestiv cu ajutorul unui sistem „cordless”. • Prețul unei singure capsule de unică folosință este mare, dar fidelitatea imaginilor achiziționate este foarte bună. • Examinarea este contraindicată în suspiciunea stenozei digestive.
Osteodensitometria	Normal >1 DS; Osteopenie: între -1 și -2,5; Osteoporoză: < - 2,5; Osteoporoză severă: < - 2,5 cu una sau mai multe fracturi.

Tabelul 6. Examinări de laborator pentru monitorizarea BC.

Examinarea paraclinică	Rezultatele scontate
Testele biochimice	- Albumina – ↓ (25 – 80 %); - Proteina totală – N, disproteinemie cu majorarea fracțiilor α₂ și γ - globulinelor; - Fosfataza alcalină – N, ↑; - ALT, AST – N, ↑; - Bilirubina – N, ↑; - Ureea – N, ↑; - Creatinina – N, ↑; - Fierul seric – N, ↓; - Vitamina B₁₂ – N, ↓; - Transferina – N, ↓;

	- Acidul folic– N, ↓; - Zinc – ↓(42 – 92 %); - Calciul – N, ↓; - Fosfor – ↓(20 – 60 %); - Magneziu – ↓(30 – 68 %); - Glucoza – pentru diferențiere diagnostică. - Timpul de coagulare; - Fibrinogenul; - Protrombina; - Colesterol; - Caliu; - Natriu.
Grupa sanguină , Rh	
Examenul sumar de sânge	- Hematocritul – ↓; - Hemoglobina – ↓(în 25 – 85 %); - Leucocite – ↑, cu deviere accentuată spre stînga; - Eozinofile – ↑; - VSH – ↑; - Trombocite – N, ↑; - Reticulocite – pentru diferențiere diagnostică.
Examenul coprologic	- pH acid; - Resturi alimentare nedigerate; - Leucocite: +, ++, +++; - Mucus: +, ++, +++; - Mai rar – hematii, puroi.
Examenul coproparazitologic	Vizualizarea ouălor de helminți;
Coprocultura	<i>Diagnostic diferențial cu:</i> - Clostridium Difficile - Salmonella, - Schigella; - Entamoeba hystolitica; - Campylobacter; - Giardia; - Escherichia coli;
Examenul sumar al urinii	- Oxalați– N, ↑; - Urați– N, ↑; - Fosfați– N, ↑; - Hematii– N, ↑.
Testele serologice	<i>Diagnostic diferențial cu:</i> - anticorpi Yersinia; - anticorpi E. Coli; - anticorpi Chlamidia etc.
Testele imunologice	- proteina C-reactivă – ↑; - complexe imuno-circulante (CIC) – N, ↑; - factorul reumatoid – N, ↑;

	- ANA – poate fi pozitiv; - p-ANCA– 6 % pozitiv; - ASCA – 50-60 % pozitiv.
--	--

Tabelul 7. Examinările clinice și paraclinice în cadrul asistenței medicale (AM) primare, de ambulator și spitalizate

	AM primară	AM de ambulator	AM spitalizată
Examen endoscopic			O
Examen radiologic a intestinului			R
Radiografia panoramică abdominală		R	R
Ecografia organelor abdominale		R	O
Tomografia computerizată			R
Rezonanța magnetică nucleară			R
Osteodensitometria			O
Radiografia osoasă			R
Analiza generală a sîngelui	O	O	O
Analiza generală a urinei	O	O	O
Coprograma	O	O	O
Examenul coproparazitologic	O	O	O
Coprocultura	R	R	O
Albumina	R	O	O
Proteina totală	R	O	O
Fosfataza alcalină	R	R	O
ALT, AST	R	O	O
Bilirubina	R	R	O
Ureea	R	R	O
Creatinina	R	R	O
Fierul seric	R	R	O
Zinc		R	O
Calciul	R	R	O
Fosfor		R	O
Magneziu		R	O
Caliu		R	O
Natriu			O
Timpul de coagulare			O
Glucoza			O
Transferina			R
Fibrinogen			O
Colesterol			O
Prtotrombina			O
Teste serologice			R
Teste imunologice			R

R – recomandabil; O – obligatoriu

Caseta 18. Indicele pediatric de activitate a Bolii Crohn (PCDAI).					
Anamneza (reevaluare la 1 săpt.)					
1.Dureri abdominale: - Absente (0); - Ușoare, nu afectează activitatea cotidiană (5); - Intense, cu afectarea activităților, nocturne (10).			2. Numărul de scaune în zi: - 0-1, lichide, fără sînge (0); - 2, semiformate, cu striuri, sau 2-5 scaune lichide (5); - Hemoragii abundente sau ≥ 6 scaune lichide sau diaree nocturnă (10).		
• Starea generală (reevaluare la 1 săpt.)					
3.Activități: - Bună, activități nelimitate (0); - Gravitate medie, ocazional se afectează activitățile (5); - Gravă, limitarea frecvență a activităților (10).					
• Indici de laborator					
4.Hematocritul (%) <u>Copii < 10 ani:</u> ≥33 (0); 28-32 (2.5); < 28 (5).				5. VSH (mm/h) - <20 (0); - 20-50 (2.5); - >50 (5).	6.Albumina (g/l) - ≥3.5 (0); - 3.1-3.4 (5); - ≤ 3.0 (10).
<u>Fete 11-18 ani:</u> ▪ ≥34 (0); ▪ 29-33 5); ▪ < 29 (5).		<u>Băieți 11-14 ani:</u> ≥35 (0); 30-34 (2.5); < 30 (5).		<u>Băieți 15-18 ani:</u> ▪ ≥37 (0); ▪ 32-36 (2.5); ▪ < 32 (5).	
• Examinări			• Afectare perirectală		
7.Greutatea: Curbă ponderală în creștere sau stagnantă (0); Greutate stagnată, retard de 1-9% (5); Retard ponderal ≥ 10 % (10).			Fără afectare sau polipi asimptomatici (0); 1-2 fistule indolore, cu drenaj (5); Fistule active, cu drenaj, dureri la palpare sau abces (10).		
8.Talia: ≥-1DS (0); < - 1 DS > - 2 DS (5); ≤ -2 DS (10).			• Manifestări extraintestinale ≥3 zile pe parcursul săptămîinii: febră ≥38.5°C, artrite, uveite, eritem nodos, piodermie gangrenoasă		
9.Abdomenul - Nu sunt mase abdominale, nici durere la palpare (0); - Dureri la palpare sau mase dureroase la palpare (5); - Dureri la palpare, contracturi abdominale, mase definite(10).			- absentă (0); - manifestare (5); ≥ 2 manifestări (10).		
• Evaluarea rezultatelor PCDAI: Scorul total (1-100 p)					

Caseta 19. Scorul clinic Lloyd Still și Green în bolile inflamatorii intestinale la copii		
Activități generale	10	Frecvențează școala obișnuit; <3 scaune în zi.
	5	Frecvență redusă: < 4 săpt. de absențe în an.
	1	Febră; > 3-5 acuze în zi
EXAMEN FIZIC ȘI COMPLICAȚII		
Abdomen	10	normal
	5	„Masă”
	1	Distenzie abdominală
Proctoscopie	10	Normal fără fisuri
	5	Friabilitate, 1 fisură
	1	Ulcere, sîngerări, fistule, fisuri multiple
Artrită	5	Nici o localizare
	3	1 articulație, artralgie
	1	Articulații multiple
Piele/mucoasă/ochi	5	normal
	3	Stomatită moderată
	4	Eritem nodos, piodermie, stomatită severă, uveită
Nutriția	10	>2"/an
	5	<optimal %
	1	Nu este creștere
INVESTIGAȚII		
Radiografia	15	Normal
	10	Ileită, colită pînă la flexura splenică
	5	Implicare totală a colonului sau ileocecală
	1	Megacolon toxic sau obstrucție
LABORATOR		
Hematocrit	5	normal
	3	25-35
	1	<25
VSH	5	Normal
	3	20-40
	1	>40
Albumina	5	Normal
	3	3,0 g/dl
	1	<2,5g/dl
Greutate	10	Normal
	5	Stagnare
	1	Scădere
Talia	10	Normal
	5	Creștere insuficientă
	3	Stagnare
REZULTATE	Remisiune completă: > 80 puncte Remisiune parțială: 60-80 puncte Afectare medie: 30-60 puncte Afectare severă: < 30 puncte	

C.2.5.4. Diagnosticul diferențial

Caseta 20. Pași pentru diferențierea BC la copii

- I. Diferențierea formelor de BC (după localizare);
- II. Diferențierea BC de RCH;
- III. Diferențierea BC de alte maladii.

Tabelul 8. Diagnosticul diferențial între diferite forme ale BC la copii.

Manifestări clinice Forma bolii	Localizare gastroduode- nală	Jejunoileită	Ileită	Ileocolită	Colită granuloma- toasă
Frecvența afectării	1,4 – 19 %		25 – 40 %	40 – 50 %	10 – 30 %
Localizarea inflamației	Stomac, duoden	Jejun, ileon	Ileon	Ileon, colon	Colon
Dureri abdominale	Slab pronunțate	De la ușoare la intense, crampe după ingerarea alimentelor	Caracteristice	Crampe, în cadranul inferior drept al abdomenului sau periombilical	Slab pronunțate
Diaree	Puțin caracteristică	Caracteristică	Caracteristică	Caracteristică	Caracteristică
Pierdere în greutate	Caracteristică	Mai puțin caracteristică	Caracteristică	Semnificativă	Mai puțin caracteristică
Rectoragie	Puțin caracteristică	Puțin caracteristică	puțin caracteristică	Puțin caracteristică	Caracteristică
Alte manifestări digestive	Inapetență, greață, vomă	Mai puțin caracteristice	Mai puțin caracteristice	Mai puțin caracteristice	Mai puțin caracteristice
Complicații	Mai puțin caracteristice	Fistule	Fistule, abcese în cadranul inferior al abdomenului	Mai puțin caracteristice	Abcese, fistule, ulcere perianale, leziuni cutanate, implicare articulară.

Tabelul 9. Diagnosticul diferențial al BC și RCUH la copii

Trăsătura	RCUH	BC
Simptome		
Durere abdominală	0 - +	++
Rectoragii	++	0 - +
Febră	0 - +	+ - ++
Scădere ponderală	0 - +	++

Localizare		
Interesarea intestinului subțire	0	++
Interesare perianală	0	++
Interesare rectală	++	+
Complicații		
Fistule	0	++
Abcese	0	++
Stenoze	0 - +	++
Fisuri	0	++
Aspect endoscopic/histologic		
Interesare continuă	++	0 - +
Asimetria leziunilor	0	++
Aspect de « piatră de pavaj »	0	++
Eroziuni mucoase	++	0 - +
Transmuralitatea inflamației	0	++
Atrofie glandulară	++	0 - +
Granulom	0	++
Abces criptal	++	0 - +
Notă :	++	- Trăsături proeminente sau distinctive;
	+	- Caracterizează bolile intestinale idiopatice, dar nu sunt nici proeminente nici distinctive pentru o anumită entitate;
	0	- Nu este caracteristic.

Caseta 21. Maladiile pentru diferențierea BC la copii

- | | |
|---|-------------------------------|
| - RCUH; | - Colita postprandială; |
| - Infecții (Salmonella, Campylobacter, Yersinia); | - Boala Wipple; |
| - Amebiază, balantidiază; | - Purpura Schonlein-Henoch; |
| - Fisura anală; | - Sindromul hemoliticouremic; |
| - Hemoroizi; | - Chistul ovarian; |
| - Polip intestinal, hemangiom;; | - Endocrinopatii; |
| - Invaginația; | - Colagenoze; |
| - Diverticolul Meckel; | - Artrite infecțioase; |
| - Sindromul intestinului iritabil; | - Hepatite cronice; |
| - Apendicita; | - Anorexie nervoasă. |
| - Boala celiacă; | |
| - Tuberculoză intestinală; | |

Tabelul 10. Diferențierea manifestărilor clinice din BC și alte maladii

Semne și simptome principale	Alte posibilități de diagnostic
<i>Dureri în fosa iliacă dreaptă cu masă palpabilă</i>	- Apendicită; - Infecții intestinale (<i>Campylobacter</i> , <i>Yersinia</i>); - Limfom intestinal; - Invaginație; - Diverticol Meckel; - Adenită mezenterică; - Chist ovarian.
<i>Dureri în epigastru și/sau periombilicale</i>	- Ulcer peptic; - Intestin iritabil.
<i>Sîngerări rectale fără diaree</i>	- Fisură rectală; - Polip intestinal; - Diverticol Meckel.
<i>Rectoragie</i>	- Diaree infecțioasă (<i>Salmonella</i>); - Purpura Schölein-Henoch; - Sindrom hemoliticouremic; - Colită post iradiantă.
<i>Diaree apoasă</i>	- Intestin iritabil; - Intoleranță alimentară; - Diaree acută infecțioasă; - Giardiază.
<i>Afecțiuni perianale</i>	- Fisuri; - Hemoroizi; - Infecții perianale streptococice; - Condiloame.
<i>Retard în creștere</i>	- Endocrinopatii; - Boala celiacă.
<i>Anorexie, deficit ponderal</i>	- Anorexie nervoasă; - Boala celiacă.
<i>Artrită</i>	- Colagenoze; - Artrite infecțioase.
<i>Hepatită</i>	- Hepatite cronice (infecțioase sau metabolice).

C.2.5.5. Tratamentul BC

Caseta 22. Tipurile de tratament în BC

- Tratament nemedicamentos;
- Tratament medicamentos:
 - tratamentul de baza;
 - tratamentul deficientilor instalate;
 - tratamentul complicațiilor.
- Tratament chirurgical.

C.2.5.5. Tratamentul nemedicamentos

Caseta 23 . Obiectivele regimului igienodietetic

- Restricțiile dietetice sunt recomandate doar în acutizări și prevede reducerea fibrelor vegetale și recomandarea produselor lactate, dacă sunt tolerate bine;
- Regimul alimentar ușor asimilabil (lichid) ameliorează manifestările clinice;
- Asigurarea unui aport caloric și proteic crescut (*pierderi proteice pe cale digestivă*);
 - calorii – 40-50 pe kg/corp;
 - rația proteică – 2-3 g.proteine pe kg corp/zi;
 - glucidele – 1/2 din necesarul de calorii.
- Înlăturarea semnelor de maldigestie, malabsorbție și malnutriție;
- Asigurarea un aport alimentar echilibrat;
 - Cantități suficiente de săruri minerale, în special fier;
 - Vitaminele grupelor C, B₁₂, A, D, K;
- Evitarea iritației mecanice și excitație chimice a peretelui intestinal.

Caseta 24. Produse alimentare recomandate pacienților cu BC

- **Sursă de proteine:**
 - supe de carne, carne slabă;
 - pește;
 - oua fierte moi;
 - brânzeturi nefermentate;
 - soia.
- **Sursă de glucidele (carbohidrați):**
 - orez; fulgi de ovaz;
 - cartofi (fierti, copti);
 - macaroane, taiței;
 - pișcoturi; turtă dulce;
 - budincă; prăjituri de casă.
- **Lichide și electroliți (în special potasiul):**
 - hidratare corectă (ceaiuri, compoturi, supe);
 - alimente bogate în potasiu (cartofi, ciuperci, banane, avocado).

NOTĂ: În puseul acut mesele vor fi frecvente și în cantități mici.

Caseta 25. Produse alimentare interzise sau limitate pacienților cu BC

- Alimente cu efect iritativ și care stimulează motilitatea intestinală:
 - varză, conopidă, broccoli;
 - fasole; năgut.
- Alimente bogate în oxalați (*preîntâmpinarea litiazei renale*):
 - sfeclă, spanac, pătrunjel;
 - smochine, nuci, alune;
 - carne de miel, piper;
 - ceai negru, cafea, ciocolată, cacao.
- Grasimile animale (*în special în caz de steatoree*);
- Lapte de vaci (*la pacienți cu intoleranță la lactoză*);
- Zahăr, fructe uscate sau cu conținut crescut în zahăr (struguri, ananas);

- Băuturi reci sau dulci;
- Băuturi alcoolice.

C.2.5.5.2. Tratamentul medicamentos

Caseta 26. Obiectivele tratamentului medicamentos

- Atenuarea manifestărilor gastrointestinale și sistemice cu cel mai mic grad posibil de efecte adverse;
- Inducerea remisiei clinice;
- Menținerea remisiei clinice;
- Preîntâmpinarea complicațiilor și restabilirea densității osoase normale;
- Restabilirea și menținerea curbei ponderale normale/maturarea sexuală;
- Prevenirea sau colectarea deficiențelor nutriționale;
- Promovarea valorilor psihologice, emoționale, sociale (prezanța și performanțele școlare și sportive);
- Promovarea suportului familial.

Caseta 27. Obiectivele terapiei nutriționale

Nutriția enterală – bază tratamentului primar, cu scop de a crea intestinului ”repaos”.

• *Indicațiile :*

- Inducerea remisiei,
- Menținerea remisiei,
- Deficit ponderal ,
- Fistule entrocutate,
- Stenoze.

• *Inducerea remisiei:*

- Utilizarea exclusivă a formulelor polimerice,
- Durata terapiei ≥ 6 săptămâni,
- Calea de administrare - preferabil orală,
- Utilizarea tubului nasogastric la necesitate,
- Se interzice administrarea oricăror alimente cu excepția lichidelor clare.
- Calorii și proteine: 140 %- 150 % conform necesarului după vîrstă.

Caseta 23. Derivații aminosalicilici în BC la copii

- **Indicații:**

Inducerea remisiei BC

- forma ușoară cu localizare în colon;
- forma ușoară cu localizare în p.distală a intestinului subțire (Mesalamină).

Menținerea remisiei BC.

- **Reacții adverse:**

- cefalee, erupții cutanate,
- scaun cu sânge, diaree, exacerbarea colitei,
- pancreatită, disfuncții renale, leucopenie.

- **Mesalazină:**

Forma de livrare:

- supozitoare rectale 250, 500 mg;
- suspensie pentru clisme 4g/60ml în flacoane;
- comprimate filmate enterosolubile 250, 500 mg;
- comprimate gastrorezistente 250, 400, 800 mg.

Doza - 50-100 mg/kg corp/zi (PO);

- doza maximă - 2,4-4,8 gr/zi .

Contraindicații

- insuficiență renală și/sau hepatică severă;
- ulcer gastric și duodenal;
- precauți în perioada sarcinii și lactației.

- **Sulfasalazina:**

Forma de livrare - comprimate enterosolubile 500mg.

Doza:

- < 2 ani – contraindicat;
- ≥ 2 ani:
- doza inițială - 6,7-10 mg/kg corp (PO) la fiecare 4 ore sau
-10-15 mg/kg la 6h sau
- 13,3-20 mg/kg la 8h.
- doza maximă de tratament - 6g/zi.
- doza de menținere - 50-75 mg/kg corp/zi (PO) x 3-4 ori.
- doza maximă de menținere - 2g/zi.
- cura de tratament – 6 luni.

Contraindicații:

- hipersensibilitate la preparat;
- insuficiență hepato-renală;
- boli hematologice;
- porfirie;
- deficit de G-6-P DH.

Caseta 24. Administrarea corticosteroizilor în BC la copii

- **Indicații:**

Inducerea remisiei BC

- forma moderată și severă;
- forma ușoară-moderată cu localizare în:
 - porțiunea distală a intestinului subțire;
 - porțiunea proximală a colonului (Budesonid).

• **Reacții adverse:**

- leucopenie;
- acnee, erupții cutanate, prurit, echimoze, facies Cushingoid;
- osteopenie, inhibiția creșterii, hipertensiune;
- cefalee, depresie;
- greață, vomă, epigastralgie;
- poliurie, dureri lombare, artrite/artralgii.

• **Contraindicații:**

- ulcer gastric și duodenal;
- psihoze, osteoporoză, diabet zaharat;
- insuficiență renală sau cardiacă;
- hipertensiune arterială;
- tuberculoză evolutivă;
- herpes, varicelă, perioadă de vaccinare antivariolică;
- boala Cushing;
- predispoziție la tromboembolie;
- sarcină, alăptare;
- micoze sistemice;
- hipersensibilitate la preparat.

• **Prednisolon:**

Forma de livrare:

- comprimate 5 mg;
- soluție injectabilă 25, 30 mg/ml.

Doza:

- 1 mg/kg corp/zi;
- doza maximă – 40-60 mg/zi.

Schema de administrare:

- doza zilnică se împarte în 3 prize:
 - ora 8.00 - ½ din doza zilnică;
 - ora 12.00 - ¼ din doza zilnică;
 - ora 14.00 - ¼ din doza zilnică;
 - scădere la 4-6 săptămâni
- scăderea dozei se face treptat, cu câte 2,5 mg la 5-7 zile, dar numai degrabă decât 3 zile.

• **Metilprednisolon:**

Forma de livrare:

- comprimate 4, 16 mg;
- pulbere parenterală în flacoane 40, 125, 250, 500, 1000 mg;
- soluție injectabilă 8 mg./2ml., 20 mg./2ml., 40 mg./1ml.

Doza:

- 1 mg/kg corp/zi;
- doza maximă – 48 mg/zi.

• **Budesonid*:**

Forma de livrare:

- capsule retard 3 mg.;
- cremă 0,025 % 15g în tuburi.

Doza:

- 0,45 mg/kg corp/zi*;
- doza maximă – 9 mg/zi*.

Notă: * - doză recomandată.

Caseta 25. Remediile Imunosupresive în BC la copii

• 6 –Mercaptopurina:

Forma de livrare:

- comprimate 50 mg.

Doza:

- 0,75-1,5 mg/kg corp/zi (PO).

Contraindicații:

- mielosupresia;
- infecțiile bacteriene și virale;
- afecțiuni hepatice și renale;
- guta și calculoza renală cu urați;
- hipersensibilitate la mercaptopurină.

Reacții edverse:

- leucopenie 10%;
- greață, vomă;
- mialgie, cefalee;
- diaree (după 2-3 săptămîni);
- creșterea ALT ≥ 2 ori;
- pancreatite, risc independent de limfom Hodgkin.

• Azatioprină :

Forma de livrare:

- comprimate filmate 50 mg;

Doza:

- 2-3 mg/kg corp/zi (PO).

Indicații: inducerea remisiiei CU

- forma severă, cu localizare în intestinul subțire sau gros;
- forma steroidependentă;
- forma refractară;
- fistulă severă;
- retard ponderal sever.

Contraindicații:

- sarcina;
- hipersensibilitate la azatioprină și mercaptopurină.

Reacții edverse:

- o supresia măduvei osoase, leucopenie 10 %, infecții;
- o erupții cutanate, prurit, acnee, artrite/artralgii;
- o mialgie, cefalee, depresie, anorexie;
- o epigastralgie, greață, vomă, diaree;
- o hepatită, pancreatită după 2-3 săptămîni de tratament.

▪ Ciclosporină:

Forma de livrare:

- capsule 25, 50, 100 mg;
- soluție injectabilă 50mg/1ml, 250 mg/5ml;
- soluție buvabilă 100mg/1ml.

Doza:

- 2,5-5 mg/kg corp/zi (PO).

Reacții edverse:

- fatigabilitate, parestezie, polineuropatie motoră, tremor, convulsii, encefalopatie;
- hipertensiune arterială, boală ischemică a cordului, anemie, leucopenie;
- hipertrofie gingivală, scăderea apetitului, greață, vomă, diaree, gastroenterite, ulcer gastric, pancreatită, colită, mărirea nivelului bilirubinei și fermenților hepatici;
- dereglarea funcției renale, dismenoree și amenoree reversibilă, ginecomastie, bufeuri de căldură, hirsutism;
- mărirea reversibilă a nivelului de lipide în ser, creșterea masei corporale, hiperglicemie, hiperuricemie, gută, hipercaliemie, hipomagneziemie;
- eritem, prurit cutanat, edemul feței;
- hipertermie, modificări maligne limfoproliferative.

Contraindicații:

- malabsorbție;
- infecții, Herpes zoster, varicelă;
- insuficiență renală;
- hipersensibilitate la Ciclosporină.

Caseta 26. Terapia cu anticorpi monoclonali în BC la copii

Infliximab*:

Forma de livrare:

- liofilizat pentru prepararea soluțiilor injectabile IV;
- flacoane 100 mg.

Doza:

- 3-5 mg/kg (IV).
- se administrează în ziua 0 și apoi la 2 și 6 săptămâni, ulterior la fiecare 8 săptămâni.
- în caz de răspuns incomplet:
 - se poate crește treptat până la 10 mg/kg corp/zi;
 - intervalul dintre administrări se poate reduce până la 4 săptămâni.

Indicații:

- forma steroid dependentă;
- forma refractară;
- fistulă perirectală;
- se utilizează ca regulă asociat cu Methotrexat.

Reacții adverse:

- de tip alergic: (febra, slăbiciune, cefalee, greata, varsaturi, diaree, hipotensiune arterială, erupții cutanate) - mai frecvent;
- infecții bacteriene ușoare (a tractului respirator, urinar), pneumonii;
- celulită, abcese, ulceratii, sepsis, infecții fungice.
- reacții posttransfuzionale, anafilaxie.
- reacții hipersenzitive, boli autoimune.

*Preparatul medicamentos este înregistrat în RM sub numele de Remicade®

Caseta 27. Remediile antibacteriene în BC la copii

• Ciprofloxacină:

Forma de livrare:

- capsule 250, 500 mg.;
- comprimate filmate 100, 250, 500, 750, 1000 mg.;
- concentrat pentru perfuzii: 100 mg/10 ml.;
- soluție perfuzabilă: 100mg./50 ml., 200mg./100 ml..

Doza:

- 250-750 mg x 2 ori/zi (PO) [38].

Indicații:

- copii > 15 ani;
- fistulă perirectală;
- abces diverticular

Reacții adverse:

- dereglări dispepsice; dureri abdominale;
- mărirea activității transaminazelor hepatice, fosfatazei alcaline, bilirubinei;
- colită pseudomembranoasă.
- cefalee, vertij, fatigabilitate, dereglarea somnului, halucinații, lipotimii;
- dereglarea văzului;
- cristalurie, glomerulonefrită, dizurie, poliurie, albuminurie, hematurie;
- eozinofilie, leucopenie, neutropenie;
- tahicardie, dereglări de ritm, hipotonie arterială;
- prurit, urticarie, edem Quinke, artralgii;
- candidoză.

• **Metronidazol:**

Forma de livrare:

- comprimate 250, 500 mg;
- flacon 5mg. în 1 ml, 100 ml;
- soluție perfuzabilă 0,5 % - 100 ml.

Doza:

- 10-20 mg/kg corp/zi.

Indicații:

- fistulă perirectală;
- abces diverticular.

Reacții adverse:

- neuropatie;
- disgeuzie (gust pervers), greață;
- proliferare fungică.

Caseta 28. Terapie cu Acid folic în BC la copii

Forma de livrare:

- comprimate 1 mg, 3 mg;
- comprimate filmate 5 mg.

Indicații:

- terapia de susținere în BC pentru reducerea efectelor gastrointestinale ale imunosupresoarelor;
- anemie macrocitară.

Doza:

- 1-5 mg, x 3 ori/zi, timp de 20-30 zile.

Reacții adverse:

- dereglări dispepsice.

Supradozare:

- excitabilitate crescută a SNC;
- hipertrofia sau hiperplazia celulelor epiteliale renale;
- manifestări alergice.

Caseta 29. Medicația probiotică în BC la copii

Bifi-form

- Bifidobacterii (*Bifidobacterium longum*) - 10 000 000 bacterii;
- Enterococi (*Enterococcus faecium*) - 10 000 000 bacterii.

Forma de livrare:

- plicuri cu praf pentru suspensie buvabilă;
- pastilele masticabile;
- capsulele enterosolubile;

Doza:

- sugari- 1 plic dizolvat în 1-2 linguri de apă de 2-3 ori/zi;
- 2-3 ani – 1 pastilă masticabilă de 3 ori/zi;
- 2 -6 luni: 0,5 caps. x 2 ori/zi;
- >6 luni: 1 caps. x 2 ori/zi.

Reacții adverse lipsesc în doze recomandate.

Caseta 35. Evaluarea eficacității tratamentului [37].

Scopul: obținerea remisiei clinice, de laborator și endoscopice;

- Eficacitatea aminosalicilaților se apreciază la 14-21 zile de tratament;
- Eficacitatea corticosteroizilor : la 7-21 zile de tratament;
- Eficacitatea Azatioprinei și 6-mercaptopurinei: peste 2-3 luni de tratament;
- Eficacitatea Ciclosporinei: peste 7-10 zile;
- Eficacitatea Infliximabului: peste 14 zile.

Caseta 36. Criteriile de spitalizare a copiilor cu BC

➤ **Tratamentul staționar se recomandă:**

- Pacienților cu BC, evoluție moderată, faza activă;
- Pacienților cu BC, evoluție severă, faza activă;

➤ **Tratamentul ambulator se recomandă:**

- Pacienților cu forme ușoare;
- Pacienților ce urmează tratament de menținere a remisiei clinice.

Caseta 37. Criteriile de externare și durata aflării în staționar a copiilor cu BC

➤ **Criterii de externare din staționar:**

- ameliorarea stării generale;
- dispariția asteniei;
- micșorarea durerilor abdominale;
- normalizarea scaunului;
- normalizarea totală sau parțială a indicilor de laborator: hemoglobina, VSH, albumina, proteina C - reactivă etc..

➤ **Durata aflării în staționar:**

- este în dependență de gravitatea bolii și prezența complicațiilor (3-6-8 săptăm.).
- inducerea remisiei a BC la copii are loc în condiții de staționar.
- pacienții suspecți cu BC se află în staționar în mediu 7 zile, pentru precizarea diagnosticului.

C.2.5.5.2. Tratamentul chirurgical

Caseta 38. Recomandările tratamentului chirurgical

- Preadolescenții cu deficit de creștere, în special când maladia este limitată la ileonul terminal .
- Lipsa răspunsul la tratament medicamentos (*BC refractară*).
- Apariția complicațiilor (perforații, hemoragie digestivă necontrolabilă (>100 ml/24 h), ocluzie intestinală, abcese, fistule, megacolonul toxic etc.).

NOTĂ :

- *Tratamentul chirurgical prevede rezecția ileonului terminal cu anastomoză termino-terminală;*
- *Toate intervențiile chirurgicale sunt crușătoare.*

Recidive: în locul anastomozei – 60-70% cazuri;

după 5 ani de la intervenția chirurgicală – 50%.

C.2.5.6. Supravegherea pacienților

Tabelul 11. Supravegherea pacienților cu BC activă .

	Vizita I	Vizita II	Vizita III	Vizita IV	Vizita V	Vizita VI	Vizita VII	Vizita VIII	Vizita IX	Vizita X	Vizita XI	Vizita XII	Vizita XIII	Vizita XIV
	GP*	MF	MF	MF	MF	P*	MF	MF	GP*	MF	MF	P*	MF	MF
<i>Hemoleucograma</i>	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
<i>Examenul biochimic al sîngelui</i> Bilirubina și fracțiile; Proteina generală; Calciemia.	+					+			+			+		
<i>Coprograma</i>	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
<i>Urograma</i>	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Examen endoscopic cu biopsie	+								+					

Notă: *MF poate solicita prezentarea copilului cu BC pentru a se face cunoscut cu rezultatele consultului și programului ulterior de supraveghere și tratament, explicații suplimentare. Diagnosticul de BC este în competența specialistului gastroenterolog pediatru și în regimul de supraveghere se consideră prima vizită, care suplimentar celorlalte nivele de supraveghere va include neapărat examinarea endoscopică.

Vizita II-V - se face de către medicul de familie, la fiecare 2 săptămîni după consultul gastroenterologului pediatru unde copilul va fi investigat clinic și prin investigații de laborator (hemoleucogramă, coprogramă, urogramă);

Vizita VI – are loc la 2 luni de la consultul gastroenterologului pediatru, la pediatru, unde copilul va fi examinat clinic și paraclinic prin hemoleucogramă, examen biochimic al sîngelui (bilirubină și fracții, proteină generală, calciemie), coprogramă, urogramă;

Vizita VII, VIII – se efectuează lunar, după consultul pediatrului și prevede examenul clinic și investigare de laborator prin hemoleucogramă, coprogramă, urogramă;

Vizita IX – prevede prezentarea la gastroenterologul pediatru la 6 luni de la ultimul consult al acestui specialist consultul gastroenterologului pediatru, unde copilul suplimentar celorlalte investigații va fi examinat prin metoda endoscopică;

Vizita X, XI – se fac lunar, după consultul gastroenterologului pediatru, de către medicul de familie, care va examina copilul clinic și paraclinic (hemoleucogramă, coprogramă, urogramă);

Vizita XII – se face la pediatru, la 3 luni după consultul gastroenterologului pediatru și prevede suplimentar examenului la medicul de familie, examenul biochimic al sîngelui (bilirubină și fracții, proteină generală, calciemie);

Vizita XIII-XIV – are loc la medicul de familie, lunar după consultul gastroenterologului pediatru și prevede examinarea clinică și paraclinică

Tabelul 12. Supravegherea copiilor cu BC în faza de remisie

<i>Investigații paraclinice</i>	Vizita I	Vizita II
	GP*	P*
<i>Hemoleucograma</i>	+	+
<i>Examenul biochimic al sîngelui</i> Bilirubina și fracțiile; Proteina generală; Calciemia.	+	
<i>Coprograma</i>	+	+
<i>Urograma</i>	+	+
Examen endoscopic cu biopsie	+	

Notă:

- ✓ Stabilirea remisieii în BC este în competența specialistului gastroenterolog pediatru și în regimul de supraveghere se consideră prima vizită, care suplimentar celorlalte nivele de supraveghere va include neapărat examinarea endoscopică.
- ✓ **Vizita II** - se face de către pediatru, la 6 luni după consultul gastroenterologului pediatru unde copilul va fi investigat clinic și prin investigații de laborator (hemoleucogramă, coprogramă, urogramă).
- ✓ *MF poate solicita prezentarea copilului cu BC la necesitate și pentru a se face cunoscut cu rezultatele consultului și programului ulterior de supraveghere și tratament, explicații suplimentare etc.

C.2.6. Complicațiile**Caseta 39. Complicațiile BC la copii**

- Megacolon toxic – complicație rară dar severă.
- Obstrucție (8-40%) după fisuri, flegmoane, aderențe, polipoză, calculi biliari, limfoame.
 - Stricture, stenoze (30 – 50%)[36];
- Fistule (26 – 48%)[36]:
 - o externe:
 - enterocutanate.
 - o interne:
 - enteroenterice;
 - enterovezicale;
 - enterovaginale;
- Fistulele rectului se întâlnesc în 15 – 35 %cazuri[36];.
- Abcese datorită fistulelor și perforației:
 - periintestinale;
 - cu localizare în bazinul mic;
 - hepatice
- Abcese datorită fistulelor și perforației.
- Fistule enteroenterice, enterovezicale, enterovaginale, enterocutanate.
- Afectare perianală (25-50%).
- Malabsorbție (la afectarea intestinului subțire), în funcție de sediul leziunii:
 - ileonul terminal: deficiența vitaminei B12;
 - duoden: deficit de fier, adenocarcinom.
- Hemoragie masivă (1%).
- Deficit de talie și masă, reținerea dezvoltării pubertare (debutul bolii în prepubertate).
- Osteoporoză (11 – 50%)[36].

Caseta 40. Prognosticul BC la copii

- Factori ce influențează negativ pronosticul:
 - Timpul decurs de la apariția primelor semne clinice mai mult de 5 ani;
 - Timpul decurs de la ultima recidivă – mai puțin de 6 luni;
 - Localizarea procesului în intestinul gros.

Însănătoșirea completă este imposibilă. Respectarea regimului dietetic, medicamentos precum și receptivitatea bună la tratament presupune o calitate adecvată a vieții.

- Riscul pentru cancer de colon
 - cu durată a bolii > 10 ani
 - afectarea colonului în întregime;
 - riscul este direct proporțional cu durata și aria de afectare;
 - fiecare al 10-lea afectat (10 %) face cancer de colon;

Este crescut riscul și pentru alte tipuri de cancer: anus, intestinul subțire.

D. RESURSE UMANE ȘI MATERIALE NECESARE PENTRU IMPLEMENTAREA PREVEDERILOR PROTOCOLULUI

D.1. Instituțiile de asistență medicală primară	Personal: • medic de familie certificat; • asistenta medicală. Dispozitive medicale • cântar pentru sugari; • cântar pentru copii mari; • taliometru; • panglica-centimetru; • tonometru; • fonendoscop; • oftalmoscop; • laborator clinic standard pentru determinare de: hemoleucogramei, ALT, AST, bilirubină totală și fracțiile ei, proteina generală, Calciul, proteina-C reactivă și realizarea de sumar al urinei. Dispozitive medicale: • Aminosalicilați (Sulfasalazină, Mesalazină, Olsalazină); • Glucocorticosteroizi (Prednizolon, Metlprednizolon, Budesonid); • 6-Mercaptopurină, Azatioprină, Ciclosporină; • Ciprofloxacina; • Metronidazol; • Acid folic; • Bifi-form.
D.2. Instituțiile/ secțiile de asistență medicală specializată de ambulator	Personal (de verificat): • Pediatru; • asistente medicale. Dispozitive medicale: • cântar pentru sugari; • cântar pentru copii mari; • taliometru; • panglica-centimetru; • tonometru; • fonendoscop; • oftalmoscop; • laborator clinic standard pentru determinare de: hemoleucogramei, ALT, AST, Bilirubină totală și fracțiile ei, proteina generală, Calciul, proteina-C reactivă și realizarea de sumar al urinei. • Ultrasonograf; • Cabinet radiologic. Medicamente: • Aminosalicilați (Sulfasalazină, Mesalazină, Olsalazină); • Glucocorticosteroizi (Prednizolon, Metlprednizolon, Budesonid); • 6-Mercaptopurină, Azatioprină, Ciclosporină; • Ciprofloxacina; • Metronidazol; • Acid folic; • Bifi-form.

D.3. Instituțiile de asistență medicală spitalicească: secții de copii ale spitalelor raionale, municipale	Personal: • Medic gastroenterolog pediatru certificat; • medic-funcționalist certificat; • asistente medicale; • acces la consultațiile calificate: reumatolog, oftalmolog, dermatolog, neurolog, hematolog, nefrolog, endocrinolog, , pulmonolog, ortoped, chinetoterapeut, fizioterapeut, psiholog. Dispozitive medicale: • cântar pentru sugari; • cântar pentru copii mari; • taliometru; • panglica-centimetru; • tonometru; • fonendoscop; • oftalmoscop; • laborator clinic standard pentru determinare de: hemoleucogramei, ALT, AST, Bilirubină totală și fracțiile ei, proteina generală, Calciul, proteina-C reactivă și realizarea de sumar al urinei. • Ultrasonograf; • cabinet radiologic; • cabinet de diagnostic funcțional; • tomograf computerizat; • rezonanța magnetică nucleară; • laborator radioizotopic; • densitometru prin raze X; • ultrasonograf articular; • laborator imunologic; • laborator virusologic; • laborator bacteriologic. Medicamente: • Aminosalicilați (Sulfasalazină, Mesalazină, Olsalazină); • Glucocorticosteroizi (Prednizolon, Metlprednizolon, Budesonid); • 6-Mercaptopurină, Azatioprină, Ciclosporină; • Ciprofloxacina; • Metronidazol; • Acid folic; • Bifi-form.
D.4. Instituțiile de asistență medicală spitalicească: secții de gastrologie ale spitalelor republicane	Personal: • Medic gastroenterolog pediatru certificat; • medic-funcționalist certificat; • asistente medicale; • acces la consultațiile calificate: reumatolog, oftalmolog, dermatolog, neurolog, hematolog, nefrolog, endocrinolog, , pulmonolog, ortoped, chinetoterapeut, fizioterapeut, psiholog. Dispozitive medicale: • cântar pentru sugari; • cântar pentru copii mari; • taliometru; • panglica-centimetru; • tonometru; • fonendoscop; • oftalmoscop; • laborator clinic standard pentru determinare de: hemoleucogramei, ALT, AST, Bilirubină totală și fracțiile ei, proteina generală, Calciul, proteina-C

	reactivă și realizarea de sumar al urinei. • Ultrasonograf; • cabinet radiologic; • cabinet de diagnostic funcțional; • tomograf computerizat; • rezonanța magnetică nucleară; • laborator radioizotopic; • densitometru prin raze X; • ultrasonograf articular; • laborator imunologic; • laborator virusologic; • laborator bacteriologic.
	Medicamente: • Aminosalicilați (Sulfasalazină, Mesalazină, Olsalazină); • Glucocorticosteroizi (Prednizolon, Metlprednizolon, Budesonid); • 6-Mercaptopurină, Azatioprină, Ciclosporină; • Ciprofloxacina; • Metronidazol; • Acid folic; • Bifi-form.

E. INDICATORII DE MONITORIZARE A IMPLIMENTĂRII PROTOCOLULUI

No	Scopul	Scopul	Metoda de calculare a indicatorului	
			Numărătorul	Numitorul
1.	Depistarea precoce (în primul an de la apariția semnelor clinice) a pacienților cu BC	1.1. Proporția pacienților cu diagnosticul stabilit de BC în primul an de la apariția semnelor clinice	Numărul pacienților cu diagnosticul stabilit de BC în primul an de la apariția semnelor clinice, pe parcursul unui an x 100	Numărul total de pacienți cu diagnoza de BC, care se află la supravegherea medicului de familie și specialist
2.	Ameliorarea examinării pacienților cu BC	2.1. Proporția pacienților cu diagnoza de BC, cărora li sa efectuat examenul clinic și paraclinic obligatoriu conform recomandărilor protocolului clinic național „Boala Crohn la copii” în condiții de staționar	Numărul pacienților cu diagnoza de BC, cărora li sa efectuat examenul clinic, paraclinic și tratamentul obligatoriu conform recomandărilor protocolului clinic național „Boala Crohn la copii” în condiții de staționar, pe parcursul ultimului an x 100	Numărul total de pacienți cu BC spitalizați pe parcursul ultimului an.
3.	Ameliorarea calității tratamentului pacienților cu BC	3.1. Proporția pacienților cu diagnoza de BC, care au beneficiat de tratament obligatoriu conform recomandărilor protocolului clinic național „Boala Crohn la copii” în condiții de	Numărul pacienților cu diagnoza de BC, care au beneficiat de tratament obligatoriu conform recomandărilor protocolului clinic național „Boala Crohn la copii” în condiții de staționar, pe parcursul ultimului an x 100	Numărul total de pacienți cu BC spitalizați pe parcursul ultimului an.

		staționar		
4.	Creșterea numărului de pacienți cu BC supravegheați conform recomandărilor protocolului clinic național	4.1. Proporția pacienților cu diagnoza de BC care au fost supravegheați coform recomandărilor protocolului clinic național „Boala Crohn la copil”, de către medicul de familie	Numărul pacienților cu diagnoza de BC care au fost supravegheați coform recomandărilor protocolului clinic național „Boala Crohn la copil”, de către medicul de familie, pe parcursul ultimului an x 100	Numărul total de pacienți cu diagnoza de BC, care se află la supravegherea medicului de familie pe parcursul ultimului an
		4.2. Proporția pacienților cu diagnoza de BC care au fost supravegheați coform recomandărilor protocolului clinic național „Boala Crohn la copil”, de către specialist în condiții de ambulator	Numărul pacienților cu diagnoza de BC care au fost supravegheați coform recomandărilor protocolului clinic național „Boala Crohn la copil”, de către specialist în condiții de ambulatoriu, pe parcursul ultimului an x 100	Numărul total de pacienți cu diagnoza de BC, care se află la supravegherea specialistului pe parcursul ultimului an
5.	Majorarea numărului de pacienți cu BC cărora li se vor monitoriza posibilele efecte adverse la tratament continuu cu preparatele remisive	5.1. Proporția pacienților cu diagnoza de BC, cărora li sau monitorizat posibilele efecte adverse la tratament continuu cu preparatele remisive coform recomandărilor protocolului clinic național „Boala Crohn la copil”	Numărul pacienților cu diagnoza de BC, cărora li sau monitorizat posibilele efecte adverse la tratament continuu cu preparatele remisive coform recomandărilor protocolului clinic național „Boala Crohn la copil”, pe parcursul ultimului an x 100	Numărul total de pacienți cu diagnoza de BC, care se află la supravegherea medicului de familie pe parcursul ultimului an
6.	Sporirea numărului de pacienți cu BC cu inducerea remisiei complete	6.1. Proporția pacienților cu BC, cu remisie completă indusă coform recomandărilor protocolului clinic național „Boala Crohn la copil”	Proporția pacienților cu diagnoza de BC, cu remisie completă indusă coform recomandărilor protocolului clinic național „Boala Crohn la copil” pe parcursul unui an x 100	Numărul total de pacienți cu diagnoza de BC, care se află la supravegherea medicului de familie pe parcursul ultimului an
7.	Creșterea numărului de pacienți cu BC cu menținerea remisiei complete	7.1. Proporția pacienților cu BC, cu remisie completă menținută coform recomandărilor protocolului clinic național „Boala Crohn la copil”	Proporția pacienților cu diagnoza de BC, cu remisie completă menținută coform recomandărilor protocolului clinic național „Boala Crohn la copil” pe parcursul unui	Numărul total de pacienți cu diagnoza de BC, care se află la supravegherea medicului de familie pe parcursul ultimului an

			an x 100	
8	Ameliorarea screening-ului cancerului de colon la pacienții cu BC	8.1. Proporția pacienților cu BC, care au beneficiat de colonoscopia anuală	Numărul pacienților cu BC, care au beneficiat de colonoscopia anuală, pe parcursul ultimului an x 100	Numărul total de copii cu BC, care se află la supravegherea medicului de familie pe parcursul ultimului an
9	Ameliorarea psihosocială a copilului cu BC și familiei lui	9.1. Proporția de copii cu BC, care au beneficiat de asistență socială la locul de trai	Numărul de copii cu BC, care au beneficiat de asistență socială la locul de trai, pe parcursul ultimului an x 100	Numărul total de copii cu BC, care se află la supravegherea medicului de familie pe parcursul ultimului an
		9.2. Proporția de copii cu BC, care au beneficiat de suportul ONG, rețelei electronice a copiilor cu BC etc. în domeniul disabilităților	Numărul de copii cu BC, care au beneficiat de suportul ONG în domeniul dizabilităților, pe parcursul ultimului an x 100	Numărul total de copii cu BC, care se află la supravegherea medicului de familie pe parcursul ultimului an

ANEXE

Anexa 1. Ghidul pacientului cu Boala Crohn

Întroducere:

Probabil nu ai auzit niciodată de Boala Crohn sau de bolile inflamatorii intestinale. Defapt nu este vorba doar de o singură boală, ci mai degrabă de un grup de boli, unite sub același nume.

S-ar putea să fi avut dureri de stomac sau de burtă cu mult înainte ca medicii să constate că ceva nu este în regulă. Sau ai slăbit fara nici un motiv. Sau dimpotrivă ești bolnav de puțin timp până la stabilirea acestui diagnostic.

Fii de acord: toate aceste lucruri îți pot părea obișnuite sau stranii, dar până la urmă să știi că ele sînt adevărate și tu ești un copil, care are boală. Vestea cea bună este că se pot face multe pentru a învinge! Există persoane care pot și care vor să-ți vină în ajutor. Cel mai important ești tu. Și noi facem parte din persoanele, care sînt gata să te ajute. Dar totul depinde de tine. Ajută-ne să te ajutăm.

Acum e momentul să cunoști cîteva lucruri cu adevărat importante:

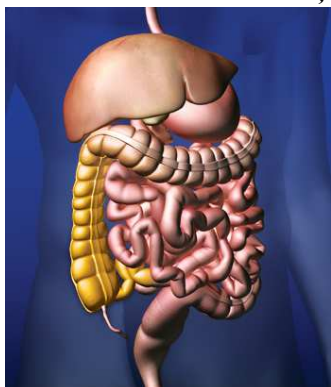
1. Tu nu ești de vină că te-ai îmbolnăvit de această boală. Nu poartă vină nici părinții tăi.
2. Boala pe care o faci nu este o boală contagioasă, adică nu este molipsitoare. BC nu se transmite de la om la om precum gripa.
3. Cu siguranță îți spunem că tu nu ești singur. Problema ta o au persoanele de orice vîrstă, de la copil mic la adult, dar mai des persoanele tinere cu vîrsta cuprinsă între 15 și 35 de ani. În SUA, spre exemplu, această maladie o fac încă circa 4 milioane de persoane, dintre care 180 de mii sînt copii ca și tine, cu vîrsta de pînă la 18 ani. Anual în această țară se înregistrează aproximativ 30.000 cazuri.
4. BC este o boală „cronică”, adică nu trece definitiv. Dar aceasta nu înseamnă că tu nu vei avea o viață lungă și împlinită.
5. Cu toate ca BC se consideră boală cronică, nu înseamnă că vei fi bolnav în fiecare zi.
6. BC vine și pleacă. Uneori te vei simți foarte rău, dar vor fi perioade cînd te vei simți atît de bine încît vei uita că ești bolnav.
7. Majoritatea persoanelor cu IBD mult mai des se simt bine decît rău.
8. Copiii cu BC pot fi orice își doresc ei să fie, și pot face orice își doresc ei să facă: să meargă la școală, la zile de naștere, să-și viziteze colegii, sa-și facă o carieră, să se căsătorească, sa aibă copii, să călătorească.

9. Tu poți controla BC, iar noi te vom ajuta cum să faci acest lucru.
10.

Ce este Boala Crohn?

După cum am spus BC face parte dintr-un grup de boli, care provoacă inflamație în tractul digestiv. Inflamația și este cauza durerilor, disconfortului, febrei, nervozității. Asta este și cauza de ce tu ai diaree, crampe abdominale și alte semne. Diareea este cel mai comun semn pentru BC, uneori te poate face să mergi la vécú de 20 de ori pe zi. Sînt cazuri, cînd concomitent cu inflamația, se formează și ulcere pe suprafața internă a intestinelor, din care cauză pot fi sîngerări și din nou dureri în abdomen.

Pentru a înțelege mai bine ce se întîmplă îți propunem o mini-lecție de anatomie ?



Probabil că știi deja că corpul omenesc este alcătuit din mai multe sisteme. În BC este vorba de sistemul digestiv. Funcția principală a acestui sistem constă în digerarea hrăni pe care tu o consumi în nutrienți necesari pentru creștere și dezvoltare. Privește desenul și îți vei imagina cum arată sistemul tău digestiv.



Ce se întîmplă în Boala Crohn ?

Boala Crohn poate afecta orice parte a tractului (sistemului) digestiv, dar zona cea mai des afectată este intestinul subțire și gros. Medicii specifică BC în funcție de partea afectată, așa dar dacă este afectat ileonul (parte a intestinului subțire), se va numi ileită, dacă este afectat colonul (intestinul gros) – colită, dar în cazul cînd sînt afectate ambele segmente se va numi ileocolită.

BC afectează toate straturile peretelui intestinal cauzînd inflamație și ulcerații, uneori peretele intestinal sîngerează. Din cauza acestor schimbări hrana nu se digeră bine și nu se absorb din ea toți nutrienții necesari.

Dacă ești diagnosticat cu BC, s-ar putea să prezinți următoarele simptome:

- Diaree (uneori cu sînge),
- Dureri în abdomen (burtă),
- Pierdere în greutate,
- Febră.

Uneori vei fi obosit, va fi scăzut apetitul, și diareea împreună cu durerile de burtă vor fi mai des în timpul mesei din cauza creșterii activității intestinale.

Dar BC nu este asemănătoare la toți pacienții. Simptomele variază foarte mult. O persoană poate avea diaree frecventă și dureri puternice, în schimb altă persoană poate avea diaree ocazional, și dureri abia observabile. În alte cazuri inflamația poate trece (penetra) prin peretele intestinal formînd abcese (colecții de puroi), la fel, poate forma o conexiune adică o legătură, (care nu ar trebui să fie) cu un alt organ. Aceasta se numește fistulă.

În afară de intestin

Suplimentar la cele numite, poți avea simptome ce nu țin de sistemul digestiv. BC are manifestări ce se petrec și în afara intestinului. Iată cîteva din ele:

Artrită: articulațiile (..) pot fi inflamate și dureroase. Artrita se întîlnește la 30% din bolnavii cu BC. Te pot ajuta medicamentele dar de obicei problema se rezolvă atunci cînd se ține sub control inflamația din intestin.

Ulcerări bucale (în gură): de obicei apare și dispare concomitent cu inflamația intestinală.

Febra: este un indicator al inflamației intestinale. Cu toate acestea febra poate apărea cu săptămîni sau luni înainte de apariția simptomelor, și la fel ca artrita sau ulcerările bucale, febra trece după vindecarea inflamației intestinale.

Simptome oculare: ochii pot fi inflamați – înroșiți, sensibili la lumină, pot lăcrima.

Simptome cutanate (piele): tratamentul aplicat pentru inflamarea intestinului va trata concomitent și semnele cutanate.

Ce cauzează Boala Crohn?

Deci de unde vine această boală și de ce te-ai îmbolnăvit de ea?

Din păcate, răspunsul exact la această întrebare nu este cunoscut. Cu toate acestea s-a constatat că într-o măsură oarecare cauza ar putea fi ereditară, adică trece de la o generație la alta prin intermediul genelor. 20 % din persoane cu BC au rude cu aceeași boală.

Dar se pare că și alte lucruri pot influența această boală. Spre exemplu cercetătorii consideră că o altă cauză poate fi defectarea sistemului imunitar. Sistemul imun are un asortiment complex de celule și proteine ce protejează organismul de microbi și viruși. Acest sistem detectează și omoară microorganisme ce nu aparțin corpului nostru, însă în BC acest lucru nu se petrece, deci sistemul imun nu te apără, ci dimpotrivă înlesnește calea microorganismelor spre intestin.

Cum Boala Crohn afectează creșterea?

Cînd copiii se îmbolnăvesc de BC, ei au aceleași simptome ca adulții, dar este o mare diferență: adulții sînt deja dezvoltați din punct de vedere fizic, și singurul lucru care li se poate întîmpla este slăbirea sau pierderea în greutate.

Dar copiii, în primul rînd, țin să mănînce mai puțin din cauza durerilor, doi – hrana nu se absoarbe bine și nutrienții necesari pentru creștere sînt pierduți. Mai mult decît atît unele medicamente care scad inflamarea intestinului influențează creșterea normală a copiilor. Toate acestea înseamnă că poți fi mai jos de statură, decît colegii tăi, și riști să arăți mult mai mic sau mai tînăr în comparație cu colegii. Spre exemplu un copil de 14 ani poate arăta ca unul de 9 ani.

Cu părere de rău BC tinde să afecteze anume copiii ce se află în perioada de creștere și de dezvoltare rapidă.

Cum se testează Boala Crohn?

Sînt situații medicale similare cu simptomele BC, deci medicul trebuie să concretizeze cauza îmbolnăvirii tale. Cînd te adresezi la medic vei fi întrebat de lucrurile care te deranjează, despre sănătatea familiei tale. După această vei da analize de laborator. Analiza sîngelui va vorbi despre prezența semnelor de inflamație în corpul tău, dacă ai sau nu anemie (va fi scăzută hemoglobina). Apoi vei da analiza maselor fecale, care va arăta sau nu prezența sîngerărilor intestinale. Medicul îți va recomanda să faci și cîteva investigații, printre care endoscopia inferioară (colonoscopia) – o metodă foarte eficientă, care permite vizualizarea colonului în interior, dacă ai sîngerări, ulcere, sau pereți intestinali inflamați. Pentru aceasta este nevoie de colonoscop – un tub îngust, introdus prin anus. Actual, reprezintă un tip de cameră video atașată la monitorul TV. Înainte de colonoscopie vei primi o doză mică de sedative și nu vei simți discomfort sau durere. În timpul acestei proceduri medicul s-ar putea să-ți colecteze o bucățică foarte, foarte mică de țesut din peretele intestinal. Această procedură se numește biopsie. Ea nu este absolut dureroasă, dar aproape întodeauna decisivă pentru diagnostic. Țesutul colectat se transmite la laborator unde este examinat amănunțit cu ajutorul microscopului.

Altă procedură endoscopică la care vei fi supus este endoscopia superioară sau fibrogastroduodenoscopia (FGDS), în acest caz se introduce un alt tub, prin gură, care se va coborî spre stomac. Medicul are posibilitatea să vadă starea esofagului, stomacului și duodenului, care uneori, la fel, pot fi afectate.



Alt test se numește examinare radiografică baritată. Înainte de această procedură ți se va propune să bei o soluție specială numită bariu care ulterior se vizualizează perfect pe pelicula radiografică. Bariu trece prin tot tractul digestiv și „vopsește” pereții intestinali. Între timp se vor efectua mai multe pelicule radiografice în funcție de timpul trecut de la administrarea bariului. Astfel, medicul tău, împreună cu tine și părinții tăi pot vedea relieful intestinelor tale, foarte necesar pentru aprecierea complicațiilor și uneori a evoluției bolii.

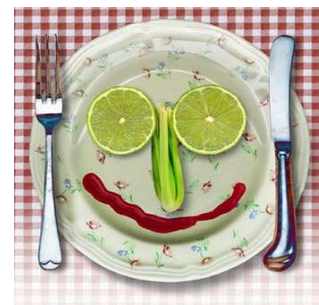
Cum se tratează Boala Crohn?

Deja am vorbit că BC este o boală cronică, adică necesită urmarea unui tratament de lungă durată.

Pe lângă toate lucrurile despre care vom discuta, este foarte important să-ți păstrezi calmul, să eviți stresurile de la școală și în colectivul de prieteni, pentru că asta îți poate agrava starea ta de sănătate.

Trebuie să știi că cel mai bun prieten în tratamentul bolii îți poate fi *regimul tău alimentar*. Și tot el îți poate fi cel mai mare trădător și dăunător. Este la fel ca și în cazul prietenilor, dacă nu ții alegi corect, ai de pățimit, mai devreme sau mai târziu, mai mult sau mai puțin.

Este foarte important să știi ce se permite și ce nu. De aceea îți propunem în continuare o listă de alimente-prieteni și care, cu părere de rău, alimentele ce-ți sunt interzise. Dar curaj, sunt multe din ce poți să alegi.



<i>Alimente</i>	<i>Permise</i>	<i>Interzise</i>
Băuturi	Ceai calduț	Lapte, sucuri de fructe, băuturi prea reci, băuturi alcoolice.
Pâine	Albă	Integrală.
Cereale	Decorticate (sub formă de fierturi de orez, fulgi de ovăz).	Nedecorticate, măămăligă.
Lactate	Brânzeturi nefermentate.	Lapte, smântână, brânzeturi fermentate (cașcaval), iaurt.
Grăsimi	Unt, margarină, ulei, frișcă.	Grăsimi prăjite.
Carne, oua	Animal tânăr (grătar, rasol), mușchi file (fiert).	Cu mult țesut conjunctiv, prăjită, Afumată, maioneză.
Cartofi	Fierți, copți.	Prăjiți.
Făinoase	Tăiței, macaroane.	De legume
Supe, ciorbe	De carne, perișoare.	Prăjituri de casa
Desert	Pișcoturi, turtă dulce, budincă.	Toate
Fructe	Nici una	Toate
Legume	Nici una	Toate
Diverse	Mirodenii, sare	Murături, măsline, usturoi, ceapă, nuci, alune, conserve.

În pofida tuturor restricțiilor pe care ți le-am prezentat, trebuie să-ți spunem că doar cu respectarea unui regim alimentar corect nu vom reuși să rezolvăm problema ta de sănătate, și deci sîntem nevoiți să-ți recomandăm și preparate medicamentoase.

Tipul de medicamente depinde de cît de severă este boala ta, care parte a intestinului este afectată, și dacă ai sau nu complicații. Scopul



tratamentului este micșorarea sau controlul inflamației. Sînt folosite mai multe tipuri de medicamente pentru tratamentul BC.

Nici unul nu înlătură sau nu vindecă cauza, în schimb medicamentele țin sub control modificările ce au loc în cadrul acestor boli. Cînd maladia este sub control simptomele dispar. Această perioadă se numește remisie. Remisia poate dura luni sau chiar ani.

Sînt două etape majore în tratamentul acestei boli :

De a aduce boala activă sub control (inducerea remisiei)

De a menține remisia.

Din motivul că BC variază de la o persoană la alta, conduita de tratament se va alege individual, pentru fiecare pacient. Deci, medicul îți va recomanda medicamente în funcție de zona intestinală afectată. Deferite medicamente acționează asupra diferitor porțiuni din intestin. Investigațiile pe care tu le-ai efectuat au arătat care porțiune din intestin este afectată, și tratamentul ales de către medic va fi potrivit anume pentru tine. Pe parcurs în funcție de starea ta se va revedea tratamentul cu ajustarea dozei fiecărui preparat.

De obicei pentru tratamentul BC se folosesc șase grupe mari de preparate (medicamente). Careva din ele aduc boala sub control; altele mențin controlul (remisia). Uneori unele medicamente se folosesc în ambele cazuri.

Acum îți propunem să faci cunoștință cu cele șase tipuri de preparate folosite pentru tratamentul bolii tale:

Aminosalicilați. Aceste medicamente la care se referă defapt și aspirina sînt cele mai des folosite medicamente în BC. Ele se indică în general persoanelor cu forme ușoare și moderate de boală, pentru a controla inflamația. Din această grupă fac parte mesalamina, balsalazida, olsalazina și sulfasalazina. La noi în țară cel mai des copiii utilizează Sulfasalazina (), nu pentru că este cea mai ieftină, dar pentru că la noi în țară

Corticosteroizii: se plasează pe locul doi după frecvența utilizării, sînt preparate cu acțiune rapidă, iată de ce se folosesc pe parcursul flare-ups a bolii. Concomitent cu reducerea inflamației corticosteroizii scad activitatea sistemului tău imun. Cele mai utilizate medicamente din această grupă sînt prednisolonul și metil-prednisolonul. (dar nu confunda aceste preparate cu steroizii anabolici care sînt folosiți, deseori cu abuz de către atleți și body-builders.)

Antibioticele: Aceste medicamente permit menținerea unui balans între toate bacteriile, atît cele ce trebuie să fie în normă în intestinul fiecărei persoane, cît și cele ce nu ar trebui să fie. Cele mai folosite antibiotice sînt metronidazolul și ciprofloxacina. Cel mult se folosesc pentru tratamentul cazurilor active de BC.

Imunomodulatorii: Această clasă de preparate include 6-MP (6- mercaptopurina), azatioprina și metotrexatul. Mai des se utilizează primele două din cele numite. După cum ne vorbește și denumirea grupei, imunomodulatorii au funcția de a modula, de a regla activitatea sistemului imun. Imunomodulatorii se folosesc pentru o perioadă mai lungă.

Imunosupresantele: include ciclosporina, care la fel acționează asupra sistemului imun dar în alt mod decât imunomodulatoriile. Aceste medicamente se folosesc în forme severe, care nu răspunde la tratament cu corticosteroizi.

Infliximab: este un anticorp ce are funcția de a reduce inflamația. Este efectiv în cazurile cînd alte preparate nu au avut efect sau la pacienții cu fistule. Infliximabul se administrează intravenos la fiecare opt săptămîni.

Înțelegem că nu este plăcut să primești pastilele la timp, mai ales că ai de mers la școală, să ieși cu prietenii, ai multe alte activități. În plus uneori este dificil să ții minte toate medicamentele, dar trebuie să știi că abandonarea tratamentului îți va înrăutăți cu mult starea de sănătate.

Știm că faci parte din persoanele responsabile și de aceea trebuie să-ți spunem ceva foarte important. Cu părere de rău, toate aceste medicamente despre care ai aflat mai sus, au și efecte adverse, adică pe o parte ele acționează pozitiv – te vindecă, iar pe altă parte – pot dăuna temporar organismului tău. Cîte odată, efectele adverse de la medicamente, te vor face să te simți mai rău decît boala propriu-zisă. Dar aceasta nu este o regulă și cu atît mai mult nu este pentru totdeauna.

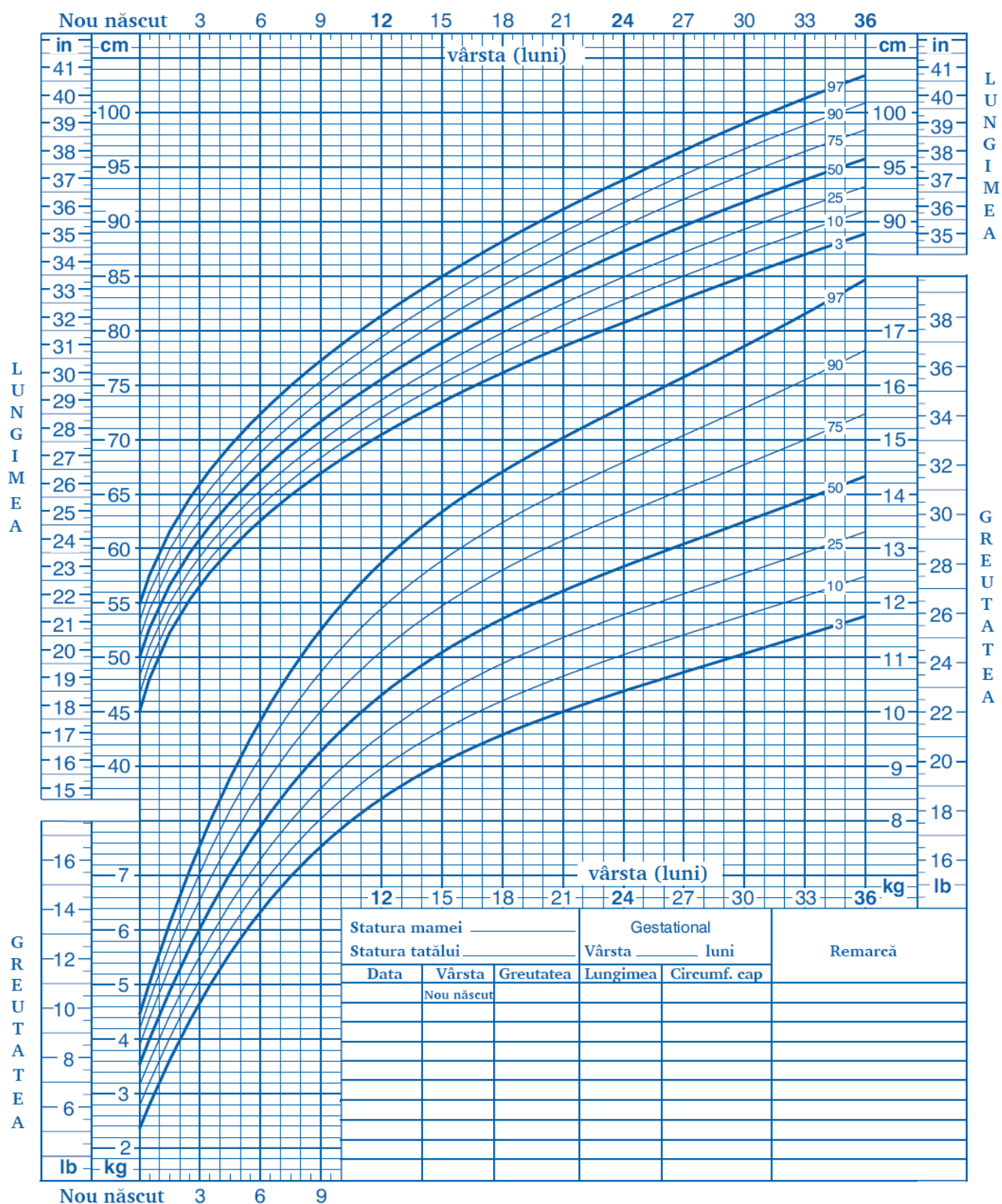
Noi, împreună cu familia ta sîntem persoanele care te vom ajuta mereu și care avem încredere în tine și credem că în primul rînd tu vei fi acela care va avea cel mai mult grijă de sănătatea ta. Și nu uita că viața ta depinde de tine...

SUCCES !!!

Anexa 2. Curbele de dezvoltare fizică a copilului.

Nou născut până la 36 luni: Băieți
Lungimea și greutatea după vârstă (percentile)

NUME _____



SAFER • HEALTHIER • PEOPLE™

NUMERO _____



NUME _____



SAFER • HEALTHIER • PEOPLE™

De la 2 până la 20 ani: Fete

NUME _____

Statura după vârstă și greutatea după vârstă (percentile)



BIBLIOGRAFIE

1. BINDER V. Epidemiology of IBD during the twentieth century: an integrated review. *Best Pract Res Clin Gastroenterol* 2004, vol. 18, pag. 463-479.
2. BOOT A.M., J. BOUQUET, E. P. KRENNING. Bone mineral density and nutritional status in children with chronic inflammatory bowel disease, *Gut*, 1998, vol. 42, p. 188–194.
3. BULLER H, CHIN S, KIRSCHNER B, KOHN J, MARKOWITZ J, MOORE D, *et al.* Inflammatory bowel disease in children and adolescents: Working group report of First World Congress of Pediatric Gastroenterology Hepatology and Nutrition, *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2002, vol. 35, Suppl 2, pag.151-158.
4. CCFA's National Scientific Advisory Committee. About Crohn's Disease. <http://www.ccfa.org/printview?pageUrl=/info/about/crohns> Updated: Febr 15, 2009.
5. Clasificarea Internațională a Maladiilor, revizia a X-a, București, 1993, vol. 1, 1086 p.
6. Clinical Review Treatment of Inflammatory Bowel Disease in Childhood: Best Available Evidence, *Inflammatory Bowel Diseases*, 2003, vol. 9, nr. 1, p. 34–58.
7. Differentiating Ulcerative Colitis from Crohn Disease in Children and Young Adults: Report of a Working Group of the North American Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition and the Crohn-s and Colitis Foundation of America. *J. Pediatr. Gastroenterol. Nutr.*, 2007, vol. 44, p. 653-674.
8. European evidence based consensus on the diagnosis and management of Crohn-s disease: special situations. *Gut*, 2006, vol. 55, p. 36-58.
9. European evidence based consensus on the diagnosis and management of Crohn-s disease: definitions and diagnosis *Gut*, 2006, vol. 55, p. 1-15.
10. GASCHE C.,SCHOLMERICH J.,BRYNSKOV J.,ET AL. A simple classification of Crohn-s disease: report of the working party for the World Congress of Gastroenterology, Vienna 1998. *Inflamm. Bowel Dis.* 2000, vol. 6, p. 8-15.
11. GHID DE UTILIZARE A EXAMENELOR RADIOLOGICE ȘI IMAGISTICE MEDICALE. Transpunere a directivei europene 97/43 EARATOM. Societatea Franceză de Radiologie Societatea Franceză de Biofizică și Medicină Nucleară. Ediția 1, 2005.
12. GRIFFITHS A. M., A. R. OTLEY, J.HYAMS, ANTONIO R. QUIROS, R. J. GRAND, A. BOUSVAROS, B. G. FEAGAN A Review of Activity Indices and End Points for Clinical Trials in Children with Crohn's Disease *Inflamm. Bowel Dis.*, 2005, vol.,11, p. 185–196.
13. GRIGORESCU MIRCEA. *Tratat de Gastroenterologie*. Editura Medicală Națională. București 2001, vol. 2.
14. GROSSMAN A. B. Crohn Disease. <http://emedicine.medscape.com/article/928288-overview>. Updated: Dec 18, 2007.
15. HANAUER SB, SANBORN W. The management of Crohn's disease in adults. *Am. J. Gastroenterol.*, 2001, vol.96, p. 635-43.
16. HYAMS, J.S. ET AL. Development and validation of a pediatric Crohn-s disease activity index. *J. Pediatr.Gastroenterol. Nutr.* 1991, vol.12(4), p. 436-47.
17. ILLING S., SPRANGER S. Ghid clinic de pediatrie, 1998, București.
18. Inflammatory Bowel Disease Working Group of ESPGHAN. Inflammatory Bowel Disease in children and Adolescents: recommendations for diagnosis - the Porto criteria. *J. Pediatr. Gastroenterol. Nutr.*, 2005, vol.41, p. 1-7.
19. ITTA M. MINDERHOUD, MELVIN SAMSOM, AND BAS OLDENBURG, What Predicts Mucosal Inflammation in Crohn's Disease Patients?, *Inflamm. Bowel Dis.*, 2007, vol. 13, nr. 12, p. 1567–1572.
20. JEFFREY S. HYAMS. Inflammatory Bowel Disease. *Pediatr. Rev.*, 2005, vol. 26, p. 314-320.

21. JESS T, GAMBORG M, MATZEN P, et al. Increased risk of intestinal cancer in Crohn's disease: a meta-analysis of population-based cohort studies. *Am J Gastroenterol.* 2005, vol. 100, pag. 2724-2729.
22. JOHN N. UDALL JR Crohn disease early in life and hypovitaminosis D: where do we go from here? *Am.J.Clin.Nutr.*, 2002, vol. 76, p. 909-10.
23. KATSANOS K.H., TSIANOS E. V.. From Vienna to Montreal: the new Crohn's disease clasification. *Annals of Gastroenterology.* 2006, vol. 19(2), p. 143-144.
24. LLOYD-STILL J. And GREEN. A clinical scoring system for chronic inflamatory bowel disease in children. *Dig. Dis. Sci.*1979, vol. 24, p. 620-4.
25. LYNNE RUESS ET ALL Inflammatory Bowel Disease in Children and Young Adults: Correlation of Sonographic and Clinical Parameters during Treatment *AJR*, 2000, vol. 175, p. 79–84.
26. MIHU ION, PLEȘCA VIORICA . Gastroenterologie pediatrică. Ghid practic, Chișinău, 2007, 218 p.
27. National Digestive Diseases Information Clearinghouse. Crohn disease. NIH Publication No. 06-3410. <http://digestive.niddk.nih.gov>. Updated: February 2006
28. National Guideline Clearinghouse. IBD Guideline Team, Cincinnati Children's Hospital Medical Center: Evidence-based care guideline for Management of Pediatric Moderate/Severe Inflammatory Bowel Disease (IBD), Guideline 29, pages 1-29, April 5, 2007.
29. SCHALL J.I., SEMEAO E. J., STALLINGS V. A., ZEMEL B. S., Self-assessment of sexual maturity status in children with Crohn's disease, *The Journal of pediatrics*, 2002, vol. 141, nr. 2, p. 223-229.
30. SCHWARTZ WILLIAM M.. Consultul pediatic în 5 minute. Editura Callisto, ediția IV.
31. SOSTEGNI R., DAPERNO M., SCAGLIONE N., LAVAGNA A., ROCCA R. Review article: Crohn's disease: monitoring disease activity, *Aliment. Pharmacol. Ther.*, 2003, vol. 17 (Suppl. 2), p. 11–17.
32. SPOREA I., POPESCU A. Rolul ultrasonografiei în diagnosticul bolilor inflamatorii intestinale și al complicațiilor acestora, *Clinica de Gastroenterologie, Universitatea de Medicină și Farmacie Timișoara.*
33. URNE FU, PAERREGAARD A. Chronic inflammatory bowel disease in children. An epidemiological study from eastern Denmark 1998–2000 . *Ugeskr Laeger* 2002, vol. 164, pag. 5810–4.
34. VIND I. RIIS L, JESS T, et al. Increasing incidences of inflammatory bowel disease and decreasing surgery rates in Copenhagen City and County, 2003-2005: a population-based study from the Danish Crohn Colitis Database. *Am J Gastroenterol.* 2006, vol. 101, pag. 1274-1282.
35. WALKER-SMITH J A. Chronic inflammatory bowel disease in children: a complex problem in management, *Postgrad. Med. J.* 2000, vol. 76, p. 469-472.
36. ЗАГОРСКИЙ С.Э., БЕЛЯЕВА Л.М. Хронические воспалительные заболевания кишечника у детей и подростков.(современный подход к диагностике, лечению и реабилитации), 2007, Минск .
37. Рациональная диагностика и фармакотерапия заболеваний органов пищеварения. Болезнь Крона. <http://www.health-ua.org/directories/view/?nosology=36&ed=1>
38. Справочник Видаль «Лекарственные препараты в России», Москва, Россия, 2008.
39. ЩЕПЛЯГИНА Л. А., МОЙСЕЕВА Т. Ю., КРУГЛОВА И. В., Снижение минеральной плотности кости у детей:взгляд педиатра, Научный центр здоровья детей, РАМН, Москва.