

**MINISTERUL
SĂNĂTĂȚII
AL REPUBLICII MOLDOVA**



**МИНИСТЕРСТВО
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ МОЛДОВА**

COLITA ULCEROASĂ 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	5
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	5
A.8. Definițiile folosite în document	6
A.9. Informație epidemiologică	7
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 CONDUITĂ	19
C.1.1. Algoritm de conduită a copiilor cu colită ulceroasă	19
C.2. DESCRIEREA METODELOR, TEHNICILOR ȘI PROCEDURILOR	20
C.2.1. Clasificarea	20
C.2.2. Factori de risc	21
C.2.3. Profilaxia	22
C.2.4. Screening-ul	22
C.2.5. Conduita pacientului	22
C.2.5.1. Anamneza	22
C.2.5.2. Examenul clinic	23
C.2.5.3. Investigatii paraclinice	25
C.2.5.4. Diagnosticul diferențiat	32
C.2.5.5. Tratamentul	33
C.2.5.5.1. Tratamentul nemedicamentos	33
C.2.5.5.2. Tratamentul medicamentos	34
C.2.5.5.3. Tratamentul chirurgical	41
C.2.5.6. Supravegherea pacienților	42
C.2.6. Complicațiile	43
D. RESURSE UMANE ȘI MATERIALE NECESARE PENTRU IMPLEMENTAREA PREVEDERILOR PROTOCOLULUI	45
D.1. Instituțiile de asistență medicală primară	45
D.2. Instituțiile/secțiile de asistență medicală specializată de ambulator	45
D.3. Instituțiile de asistență medicală spitalicească: secții de pediatrie ale spitalelor raionale, municipale	46
D.4. Instituțiile de asistență medicală spitalicească: secții de gastrologie ale spitalelor republicane	46
E. INDICATORII DE MONITORIZARE A IMPLIMENTĂRII PROTOCOLULUI	48
ANEXE	50
Anexa 1. Ghidul pacientului cu colită ulceroasă	50

ABREVIERILE FOLOSITE ÎN DOCUMENT

AINS	– antiinflamatoare nesteroidiene
ANA	– anticorpi antinucleari
ANCA	– anticorpi anticitoplasmă neutrofilă
ASCA	– anticorpi anti- <i>Sacharomices cerevisiae</i>
BC	– boala Crohn
BII	– boala inflamatorie a intestinului
CU	– colita ulceroasă
DS	– deviere standard
EGDFS	– esofagogastroduodenofibroscopie
IBD	– boala inflamatorie a intestinului
GP	– gastroenterolog pediatru
IMSP ICȘOSMC	– Institutia Medico-Sanitară Publică Institutul de Cercetări științifice în domeniul Ocrotirii Sănătății Mamei și Copilului.
I.v.	– intravenos
MF	– medic de familie
N	– rezultat în limite fiziologice în evaluări clinice, de laborator și instrumentale
p.o.	– <i>per os</i>
P	– pediatru
TGI	– tubul digestiv inferior
TGS	– tubul digestiv superior
VSH	– viteza de sedimentare a hematiilor
↑	– valori crescute, comparativ cu limitele fiziologice
↓	– valori reduse, comparativ cu limitele fiziologice

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 ÎNTRODUCTIVĂ

A.1. Diagnosticul:

Exemple de formulare a diagnosticului clinic:

1. Colita ulceroasă de severitate medie (S2), localizare de sînga (E2), activitate moderată. Deficit de masă, gr. 1. Acrodermatită enteropatică. Anemie deficitară, gr. I.
2. Colita ulceroasă cu severitate ușoară (S1), proctita (E1), activitate ușoară. Anemie deficitară, gr.I.
3. Colită ulceroasă în remisiune clinică (S0). Talie joasă.

A.2. Codul bolii (CIM 10): K51 [6]

K51	Colită ulceroasă
K51.0	Enterocolită (cronică) ulceroasă
K51.1	Ileocolită (cronică) ulceroasă
K51.2	Proctită (cronică) ulceroasă
K51.3	Rectosigmoidită (cronică) ulceroasă
K51.4	Pseudopolipoză colonului
K51.5	Proctocolită a mucoasei
K51.8	Alte colite ulceroase
K51.9	Colită ulceroasă, nespecificată

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. Depistarea precoce (în primul an de la apariția semnelor clinice) a pacienților cu CU.
2. Ameliorarea examinării pacienților cu CU.
3. Ameliorarea calității tratamentului pacienților cu CU.
4. Creșterea numărului de pacienți cu CU, supravegheați conform recomandărilor din protocolul clinic național.
5. Creșterea numărului de pacienți cu CU, cărora li se vor monitoriza posibile efecte adverse la tratamentul continuu cu preparate remisive.
6. Creșterea numărului de pacienți cu CU, cu inducerea remisiunii complete.
7. Creșterea numărului de pacienți cu CU, cu menținerea remisiunii complete.
8. Ameliorarea screening-ului cancerului de colon la pacienții cu CU.
9. Ameliorarea psihosocială a copilului cu CU și a familiei lui.

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, doctor habilitat în medicină, profesor univ.	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	Digestive Center, Medicine Section, Herlev University Hospital,

gastroenterolog, PhD student	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

Colită ulceroasă – afecțiune inflamatorie cronică a intestinului, caracterizată prin leziuni ulcerohemoragice, localizate la nivelul mucoasei colonului, preponderent al rectului.

Boala inflamatorie cronică a intestinului – denumire generică a 2 entități, caracterizate prin inflamația peretelui intestinal, de etiologie neprecizată și cu o evoluție cronică.

Colangita sclerozantă primară – afecțiune inflamatorie, fibrozantă primară a căilor biliare, intra- și extrahepatice cu evoluție în ciroză biliară și insuficiență hepatică.

Tenesme – contracturi spastice, dureroase ale sfincterului anal sau ale colului vezicii urinare.

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

Rectorație – prezența sîngelui în scaun.

Rectorație cronică – prezența sîngelui în scaun > 4 săptămîni.

Rectorație recurentă – diaree cu sînge > 2 epizoade în ultimele 6 luni.

Diaree cronică – diaree > 4 săptămîni.

Diaree recurentă – > 2 epizoade diareice în ultimele 6 luni.

Incontinența de fecale – pierderea controlului sfincterului anal, incapacitatea de reținere a scaunelor.

Plazmocitoza bazală – prezența plasmocitelor sub criptele intestinale sau în jurul acestora.

Episclerita – inflamația episclerei (membrană fibroasă a ochiului situată între sclerotică și conjunctivă).

Iridociclita – inflamație oculară care afectează irisul și corpul ciliar.

Uveita – inflamația uveei, membrană intermediară vascularizată care alimentează ochiul, constituită din iris, corpul ciliar și coroida.

Cataractă – opacifiere parțială sau totală a cristalinului, consecutivă alterării metabolismului fibrelor cristaliniene și responsabilă de o scadere progresivă a vederii.

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

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

Steatoze – prezența grăsimilor în scaun.

Osteodensitometrie – examinare a densității minerală osoase, exprimată în DS unice pentru toate metodele de osteodensitometrie. La copii se apreciază Scorul Z, prin compararea cu valoarea devierilor standarde la copiii din aceeași categorie de vîrstă.

Spatiul presacrat – distanța sacru - lumen rectal în cadrul examenului radiologic baritat.

Ileita de reflux – complex de modificări decelate în examenul radiologic baritat, care include: dilatarea ileonului terminal, mucoasă ileală granulară, valvula ileocecală deschisă, deformată.

Ingroșarea pereților intestinali – creșterea grosimii peretelui intestinal peste 3-4 mm.

Anticorpi monoclonali – produse biologice, care se absorb de către anumiți antigeni de pe suprafața celulelor-țintă și pot acționa prin mecanism direct, prin stimularea sistemului imun al gazdei, pot bloca receptorii pentru factorii de creștere sau pot fi ca „purători” de substanțe citotoxice, pe care o atașează direct de celula malignă sau virală (celule-țintă).

A.9. Informație epidemiologică

- **Incidența generală** – 10-20 de cazuri la 100 mii de locuitori (SUA) [10, 15]
- **Prevalența generală** – 100-200 la 100 mii de locuitori (SUA)
- **Incidența la copil:**
 - 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]
- **Distribuția geografică:**
 - este ubicuitară
 - predominantă în zonele de nord
 - cu gradient de repartitie nord-sud
 - *ariile geografice cu incidență mare* (15 cazuri la 100 mii de locuitori):
 - America de Nord
 - Europa de Nord
 - *ariile geografice cu incidență mică* (1 caz la 100 mii de locuitori):
 - Europa de Sud-Vest
 - Orientul Mijlociu
 - America Latina
 - Africa
- **Apartenența rasială și cea etnică** (mai frecvent afectează):
 - rasa albă.
- **Locul de trai:**
 - zone urbane, înalt industrializate;
 - zone cu ecologie precară.
- **Raspândirea în funcție de vîrsta:**
 - Repartitie bimodală:
 - Vîrful I - între 5 și 20 ani (20%) [15]
 - Vîrful al II-lea - între 60 și 80 de ani
- **Raspândirea în funcție de gen** este egală [15]

. PARTEA GENERALĂ

B.1. Nivel de asistență medicală primară		
Descriere (măsuri)	Motive (repere)	Pași (modalități și condiții de realizare)
I	II	III
1. Profilaxia		
1.1. Profilaxia primară	Metode de profilaxie primară în CU, la moment, nu există [15].	Măsuri de profilaxie primară nu se întreprind (caseta 4).
1.2. Profilaxia secundară	➤ Profilaxia secundară este direcționată spre preîntâmpinarea recidivelor [15]. ➤ Folosirea neselectivă a AINS probabil asociază majorarea riscului pentru exacerbările CU [27]. ➤ Pentru prevenirea deciziilor întârziate ce duc la creșterea morbidității și mortalității preoperatorii, toți pacienții cu evoluție severă a CU conform scorului Truelove & Witts, prezintă criteriu imediat de spitalizare [27].	Obligatori: - Supravegherea conform planului individual (Tabelul 12,13); - Preîntâmpinarea factorilor ce pot condiționa acutizarea bolii: ✓ factorii infecțioși; ✓ factorii alimentari; ✓ factorii medicamentoși; ✓ factorii psihoemoționali (caseta 3); - Profilaxia infecțiilor intercurente ale tractului gastrointestinal și respirator.
1.3. Screening-ul	➤ Screening-ul primar în CU nu se efectuează [28]. ➤ 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 [28]. ➤ Copii cu CU, ce depășesc un stagiul ai bolii de 7 – 8 ani, sînt supuși screeningului pentru cancerului de colon [28]. ➤ Istoricul familial de IBD majorează riscul apariției la alți membri ai familiei [27].	- Metode de screening în CU nu există (Caseta 5). Obligatori: - Membrii familiei vor fi intervievați, examinați, monitorizați pentru o eventuală BII; - Supravegherea conform planului individual (tabelul 12,13).
2. Diagnosticul		
2.1. Suspectarea diagnosticului de CU	➤ Istoricul familial de IBD majorează riscul apariției la alți membri ai familiei [27].	Obligatori: Anamneza (Caseta 6);

	➤ CU trebuie suspectată la copii cu diaree cu sânge, cronică sau recurentă, după excluderea altor cauze. Sînt suspectați îndeosebi copii cu deficit ponderal și/sau pubertar, cu istoric familial de IBD, markeri ai inflamației crescute, prezența anemiei [27]. ➤ Standartul de aur în diagnosticul CU nu este elaborat. Diagnosticul trebuie stabilit în combinație cu istoricul bolii, evaluarea clinică, tabloul endoscopic și histologic [27]. ➤ Dezvoltarea fizică și pubertară trebuie inclusă în diagnostic pe parcursul bolii. Deficitul de creștere și retardul pubertar necesită tratament [27]. ➤ Evaluarea inițială de laborator include hemograma, urea serică, creatinina, electroliții, enzimele hepatice, fierul seric, proteina C-reactivă [27].	• Membrii familiei vor fi intervievați, examinați și monitorizați pentru o eventuală BII. • Algoritmul diagnosticului diferențiat al rectoragiilor la copii (Fig.1); • Examenul fizic, clinic (Caseta 7, 8, 9); • Investigații paraclinice obligatorii (Caseta 10, 11, Tabelul 5, 7); • Efectuarea diagnosticului diferențial cu alte patologii (Tabelul 11, Caseta 16); • Aprecierea activității bolii (tabelul 8, 9); • Aprecierea curbelor de dezvoltare (Protocolul Clinic Național „Boala Crohn la copil”, Anexa 1).
I	II	III
2.2. Deciderea consultului specialistului și/sau spitalizării	➤ Copiii și adolescenții (sub 16-18 ani) trebuie examinați endoscopic de către un specialist cu experiență în gastroenterologia pediatrică și BII (spital cu profil pediatric, acces la anestezie generală) [27]. ➤ Pentru a prevenirea deciziilor întîziate ce duc la creșterea morbidității și mortalității preoperatorii, toți pacienții cu evoluție severă a CU conform scorului Truelove & Witts, prezintă criteriu imediat de spitalizare [27].	Obligatoriu: • Toți pacienții cu suspecție la CU vor fi îndreptați la consultația gastrologului pediatru. • Evaluarea criteriilor pentru spitalizare (Caseta 31).
3. Tratamentul CU		
3.1. Tratamentul nemedicamentos	➤ O „dietă specială” în CU nu există deoarece acestea sunt inefective și prezintă risc pentru deficiențe nutriționale [27]. ➤ Produsele alimentare pot să nu prezinte cauza bolii, dar utilizarea lor în perioadele acute pot agrava evoluția puseului și amîna vindecarea [17]. ➤ Suportul psihologic în CU este un tratament adjuvant important, pentru că simptomele depresive sînt frecvente	Obligatoriu: • Evitarea produselor alimentare recomandate și interzise (Caseta 19, 20); • Recomandări privind modificarea regimului igienodietetic (Anexa 1); • Oferirea consilierii psihosociale copilului și familiei (Anexa 1).

	și suportul psihosocial poate fi asociat cu complianță mai bună și îmbunătățirea calității vieții [27].	
3.2. Tratatamentul medicamentos	➤ În tratamentul inițial al formelor ușoare și moderate de proctită este preferențială, administrarea mesalazinei, în supozitoare, câte 1 gram zilnic [27]. ➤ Combinația: mesalazină topică cu mesalazină orală, sau cu steroizi topici, poate fi mai efektivă decât utilizarea solitară, și trebuie considerată pentru escaladarea tratamentului [27]. ➤ Utilizarea doar a mesalazinei orale este mai puțin efektivă [27]. ➤ La copiii cu pancolită forma ușoară-moderată se recomandă mesalazina/sulfasalazina (oral) ca primă linie în terapie [27]. ➤ Steroizii (oral) se folosesc când răspunsul la tratament este insuficient [27].	Obligatoriu: • Supravegherea tratamentului indicat de către specialistul gastrolog pediatru pentru menținerea remisiei: - Aplicarea, conform competențelor, a planului individualizat de supraveghere (Tabelul 12, 13); - Aminosalicilați (Caseta 23); - Imunosupresoare (Caseta 25); - Corticosteroizi (Caseta 24); - Acid folic (Caseta 28). • Supravegherea complicațiilor (Caseta 34); • Supravegherea reacțiilor adverse ale medicamentelor (Caseta 23-28). Recomandabil: - Antibiotice (Caseta 27); - Preparate probiotice (Caseta 29).
4. Supravegherea	➤ Extinderea procesului influențează începutul și frecvența supravegherii [27]. ➤ La toți copiii cu CU se va evalua talia, greutatea (și curbele de creștere pre-diagnostice) și gradul de dezvoltare pubertară, ele trebuie înregistrate în diagnostic și reevaluate regulat [27]. ➤ Supravegherea copiilor cu CU se va efectua în comun cu medicul specialist gastrolog-pediatru și pediatru [17, 19].	Obligatoriu: • Aplicarea clasificării CU după severitate, activitate și evoluție (Tabelul 1, 2, 3, Caseta 1, 2); • Aplicarea planului individual de supraveghere și monitorizare a copilului cu CU conform modelului-tip, în funcție de severitatea bolii, activitatea procesului inflamator și prezența complicațiilor (tabelul 12, 13). • Completarea, conform competențelor, a „Pașaportul copilului cu Boală Inflamatorie a Intestinului” (Protocolul Clinic Național „Pașaportul copilului cu BII”, Anexa 3). • 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”. ▪ Colaborarea cu Autoritatea Tutelară Locală privind respectarea drepturilor copilului cu dizabilități.
--	--	--

B.2. Nivel de asistență medicală specializată de ambulator		
Descriere (măsuri)	Motive (reper)	Pași (modalități și condiții de realizare)
I	II	III
1. Profilaxia		
1.1. Profilaxia primară	Metode de profilaxie primară în CU, la moment, nu există [15].	• Măsuri de profilaxie primară nu se întreprind (Caseta 4).
1.2. Profilaxia secundară	➤ Profilaxia secundară este direcționată spre preîntîmpinarea recidivelor [15]. ➤ Folosirea neselectivă a AINS probabil asociază majorarea riscului pentru exacerbările CU [27]. ➤ Pentru a prevenirea deciziilor întînziate ce duc la creșterea morbidității și mortalității preoperatorii, toți pacienții cu evoluție severă a CU conform scorului Truelove & Witts, prezintă criteriu imediat de spitalizare [27].	Obligatoriu: • Participarea la elaborarea și monitorizarea planului individual de supraveghere conform modelului-tip (Tabelul 12,13); • Preîntîmpinarea factorilor ce pot condiționa acutizarea bolii: ✓ factorii infecțioși; ✓ factorii alimentari; ✓ factorii medicamentoși; ✓ factorii psihoemoționali (Caseta 3); • Profilaxia infecțiilor intercurrente ale tractului gastrointestinal și respirator.
1.3. Screening-ul	➤ Screening-ul primar în CU nu se efectuează [28]. ➤ Deoarece circa 5% din pacienții cu IBD dezvoltă cancer	• Metode de screening în CU nu există (Caseta 5).

	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 [28]. ➤ Copii cu CU, ce depășesc un stagiul ai bolii de 7 – 8 ani, sînt supuși screeningului pentru cancerului de colon [28].	Obligatori: • Membrii familiei vor fi intervievați, examinați, monitorizați pentru o eventuală BII; • Supravegherea conform planului individual (Tabelul 12,13).
2. Diagnosticul		
2.1. Suspectarea și confirmarea diagnosticului de CU	➤ Istoricul familial de IBD majorează riscul apariției la alți membri ai familiei [27]. ➤ CU trebuie suspectată la copii cu diaree cu sînge, cronică sau recurentă, după excluderea altor cauze. Sînt suspectați îndeosebi copii cu deficit ponderal și/sau pubertar, cu istoric familial de IBD, markeri ai inflamației crescuți, prezența anemiei [27]. ➤ Standartul de aur în diagnosticul CU nu este elaborat. Diagnosticul trebuie stabilit în combinație cu istoricul bolii, evaluarea clinică, tabloul endoscopic și histologic [27]. ➤ Evaluarea inițială de laborator include hemograma, urea serică, creatinina, electroliții, enzimele hepatice, fierul seric, proteina C-reactivă [27].	Obligatori: • Anamneza (Caseta 6); • Membrii familiei vor fi intervievați, examinați monitorizați pentru o eventuală BII. • Algoritmul diagnosticului diferențiat al rectoragiilor la copii (Fig.1); • Examenul fizic, clinic (Caseta 7, 8, 9); • Investigații paraclinice obligatorii (Caseta 10, 11, Tabelul 5, 7); • Efectuarea diagnosticului diferențial cu alte patologii (Tabelul 11, Caseta 16); • Aprecierea activității bolii (Tabelul 8, 9); • Aprecierea curbelor de dezvoltare (Protocolul Clinic Național „Boala Crohn la copil”, Anexa 1).
2.2. Deciderea consultului specialistului și/sau spitalizării	➤ Copiii și adolescenții (sub 16-18 ani) trebuie examinați endoscopic de către un specialist cu experiență în gastroenterologia pediatrică și BII (spital cu profil pediatric, acces la anestezie generală) [27]. ➤ Pentru prevenirea deciziilor întîziate ce duc la creșterea morbidității și mortalității preoperatorii, toți pacienții cu evoluție severă a CU conform scorului Truelove & Witts, prezintă criteriu imediat de spitalizare [27].	Obligatori: • Evaluarea criteriilor pentru spitalizare (Caseta 31).
3. Tratamentul CU		

3.1. Tratamentul nemedicamentos	➤ O „dietă specială” în CU nu există deoarece acestea sunt inefective și prezintă risc pentru deficiențe nutriționale [27]. ➤ Produsele alimentare pot să nu prezinte cauza bolii, dar utilizarea lor în perioadele acute pot agrava evoluția puseului și amîna vindecarea [17]. ➤ Suportul psihologic în CU este un tratament adjuvant important, pentru că simptomele depresive sînt frecvente și suportul psihosocial poate fi asociat cu complianță mai bună și îmbunătățirea calității vieții [27].	Obligatoriu: • Produse alimentare recomandate și interzise (Caseta 19, 20); • Recomandări privind modificarea regimului igienodietetic (Anexa 1); • Oferirea consilierii psihosociale copilului și familiei (Anexa 1).
3.2. Tratamentul medicamentos	➤ În tratamentul inițial al formelor ușoare și moderate de proctită este preferențială, administrarea mesalazinei, în supozitoare, cîte 1 gram zilnic [27]. ➤ Combinația: mesalazină topică cu mesalazină orală, sau cu steroizi topici, poate fi mai efektivă decît utilizarea solitară, și trebuie considerată pentru escaladarea tratamentului [27]. ➤ Utilizarea doar a mesalazinei orale este mai puțin efektivă [27]. ➤ La copiii cu pancolită forma ușoară-moderată se recomandă mesalazina/sulfasalazina (oral) ca primă linie în terapie [27].	Obligatoriu: • Supravegherea tratamentului indicat pentru menținerea remisie: - Aplicarea, conform competențelor, a planului individualizat de supraveghere (Tabelul 12, 13); - Aminosalicilați (Caseta 23); - Imunosupresori (Caseta 25); - Corticosteroizi (Caseta 24); - Acid folic (Caseta 28). • Supravegherea complicațiilor (Caseta 34); • Supravegherea reacțiilor adverse ale medicamentelor (Caseta 23-28). Recomandabil: - Antibacteriene (Caseta 27); - Preparate probiotice (Caseta 29).
4. Supravegherea	➤ Extinderea procesului influențează începutul și frecvența supravegherii [27]. ➤ La toți copii cu CU se va evalua talia, greutatea (și curbele de creștere pre-diagnostice) și gradul de dezvoltare pubertară, ele trebuie înregistrate în diagnostic și reevaluate regulat [27]. ➤ Supravegherea copiilor cu CU se va efectua în comun cu medicul specialist gastrolog-pediatru și pediatru [17, 19].	Obligatoriu: • Aplicarea clasificării CU după severitate, activitate și evoluție (tabelul 1, 2, 3, caseta 1, 2); • Elaborati un plan individual de supraveghere și monitorizare a copilului cu CU conform modelului-tip în funcție de severitatea bolii, activitatea procesului inflamator și prezența complicațiilor (tabelul 12, 13). • Completarea, conform competențelor, a „Pașaportul copilului cu Boală Inflamatorie a Intestinului”

		(Protocolul Clinic Național „Boala Crohn la copil”, Anexa 3). • 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. - 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”. • Colaborarea cu Autoritatea Tutelară Locală privind respectarea drepturilor copilului cu dizabilități.
--	--	--

B.3. Nivel de asistență medicală spitalicească		
Descriere (măsuri)	Motive (repere)	Pași (modalități și condiții de realizare)
I	II	III
1. Spitalizare	➤ Copiii și adolescenții (sub 16-18 ani) trebuie examinați endoscopic de către un specialist cu experiență în gastroenterologia pediatrică și IBD (spital cu profil pediatric, acces la anestezie generală) [27]. ➤ Pentru a prevenirea deciziilor întîtziate ce duc la creșterea morbidității și mortalității preoperatorii, toți pacienții cu evoluție severă a CU conform scorului Truelove & Witts, prezintă criteriu imediat de spitalizare [27].	• Aplicarea criteriilor pentru spitalizare (Caseta 31).
2. Diagnosticul		
2.1. Confirmarea diagnosticului de CU	➤ Istoricul familial de IBD majorează riscul apariției la alți membri ai familiei [27].	Obligatoriu: • Anamneza (caseta 6);

	➤ CU trebuie suspectată la copii cu diaree cu sânge, cronică sau recurentă, după excluderea altor cauze. Sînt suspectați îndeosebi copii cu deficit ponderal și/sau pubertar, cu istoric familial de IBD, markeri ai inflamației crescute, prezența anemiei [27]. ➤ Standartul de aur în diagnosticul CU nu este elaborat. Diagnosticul trebuie stabilit în combinație cu istoricul bolii, evaluarea clinică, tabloul endoscopic și histologic [27]. ➤ Dezvoltarea fizică și pubertară trebuie inclusă în diagnostic pe parcursul bolii. Deficitul de creștere și retardul pubertar necesită tratament [27]. ➤ Ultrasonografia transabdominală și hidrocolonică are valoare secundară în definirea extinderii CU [27]. ➤ Pentru stabilirea diagnosticului și extinderii CU se recomandă efectuarea colonoscopiei, preferabil cu ileoscopie cu biopsie segmentară cu includerea rectului [27]. ➤ Pacienților cu forme severe se recomandă efectuarea radiografiei abdominale, și confirmarea activității bolii prin intermediul sigmoidoscopiei, ca primă linie de diagnostic [27]. ➤ Se recomandă investigarea intestinului subțire în cazul prezenței tabloului macroscopic și histologic sărac/nedemonstrativ la nivelul rectului, sau implicare cecală nedefinită [27]. ➤ Severitatea endoscopică a colitei ulceroase va fi mai bine reflectată în cazul prezenței mucoasei friabile, hemoragiilor spontane și ulcerărilor profunde [27]. ➤ Pentru siguranța diagnosticului de CU trebuie obținute multiple biopsii din cinci zone ale colonului (inclusiv rectul) și ileonului [27]. ➤ Diagnosticul de CU se stabilește în bază de: plazomocitoză bazală, creștere celulară difuză în lamina proprie, răspîndire mucoasă sau cripte arhitectonice distorsionate [27]. ➤ Ileocolonoscopia și biopsia trebuie efectuate la toți	• Examenul clinic (casetele 7, 8, 9, 10); • Investigații paraclinice obligatorii (tabelul 5, 7) • Efectuarea diagnosticului diferențial cu alte patologii (casetă 16, tabelul 11); • Aprecierea activității bolii (tabelul 8, 9); • Aprecierea curbei de dezvoltare. Recomandabil: • Investigații paraclinice recomandabile (tabelul 6).
--	---	--

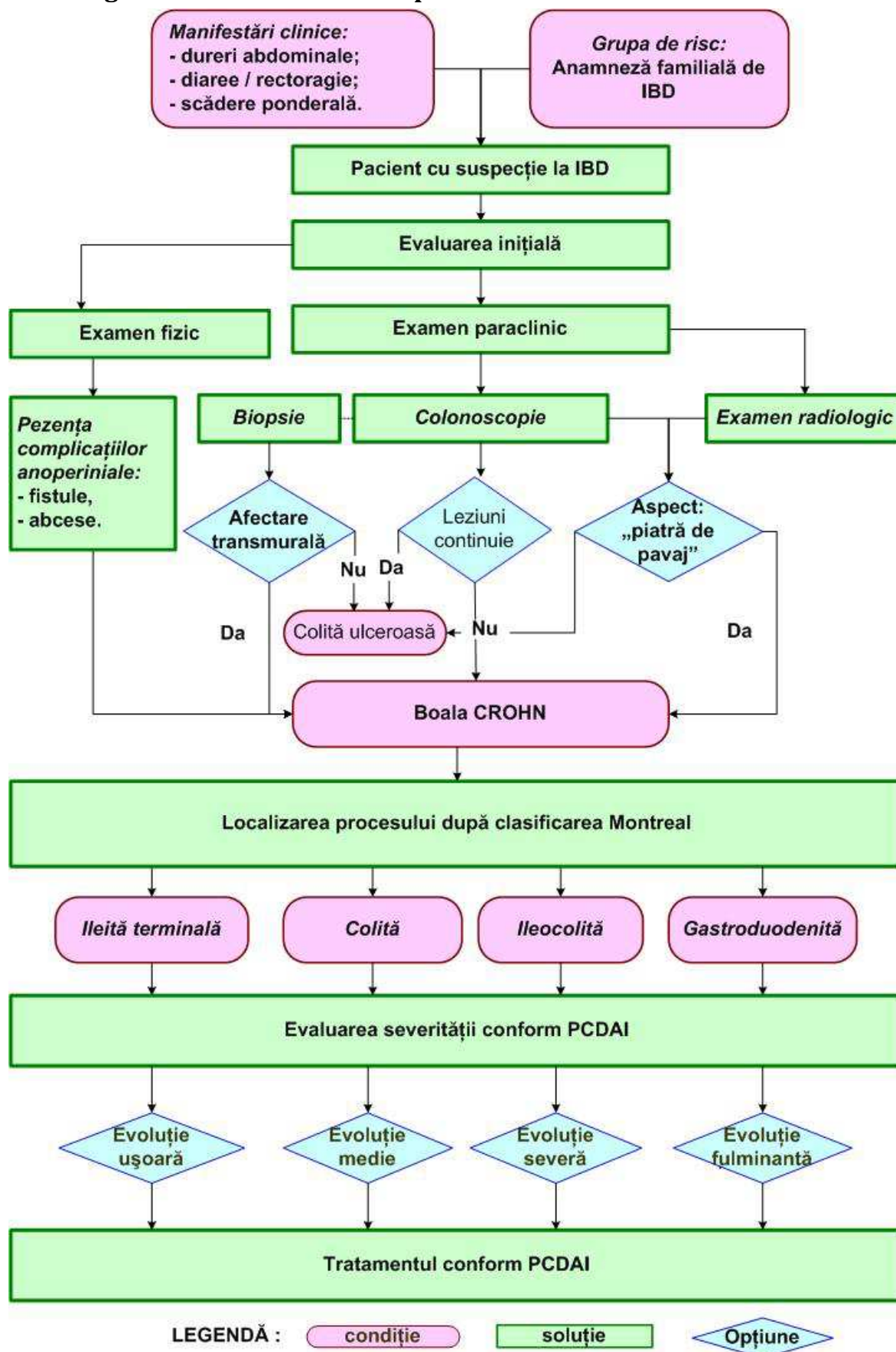
	copii și adolescenții cu suspecție la IBD. Endoscopia gastrointestinală superioară este recomandată atunci când ileoscopic nu s-a stabilit diagnosticul de CU [27].	
3. Tratamentul CU		
3.1. Tratamentul nemedicamentos	➤ Produsele alimentare pot să nu prezinte cauza bolii, dar utilizarea lor în perioadele acute pot agrava evoluția puseului și amîna vindecarea [17]. ➤ Suportul psihologic în CU este un tratament adjuvant important, pentru că simptomele depresive sînt frecvente și suportul psihosocial poate fi asociat cu complianță mai bună și îmbunătățirea calității vieții [27].	Obligatori: • Recomandări privind modificarea regimului igienodietetic (Anexa 1). • Regim de staționar, care implică restricția activității fizice la bonavii cu activitate moderată și severă a bolii. • Evitarea produselor alimentare interzise (Caseta 20, Anexa 1);
3.2. Tratamentul medicamentos	➤ Utilizarea de scurtă durată a inhibitorilor COX-2 nu este periculoasă [27]. ➤ În tratamentul inițial al formelor ușoare și moderate de proctită este preferenția, administrarea mesalazinei, în supozitoare, cîte 1 gram zilnic [27]. ➤ Mesalazina în forma sa de clister este o alternativă efectivă [27]. ➤ Substanța activă din medicament ajunge mai efectiv la nivelul rectului și este mai bine tolerată în formă de supozitorii, spre deosebire de forma de livrare în clister [27]. ➤ Combinația: mesalazină topică cu mesalazină orală, sau cu steroizi topici, poate fi mai efectivă decît utilizarea solitară, și trebuie considerată pentru escaladarea tratamentului [27]. ➤ Utilizarea doar a mesalazinei orale este mai puțin efectivă [27]. ➤ Aminosalicilații ce se administrează pe cale orală și/sau topică (supozitorii în proctite, enemas-clister în colită stîngă) se folosesc în inducerea inițială a terapiei la copii și adolescenții cu forme ușoare și moderate a CU [27]. ➤ La copiii cu pancolită forma ușoară-moderată se recomandă mesalazina/sulfasalazina (oral) ca primă	Obligatori: • Aprecierea activității bolii (Tabelul 8, 9); • Inducerea și menținerea remisiei cu: - Aminosalicilați (Caseta 23); - Corticosteroizi (Caseta 24); - Imunomodulatori (Caseta 25); - Acid folic (Caseta 33). Recomandabil: • Antibacteriene (Caseta 27); • Preparate probiotice (Caseta 29); • Anticorpi monoclonali (Caseta 26) etc. • Nutriția enterală (Caseta 22).

	linie în terapie [27]. ➤ Steroizii (oral) se folosesc când răspunsul la tratament este insuficient [27]. ➤ La copii cu pancolită severă, prima linie de tratament o constituie corticosteroizii [27]. ➤ La răspuns insuficient de tratament se recomandă ciclosporină intravenoasă sau infliximab. Altă opțiune poate fi colectomia [27]. ➤ Mesalazina/sulfasalazina (oral) se recomandă pentru menținerea terapiei în doza similară inducerii terapiei [27]. ➤ În cazuri dificile cu extindere și/sau maladie recidivantă, steroid-refractari sau steroid-dependenți, se recomandă azatioprina/mercaptopurina. Este contraindicată utilizarea steroizilor de lungă durată, și ciclosporina [27]. ➤ Nutriția enterală și parenterală este inproprie tratamentului primar. Evaluarea nutrițională este esențială și suportul nutrițional trebuie prescris în caz de necesitate [27].	
3.3. Tratamentul chirurgical	➤ Colectomia este indicată în colitele severe cu complicații acute ce nu răspund la tratament medicamentos; forme active, persistente cu toxicitate la tratament cu corticosteroizi și imunosupresivi, retard fizic sau pubertar, în pofida tratamentului medicamentos [27]. ➤ Se recomandă efectuarea colectomiei de către un chirurg pediatru experimentat, ideal ar fi cu asistarea unui chirurg-colorectal cu experiență în pediatrie. Anastomozele ileo - anale trebuie efectuate doar în centrele înalt specializate [27].	Obligatoriu: o Tratamentul chirurgical în caz de necesitate (Caseta 33).
4. Externarea	➤ La externare este necesar de elaborat și recomandat pentru medic de familie tactica ulterioară de management al pacientului ➤ Istoricul familial de IBD majorează riscul apariției la alți membri ai familiei [27]. ➤ PCR și VSH sînt folosiți ca markeri pentru monitorizarea răspunsului la tratament în colitele severe	Extrasul obligatoriu va conține: -diagnosticul precizat desfășurat; -rezultatele investigațiilor și tratamentului efectuat; -recomandări explicite pentru pacient; -recomandări pentru medicul de familie; • Elaborarea planului de supraveghere (Tabelul 12,13).

	[27]. ➤ Colonoscopia de rutină nu este necesară pacienților cu CU în remisie, pînă la începerea programului de supraveghere. ➤ Durata aflării în staționar este de 3-6-8 săptămîni. în funcție de gravitatea bolii.	Obligatoriu: • Aplicarea criteriilor de externare (Caseta 32); • Elaborarea planului individual de supraveghere în funcție de activitatea bolii, conform planului tip de supraveghere (Tabelul 11, 12); • Completarea conform competențelor a „Pașaportul copilului cu BII” (Protocolul Clinic Național „Boala Crohn la copil”, Anexa 3). • Extrasul din fișa de spitalizare va conține: - diagnosticul complet conform clasificării Montreal (Tabelul 1, 2) și conform indicelui de activitate Truelove și Witts (Caseta 8); - rezultatele desfășurate ale investigațiilor instrumentale și de laborator, aplicate în perioada spitalizării; - tratamentul efectuat; - recomandări explicite pentru părinți/copii; - recomandări pentru medicul de familie. • Oferirea informației pentru pacient (Anexa 1); • Membrii familiei vor fi atenționați despre riscul celorlalți membri ai familiei pentru CU sau BC.
--	---	---

C. 1. ALGORITMI DE CONDUITĂ

C.1.1. Algoritmul de conduită a copiilor cu CU



C.2. DESCRIEREA METODELOR, TEHNICILOR ȘI PROCEDURILOR

C.2.1. Clasificarea colitei ulcerose

Tabelul 1. Clasificarea colitei ulcerose după severitate (Montreal), 2005 [23, 25]

Severitatea		Caracteristici
S0	<i>remisiune clinică</i>	- fără semne clinice, de laborator sau instrumentale
S1	<i>ușoară</i>	- < 4 scaune în zi (cu sau fără sânge) - fără semne clinice de afectare sistemică - absența markerilor de inflamație
S2	<i>medie</i>	- > 4 scaune în zi - semne clinice de afectare sistemică
S3	<i>severă</i>	- diaree (> 6 scaune în zi) cu rectoragie - pulsul > 90 bătă/min - temperatura > 37,5 °C - Hb < 105 g/l - VSH > 30 mm/oră

Tabelul 2. Clasificarea colitei ulcerose după localizare (Montreal), 2005 [23, 25]

Extinderea	Localizarea	Caracteristici
E1	<i>Proctită</i>	Limitarea inflamației la rect (Extinderea inflamației distal de joncțiunea rectosigmoidiană)
E2	<i>Colită de stînga (colită distală)</i>	Extinderea inflamației distal de flexura lienală
E3	<i>Colită extensivă (pancolită)</i>	Implicare extinsă a colonului, răspîndirea inflamației proximal de flexura lienală

Caseta 1. Clasificarea după indicele de activitate Truelove și Witts [10]

Remisiune clinică	6 puncte
Activitate ușoară	7-10 puncte
Activitate moderată	11-14 puncte
Activitate severă	15-18 puncte

Caseta 2. Clasificarea după scorul clinic Lloyd-Still și Green utilizat IBD la copii [13]

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

Tabelul 3. Clasificarea colitei ulcerose în funcție de evoluție și de localizare

Parametri <i>Evoluția bolii</i>	Evoluție ușoară	Evoluție medie	Evoluție gravă
<i>Răspîndirea afectării</i>	proctita, proctosigmoidită	colita de stînga (afectare subtotală)	colita de dreapta (afectare totală)/afectare subtotală
<i>Frecvența scaunului</i>	< 4 în zi	5-6 în zi	> 6 în zi

<i>Rectoragie</i>	striuri de sânge	sânge în cantități considerabile, amestecat cu mase fecale	detrit hemoragic-tisular fără scaun; cheaguri de sânge
<i>Examen endoscopic</i>	- edem nesemnificativ al mucoasei - lipsa desenului vascular - hemoragie neînsemnata de contact - lipsa de sânge și de puroi în lumen	- edem moderat al mucoasei - lipsa desenului vascular - ulcerații superficiale acoperite cu fibrină - eroziuni - polipi inflamatori - hemoragie pronunțată de contact - în lumen - mucus și puroi în cantități moderate	- edem pronunțat al mucoasei - desen vascular pronunțat - hemoragie de contact - granulație pronunțată - mucoasa cu ulcere și cu eroziuni - în lumen - conținut hemoragic-purulent abundent
<i>Scăderea masei corpului</i>	< 10%	10-20%	> 20%
<i>Temperatura</i>	< 37°C	37-38°C	> 38°C
<i>Pulsul (bătă/min)</i>	< 80	80-100	> 100
<i>Manifestările sistemice</i>	Lipsesc	Posibile	Prezente
<i>Complicațiile locale</i>	Lipsesc	Lipsesc	Prezente
<i>Proteina totală (g/l)</i>	> 65	65-60	< 60
<i>VSH-ul (mm/oră)</i>	< 26	26-30	< 30
<i>Hemoglobina (g/l)</i>	> 111	105-111	< 105
<i>Hematocritul</i>	> 0,35	0,25-0,34	< 0,25

C.2.2. Factori de risc

Caseta 3. Factorii de risc pentru instalarea și/sau acutizarea colitei ulcerose

- **Factorii genetici:**
 - antecedente familiale la 15-40% dintre afectați;
 - rudele de gradul I - în 15% din cazuri;
 - rudele de gradul II - în 6-10% din cazuri.
- **Apartenența rasială și cea etnică** (mai frecvent afectează):
 - rasa albă;
 - populația nord-europeană.
- **Vârsta:**
 - copii > 5 ani (fiecare al 5-lea copil cu CU) [15]
- **Locul de trai:**
 - zone urbane, înalt industrializate;
 - zone cu o ecologie precară.
- **Factorii infecțioși:**
 - bacterii (*Chlamidia*, *Yersinia*, *Proteus*, *Mycoplasma etc.*);
 - viruși (virusul citomegalic, retrovirusii);
 - paraziti (*Giardia*, *Entamoeba*);
 - microflora condiționat patogenă (în anumite condiții).
- **Factorii imuni:**

- răspuns imun aberant al factorilor prezenți în lumenul intestinal (alimentari, infecțioși, parazitari, alergici etc.).
- **Factorii alimentari:**
 - alimentarea artificială în perioada sugarilor;
 - utilizarea laptelui de vaci;
 - prezența aditivilor alimentari (conservanți);
 - excesul de glucide ușor asimilabile;
 - deficitul de fibre alimentare;
 - deficitul acizilor grași polinesaturați;
 - utilizarea alimentelor de tip fast food > 2 ori în săptămână.
- **Factorii medicamentoși:**
 - AINS;
 - antibiotice.
- **Factorii psihoemoționali:**
 - stresul acut, cronic;
 - surmenajul.

C.2.3. Profilaxia

Caseta 4. *Profilaxia colitei ulcerose*

- Măsurile de profilaxie primară în CU, la moment, nu se întreprind.
- Profilaxia secundară constă în preîntâmpinarea factorilor de risc și a celor care pot precipita recidivarea bolii (caseta 3).

C.2.4. Screening-ul

Caseta 5. *Screeningul colitei ulcerose*

- Screening-ul primar în CU nu exista.
- Screening-ul secundar prevede monitorizarea copiilor diagnosticați cu CU pentru cancerul de colon (*tabelele 12, 13; ghidul pacientului; Pașaportul copilului cu boala inflamatorie a intestinului*).

C.2.5. Conduita pacientului

C.2.5.1. Anamneza

Caseta 6. *Repere anamnestice pentru diagnosticul colitei ulcerose la copii*

- | | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Istoricul familial de IBD: <ul style="list-style-type: none"> - prezența BC, CU la rudele, gr. I, II; - prezența la rude a asocierilor: dureri abdominale, rectoragie, diaree, scădere în pondere, anorexie. Durerile abdominale <ul style="list-style-type: none"> - Localizarea și intensitatea; - Afectează activitatea cotidiană a copilului; - Frecvența și caracterul; - Circumstanțele de ameliorare și agravare. • Preferințele alimentare: <ul style="list-style-type: none"> - alimentarea artificială; - alimentarea cu lapte de vaci; | <ul style="list-style-type: none"> • Sîngerările rectale: <ul style="list-style-type: none"> - debutul; - frecvența; - caracterul: - sînge sub formă de striuri; - sînge amestecat cu evacuatul intestinal; - sîngele „acoperă” evacuatul intestinal; - detrit hemoragic-intestinal; - cheaguri de sînge; - asocierea cu alte date anamnestice sau clinice. • Tabagismul: <ul style="list-style-type: none"> - predispune pentru BC; - este mai rar întâlnit printre persoanele cu CU. |
|---|---|

- utilizarea aditivilor alimentari; - alimentarea cu glucide ușor asimilabile; - întrebuințarea fibrelor alimentare; - întrebuințarea acizilor grași polinesaturați; - utilizarea alimentelor de tip fast-food. • Diaree - Periodicitatea în timpul zilei; - Prezența în timpul nopții; - Frecvența și volumul; - Aspectul macroscopic; - Asocierea cu rectoragie sau alte semne clinice. • Apendicectomia, tonsilectomia: - diagnostic diferențial în favoarea BC.	• Scăderea în greutate: - debutul; - rata în timp de pierdere a greutății; - pierdere continuă sau în perioade; - asocierea cu alte repere anamnestice. • Anorexia: - debutul; - durata; - caracterul (general sau selectiv); - raportarea la activitatea bolii. • Călătoriile recente: - posibilitatea implicării unui agent cauzal infecțios ca factor trigger al bolii; - diferențierea cu infecțiile tractului gastrointestinal.
--	---

C.2.5.2. Examenul clinic

Caseta 7. Examenul fizic al pacienților cu colită ulceroasă

Examenul fizic în CU este în funcție de:

- localizarea procesului;
- durata bolii;
- severitatea inflamației în intestin;
- evoluția bolii (în formele ușoare și moderate, examenul fizic poate fi fără modificări);
- prezența manifestărilor din partea altor organe și sisteme (manifestări extraintestinale).

Caseta 8. Manifestările clinice digestive în colita ulceroasă la copil

- **Manifestări digestive generale**

- scăderea sau lipsa apetitului.

- **Manifestări abdominale**

Durere abdominală

- caracter de crampă;
- accentuată după mese, înaintea evacuării intestinului;
- localizare periombilical, cadranul stâng inferior.

Palparea abdomenului

- fără modificări (în formele ușoare, remisiune clinică);
- sensibilitate crescută;
- rigiditate musculară ușoară (preponderent în partea stângă);
- colonul descendent și sigmoid sub aspect de cordon rigid (coardă colică stângă);
- masa palpabilă poate indica obstrucție sau megacolon;
- distensie abdominală (frecvent supraombilical);
- splină mărită (rar) în hipertensiune portală asociată cu hepatită autoimună sau colangită sclerozantă primară.

În formele severe

- „apărare musculară”;
- semnul Blumberg pozitiv (iminența instalării unei perforații intestinale);
- exagerarea timpanismului;
- perceperea mai multor zgomote hidroaerice.

- **Manifestări intestinale**

Diaree

- scaune de volum mic;

- frecvente 4-20 în 24 de ore, cu orar diurn și nocturn (criteriu de afecțiune organică).

Rectoragii

- sînge roșu, proaspăt, pe suprafața scaunului;
- sînge separat de emisiunea fecală;
- proctite;
- proctosigmoidite (caracter pseudohemoroidal).
- sînge parțial digerat, amestecat cu mase fecale (forme extinse de CU).
- puroi și sînge (în forme severe și extinse).

Regiuneaperianală (inspecția, tușeul rectal)

- sfîncier anal, deseori spastic, datorită în mare parte, durerilor provocate la examinare;
- sfîncier anal relaxat sau chiar beant, în formele severe;
- eritem perianal;
- fisuri, hemoroizi.

• **Manifestări hepatice**

- hepatită autoimună (se întâlnește rar, dar este severă);
- colangită sclerozantă primitivă (pacienții cu debut asimptomatic, anticorpi p-ANCA pozitivi).

Caseta 9. Manifestările clinice extradigestive în colita ulceroasă la copil

• **Manifestări generale:**

- scădere ponderală;
- reținerea în creștere și în dezvoltare;
- malnutriție și istovire musculară (în evoluție trenantă și severă);
- întârzierea dezvoltării sexuale (posibile);
- febră;
- deshidratare;
- astenie, adinamie;

• **Manifestări osteoarticulare** (dispar în remisiune, fără a lăsa modificări):

- implicarea mai frecventă a articulațiilor periferice mari:
- articulația genunchiului;
- articulația talocrurală;
- articulația coxofemurală (10%);
- tumefierea articulațiilor;
- artrita migratorie (sinovita nedistructivă).
- spondilita anchilozantă 1%;
- osteoartropatia hipertrofică (degete de toboșar) - 10%;
- osteoporoza.

• **Manifestări cutaneomucoase (5%):**

- piele uscată (hipovitaminoză);
- piele palidă (în caz de anemie);
- icter (în afectare hepatică);
- scăderea turgorului cutanat (în deshidratare);
- eritem nodos pe suprafețele extensorii (este mai comun pentru BC);
- piodermii gangrenoase 1% (în evoluții severe);
- dermatite;
- erupții urticariene.
- căderea părului;
- modificări ale unghiilor (onicodistrofie).

• **Manifestări oculare:**

- iridociclite;
- uveite;

- episclerită;
- icterul sclerelor (în afectarea ficatului) se întâlnește rar;
- cataractă, specifică pentru tratamentul îndelungat cu steroizi.
- **Manifestări renale:**
 - litiază urică;
 - hematurie microscopică asimptomatică (6%).

C.2.5.3. Investigații paraclinice

Examinările inițiale, obligatorii pentru diagnosticul CU sunt [27]:

1. *Examinarea endoscopică (colonoscopie), cu multiple biopsii, deoarece prelevarea biopsiilor descoperă circa 11-29% din cazuri care pot fi omise la examenul endoscopic.*
2. *Irigografia sau tranzitul baritat.*

Caseta 12. Examenul endoscopic în colita ulcerasă la copii

- **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, până când 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 - Bisacodil, 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 11. Tabloul colonoscopic în colita ulcerasă la copil

- **Elemente pentru diagnosticare:**
 - nu există leziuni patognomonice în tabloul endoscopic pentru CU;
 - leziunile se limitează la stratul mucos;
 - leziunile sunt difuze, simetrice, omogene;
 - afectarea este continuă, lipsesc ariile „cruțate”, excepție - perioada de după aplicare a tratamentelor topice;
 - ulcerele sunt secundare inflamației și nu sunt obligatorii pentru diagnostic;
 - sunt posibili polipii inflamatori sau pseudopolipii:
 - cu dimensiuni (cîțiva mm - 1-1,5 cm);
 - forme variate (sesili, pediculați, bizari);
 - moi, friabili.
 - acoperit uneori cu exsudat albicios sau de culoare mai roșie decît mucoasa din jur;
 - dispersia leziunilor debutează din regiunea distală a rectului, cu extindere proximală;

- stoparea procesului poate debuta la diferit nivel, în rect sau în colon, cu demarcarea netă a mucoasei neafectate.

• **Gradele de severitate endoscopică a CU:**

parametri de bază:

- friabilitatea mucoasei;
- tendința spre sîngerare.

scoruri endoscopice în funcție de severitate:

- scorul endoscopic Baron, Schroeder, Feagan (tabelul 5).

• **Tabloul endoscopic în funcție de evoluția clinică:**

Forma ușoară:

- hiperemie difuză a mucoasei;
- lipsă a desenului vascular;
- eroziuni ale mucoasei;
- ulcerații superficiale unice;
- localizare a procesului preponderent în rect.

Forma medie:

- mucoasa intestinului - granulat;
- hemoragii ușoare de contact;
- ulcerații multiple neconfluente, neuniforme, acoperite cu mucus, fibrină, puroi;
- localizarea procesului preponderent în segmentele stîngi ale intestinului gros.

Forma severă:

- mucoasa hiperemiată, friabilă, sîngerîndă, cu inflamație necrotizantă pronunțată;
- exsudat purulent pronunțat;
- hemoragii spontane;
- ulcere de dimensiuni mari, care pot conflua, creînd o „mare de ulcerații”;
- mucoasă restantă care se detașează, lăsînd arii denudate;
- microabcese;
- pseudopolipi;
- procesul patologic cuprinde practic toate porțiunile intestinului gros.

Remisiunea clinică:

- reducerea edemului, congestiei și a inflamației;
- mucoasa își recapătă culoarea normală;
- lipsește tendința de sîngerare;
- desenul vascular începe să se observe, dar rămîne neregulat;
- involuția leziunilor poate fi diferită în diferite regiuni ale intestinului;
- leziunile devin asimetrice, neomogene, cu un fals aspect parcelar.

Tabelul 5. Scorurilor endoscopice utilizate în descrierea severității colitei ulcerose

Gradul de severitate	Scorul Baron	Scorul Schroeder	Scorul Feagan
0	Mucoasă cu aspect normal, ramificare vasculară cert vizibilă, fără hemoragii spontane sau de contact	În normă: maladie inactivă	Mucoasa normală, lucioasă, nefriabilă, cu pattern vascular vizibil
1	Mucoasă cu aspect anormal, dar nehemoragic, caracteristică intermediară între gradele 0 și 2	Ușor: eritem, desen vascular slab vizibil, friabilitate ușoară	Mucoasa cu aspect granular, hiperemică, nefriabilă, cu desen vascular șters
2	Aspect moderat hemoragic al mucoasei: hemoragii de contact, dar nu spontane	Moderat: eritem marcant, absența desenului vascular, friabilitatea mucoasei, eroziuni	Leziuni endoscopice caracteristice pentru gradul 1, mucoasa friabilă, fără hemoragii de contact

3	Aspect sever hemoragic al mucoasei: hemoragii spontane vizibile la inspecția inițială, hemoragii de contact	Sever: hemoragii spontane, ulcerații	Leziuni endoscopice caracteristice pentru gradul 2, cu hemoragii de contact
---	---	--------------------------------------	---

Caseta 14. Examenul histologic în colita ulceroasă 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 colita ulceroasă la copii

- **Perioada acută:**

- infiltrat inflamator acut și/sau cronic al mucoasei;
- edem și hiperemie a stratului mucos;
- predominarea neutrofilelor în lamina propria;
- criptita (leziune caracteristică) - prezența neutrofilelor în lumenul criptei glandulare;
- abcesul criptal, cu distorsionarea criptelor;
- producerea de mucus;
- hemoragii focale.

- **Remisiune clinică:**

- infiltrat inflamator cronic limfoplasmocitar mai puțin intens;
- anomalii de arhitectonică epitelială:
 - reducerea numărului de cripte glandulare;
 - atrofie criptală;
 - scurtarea și ramificarea criptelor.
- celule Goblet diminuate;
- metaplazia celulelor Paneth.

Caseta 16. Examenul radiologic baritat în colita ulceroasă 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;
 - Enteroclimă;
 - Bariu pasaj cu urmărire la 1, 2, 3 și 4 ore.
- **Pregătirea tractului digestiv superior** (caseta 12).

Caseta 15. Tabloul radiologic baritat în colita ulceroasă la copil

- **Semne precoce:**
 - edemare și îngroșare a mucoasei ce cauzează un aspect neregulat, fin granular;
 - ulceratii sub formă de spiculi marginali sau de pete baritate.
- **Semne avansate:**
 - ulcere profunde care penetrează mucoasa și se extind în submucoasă sub formă de ulcerații în „buton de cămașă”;
 - inflamație rectală severă, care determină mărirea spațiului presacrat (> 2 cm);
 - pseudopolipii sau polipii inflamatori, vizualizați sub forma defectelor de umplere de diferite dimensiuni și forme.
 - pancolită asociată cu „ileita de reflux”;
 - colon scurtat, dehaustrat, cu aspect tubular și distensibilitate redusă.

Tabelul 6. Alte examinări instrumentale pentru diagnosticul și monitorizarea colitei ulcerose

Examinarea paraclinică	Rezultatele scontate
Ecografia organelor abdominale	• Îngroșare segmentară a pereților intestinali, pînă la 10-15 mm. (norma: 3-4 mm) în zona de inflamație, cu aprecierea extinderii zonei afectate. • Pereți intestinali hipoecogeni; • Dispariția 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 7. Examinări de laborator pentru diagnosticarea și monitorizarea colitei ulceroase

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 B 12 – 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 8. Indicele de activitate Truelove si Witts în colita ulcerasă [10]

Parametri	Activitate usoară (1 punct)	Activitate moderată (2 puncte)	Activitate severă (3 puncte)
Scaunele cu sânge	< 4/per zi	> 4 ori/per zi	> 6 și/per zi
Pulsul	< 90 b/min	< 90 b/min	> 90 b/min sau
Temperatura	< 37,5 °C	< 37,8°C	> 37,8 °C sau <
Hemoglobina	> 11,5 g/dl	> 10,5 g/dl	10,5 g/dl sau
VSH-ul	< 20 mm/oră	< 30 mm/oră	> 30 mm/oră sau
Proteina C-reactivă	Valori normale	< 30 mg/l	> 30 mg/l
SCOR	6 puncte	- remisiune clinică	
	7-10 puncte	- activitate ușoară	
	11-14 puncte	- activitate moderată	

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

Tabelul 10. Examinările clinice și paraclinice în cadrul asistentei medicale (AM) primare, de ambulatoriu și de spitalizate, ale copiilor cu colită ulceroasă

	AM primară	AM de ambulatoriu	AM spitalizată
Examenul endoscopic			O
Examenul radiologic al intestinului			R
Radiografia panoramică abdominală		R	R
Ecografia organelor abdominale		R	O
Tomografia computerizată			R
Rezonanță 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
Zincul		R	O
Calciul	R	R	O
Fosforul		R	O
Magneziul		R	O
Caliul		R	O
Natriul			O
Timpul de coagulare			O
Glucosa			O
Transferina			R
Fibrinogenul			O
Colesterolul			O
Protrombina			O
Testele serologice			R
Testele imunologice			R

O – obligatoriu; R – recomandabil.

C.2.5.4. Diagnosticul diferențial

Tabelul 9. Diagnosticul diferențial al colitei ulceroase și boala Crohn la copii

Trăsătură	Colita ulceroasă	Boala Crohn
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 distinctiv;
	+	- Caracterizează bolile intestinale idiopatice, dar nu sunt nici proeminente nici distinctiv pentru o anumită entitate;
	0	- Nu este caracteristic.

Caseta 16. Maladiile cu care se diferențiază colita ulceroasă la copil [10]

- Boala Crohn
- Infecții (Salmonella, Campylobacter, Yersinia)
- Fisură anală
- Hemoroizi
- Polipoză intestinală
- Colon iritabil; colita ischemică
- Enterocolită pseudomembranoasă
- Ulcer solitar al rectului
- Invaginație intestinală
- Diverticulul Meckel
- Sindromul intestinului iritabil
- Boala celiacă
- Intoleranță la lactoză
- Boli maligne, limfoame
- Colită postiradiantă
- Purpura Schonlein-Henoch
- Sindrom hemoliticouremic
- Chist ovarian
- Endocrinopatii
- Colageloze
- Artrite infectioase
- Hepatite cronice
- Anorexie nervoasă

C.2.5.5. Tratamentul colitei ulceroase

Caseta 22. Tipurile de tratament în colita ulceroasă

- 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

- 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 colită ulceroasă

- **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, iar rația alimentară individualizată și consultată de fiecare dată cu medicul curant.

Caseta 25. Produse alimentare interzise sau limitate pacienților cu colită ulceroasă

- 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 (prezența și performanțele școlare și sportive);
- Promovarea suportului familial.

Notă: Tratamentul se aplică în funcție de tipul bolii, severitatea simptomelor și de prezența sau de absența deficitului ponderal și a complicațiilor.

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 colita ulceroasă la copii

- **Indicații:**

Inducerea remisiei CU

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

Menținerea remisiei CU.

- **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 colita ulceroasă la copii

- **Indicații:**

Inducerea remisiei CU

- 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/artralgie.

• **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 7.00 - ½ din doza zilnică;
 - ora 10.00 - ¼ din doza zilnică;
 - ora 13.00 - 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.

*Preparatul medicamentos este înregistrat în RM sub numele de Budenofalk.

• **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 săptămâni);
- 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:

- supresia măduvei osoase, leucopenie 10 %, infecții;
- erupții cutanate, prurit, acnee, artrite/artralgii;
- mialgie, cefalee, depresie, anorexie;
- epigastralgie, greață, vomă, diaree;
- hepatită, pancreatită după 2-3 săptămâni 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 colita ulceroasă 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, slabiciune, 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 colita ulceroasă la copii

• Ciprofloxacina:

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 dispeptice; 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 Qwinke, artralгии;
- 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. Terapia cu Acid folic în colita ulceroasă 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;
- manifestari alergice.

Caseta 29. Medicația probiotică în colita ulceroasă 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 colită ulceroasă

- rectoragie cronică și recurentă;
- inducerea remisiunii;
- faza activă a bolii.

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

➤ **Criterii de externare din staționar:**

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

➤ **Durata aflării în staționar:**

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

C.2.5.5.2. Tratamentul chirurgical

Caseta 38. Recomandările tratamentului chirurgical

• **Indicații majore și de urgență:**

- perforații;
- hemoragie persistentă;
- megacolon toxic;
- ocluzie intestinală etc;
- forme fulminante ale bolii.

• **Indicații recomandabile:**

- evoluție severă cu durată de peste 3 ani;
- deficit sever de creștere;
- lipsa răspunsului la tratamentul medicamentos;
- prezența complicațiilor locale: abcese pericoliche, fistule anorectale, rectovaginale, rectovezicale;
- prezența stenozelor rectale;
- severitatea bolii și frecvența recidivelor alterează profund starea psihică și calitatea vieții;
- preadolescenții cu deficit de creștere.

C.2.5.6. Supravegherea pacienților

Tabelul 11. Supravegherea pacienților cu colita ulceroasă 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 CU pentru a se face cunoscut cu rezultatele consultului și programului ulterior de supraveghere și tratament, explicații suplimentare. Diagnosticul de CU 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 colita ulceroasă 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 CU 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 CU 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 colitei ulceroase la copii**

- Pseudopolipoza
- Hemoroizii și prolapsul rectal
- Hemoragie digestivă, uneori masivă
- Stenoza colorectală
- Perforabile și fistulizarea
- Malignizarea
- Denutriția și dezechilibru hidroelectrolitic
- Megacolonul toxic
- Complicațiile sistemice
- Scăderea mineralizării osoase

Caseta 35. Consecințele colitei ulceroase asupra lumenului colonului

- cel mai ușor se remarcă modificările la nivelul colonului transvers;
- aspectul triunghiular este înlocuit de unul aproape rotund, tubular;
- în final, aspectul poate fi de microcolon: scurt, rigid, tubular, ușor de intubat;
- ștergerea haustrelor sunt dovada unei boli cronice de durată suficient de lungă
- stenozele sunt neobișnuite pentru CU, dar pot fi datorate:
 - maselor de pseudopolipi;
 - cancerului care complică evoluata colitei;
 - consecinței lipsei haustrelor, hipertrofiei musculare cu tubularizarea colonului.
- stricturile sunt, de obicei, scurte și ușor distensibile.

Caseta 36. Riscul pentru cancerul de colon

- 15% dintre pacienții cu CU dezvoltă cancerul de colon;
- durata bolii > 10 ani;
- pancolită;
- riscul este direct proporțional cu durata și cu aria de afectare;
- este crescut riscul și pentru cancerul de anus și de intestin subțire;
- utilizarea imunosupresoarelor, în special în combinație (Azatioprină sau Mercaptopurină sau Metotrexat cu Infliximabul*), în tratamentul BII se asociază cu riscul apariției cancerului colorectal.
- Pentru persoanele cu CU este crescut riscul și pentru alte tipuri de cancer: anus, intestin subțire.

Caseta 40. Prognosticul colitei ulceroase la copii

Factorii care influențează negativ prognosticul:

- 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, a celui medicamentos, precum și receptivitatea bună la tratament presupune o calitate adecvată a vieții.

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. Medicamente: • 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

Nr.	Scopul	Indicatorul	Metoda de calculare a indicatorului	
			Numărătorul	Numitorul
1.	Depistarea precoce (în primul an de la apariția semnelor clinice) a pacienților cu CU	1.1. Ponderea pacienților cu diagnosticul stabilit de CU, în primul an de la apariția semnelor clinice	Numărul de pacienți cu diagnosticul stabilit de CU, în primul an de la apariția semnelor clinice, pe parcursul unui an x 100	Numărul total de pacienți cu diagnosticul de CU, care se află sub supravegherea medicului de familie și a specialistului, pe parcursul ultimului an.
2.	Ameliorarea examinării pacienților cu CU	2.1. Ponderea pacienților cu diagnosticul de CU, cărora li s-a efectuat examenele clinice și paraclinice obligatorii conform recomandărilor din protocolul clinic național „Colita ulceroasă la copil”, în condiții de staționar.	Numărul de pacienți cu diagnosticul de CU, cărora li s-a efectuat examenele clinice și paraclinice și tratamentul obligatoriu conform recomandărilor din protocolul clinic național „Colita ulceroasă la copil”, în condiții de staționar, pe parcursul ultimului an x 100	Numărul total de pacienți cu CU, care se află sub supravegherea medicului de familie și a specialistului, pe parcursul ultimului an
3.	Ameliorarea calității tratamentului pacienților cu CU	3.1 .Ponderea pacienților cu diagnosticul de CU, care au beneficiat de tratament obligatoriu conform recomandărilor din protocolul clinic național „Colita ulceroasă la copil”, în condiții de staționar	Numărul de pacienți cu diagnosticul de CU, care au beneficiat de tratament obligatoriu conform recomandărilor din protocolul clinic național „Colita ulceroasă la copil”, în condiții de staționar, pe parcursul ultimului an x 100	Numărul total de pacienți cu CU, care se află sub supravegherea medicului de familie și a specialistului, pe parcursul ultimului an
4.	Creșterea numărului de pacienți cu CU, supravegheați conform recomandărilor din protocolul clinic național	4.1. Ponderea pacienților, cu diagnosticul de CU, care au fost supravegheați conform recomandărilor din protocolul clinic național „ Colita ulceroasă la copil ”, de către medicul de familie și de specialist	Numărul de pacienți cu diagnosticul de CU, care au fost supravegheați conform recomandărilor din protocolul clinic național „Colita ulceroasă la copil”, de către medicul de familie și de specialist, pe parcursul ultimului an x 100	Numărul total de pacienți cu diagnosticul de CU, care se află sub supravegherea medicului de familie și a specialistului, pe parcursul ultimului an

		4.2. Ponderea pacienților cu diagnosticul de CU, care au fost consultați conform recomandărilor din protocolul clinic național „Colita ulceroasă la copil”, de către specialist în condiții de ambulatoriu	Numărul de pacienți cu diagnosticul de CU, care au fost consultați conform recomandărilor din protocolul clinic național „Colita ulceroasă la copil”, de către specialist în condiții de ambulatoriu, pe parcursul ultimului an x 100	Numărul total de pacienți cu diagnosticul de CU, care se află sub supravegherea medicului de familie și a specialistului, pe parcursul ultimului an
5.	Creșterea numărului de pacienți cu CU, cărora li se vor monitoriza posibile efecte adverse la tratamentul continuu cu preparate remisive	5.1. Ponderea pacienților cu diagnosticul de CU, cărora li s-a monitorizat posibile efecte adverse la tratamentul continuu cu preparate remisive, conform recomandărilor din protocolul clinic național „Colita ulceroasă la copil”	Numărul de pacienți cu diagnosticul de CU, cărora li s-a monitorizat posibile efecte adverse la tratamentul continuu cu preparate remisive, conform recomandărilor din protocolul clinic național „Colita ulceroasă la copil”, pe parcursul ultimului an x 100	Numărul total de pacienți cu diagnosticul de CU, care se află sub supravegherea medicului de familie și a specialistului, pe parcursul ultimului an
6.	Creșterea numărului de pacienți cu CU, cu inducerea remisiunii complete	6.1. Ponderea pacienților cu CU, cu remisiune completă indusă conform recomandărilor din protocolul clinic național „Colita ulceroasă la copil”	Numărul de pacienți cu diagnosticul de CU, cu remisiune completă indusă, conform recomandărilor din protocolul clinic național „Colita ulceroasă la copil”, pe parcursul unui an x 100	Numărul total de pacienți cu diagnosticul de CU, care se află sub supravegherea medicului de familie și a specialistului, pe parcursul ultimului an
7.	Creșterea numărului de pacienți cu CU, cu menținerea remisiunii complete	7.1. Ponderea pacienților cu CU, cu remisiune completă, menținută conform recomandărilor din protocolul clinic național „Colita ulceroasă la copil”	Numărul de pacienți cu diagnosticul de CU, cu remisiune completă, menținută conform recomandărilor din protocolul clinic național „Colita ulceroasă la copil”, pe parcursul unui an x 100	Numărul total de pacienți cu diagnosticul de CU, care se află sub supravegherea medicului de familie și a specialistului, pe parcursul ultimului an
8.	Ameliorarea screening-ului cancerului de colon la pacienții cu CU	8.1. Ponderea pacienților cu CU, care au beneficiat de colonoscopia anuală.	Numărul de pacienți cu CU, care au beneficiat de colonoscopia anuală, pe parcursul ultimului an x 100	Numărul total de pacienți cu CU, care se află sub supravegherea medicului de familie și a specialistului, pe parcursul ultimului an
9	Ameliorarea psihosocială a copilului cu CU și a familiei lui	9.1. Ponderea pacienților cu CU, care au beneficiat de asistență socială la locul de trai	Numărul de pacienți cu CU, care au beneficiat de asistență socială la locul de trai, pe parcursul ultimului an x 100	Numărul total de pacienți cu CU, care se află sub supravegherea medicului de familie și a specialistului, pe parcursul ultimului an.

ANEXE

Anexa 1. Ghidul pacientului cu colită ulceroasă

Introducere

Probabil nu ai auzit niciodată de colita ulceroasă sau de bolile inflamatorii intestinale. De fapt nu este vorba doar de o singură boală, ci mai degrabă de un grup de boli, unite sub același nume - boli inflamatorii ale intestinului.

S-ar putea să fi avut dureri de stomac, de burtă sau scaun cu puțin sânge cu mult înainte ca medicii să constate că ceva nu este în regulă. Poate ai pierdut în greutate fără niciun motiv. Sau dimpotrivă ești bolnav de puțin timp înainte ca specialiștii să fi reușit stabilirea acestui diagnostic.

Toate aceste lucruri îți pot părea obișnuite sau stranii, dar până la urmă să știi că ele sunt adevărate și tu ești un copil care are această 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 sunt gata să te ajute. Dar totul depinde de tine. Ajută-ne să te ajutăm.

Acum e momentul să cunoști câteva lucruri cu adevărat importante:

1. Tu nu ești de vină că te-ai îmbolnăvit de această boală. Nu poartă nicio vină nici părinții tăi.
2. Boala pe care o faci nu este o boală contagioasă, adică nu este molipsitoare. Colita ulceroasă 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 vârstă, de la copilul mic la adult, dar mai des persoanele tinere cu vârsta cuprinsă între 15 și 35 de ani. În SUA, de exemplu, această maladie o fac încă circa 4 milioane de persoane, dintre care 180 de mii sunt copii ca și tine, cu vârsta de până la 18 ani.
4. Colita ulceroasă 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 că colita ulceroasă se consideră boală cronică, nu înseamnă că vei fi bolnav în fiecare zi.
6. Colita ulceroasă vine și pleacă. Uneori te vei simți foarte rău, dar vor fi perioade când te vei simți atât de bine încât vei uita că ești bolnav.
7. Majoritatea persoanelor cu boală inflamatorie a intestinului mult mai des se simt bine decât rău.
8. Copiii cu colită ulceroasă 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, să-și facă o carieră, să se căsătorească, să aibă copii, să călătorească.
9. Tu poți controla colita ulceroasă, iar noi te vom ajuta cum să faci acest lucru.



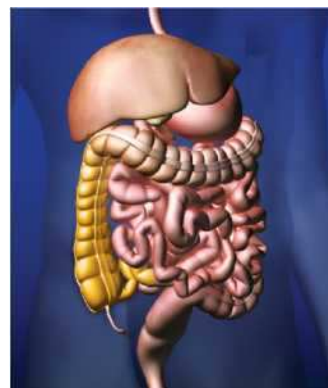
Vei avea multe întrebări și acum și mai apoi. Fără îndoială trebuie și vei învăța multe lucruri despre colita ulceroasă. Noi îți oferim răspuns la întrebările pe care și le dau cel mai frecvent copiii ca tine.

Ce este colita ulceroasă?

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

Pentru a înțelege mai bine ce se întâmplă îți propunem o minilecție de anatomie?

Probabil știi deja că corpul uman este alcătuit din mai multe



sisteme.

În colita ulceroasă este vorba de sistemul digestiv. Funcția principală a acestui sistem constă în digerarea hrănilor pe care tu o consumi în nutrimente necesare pentru creștere și pentru dezvoltare. Privește desenul și îți vei imagina cum arată sistemul tău digestiv.

Ce se întâmplă în colita ulceroasă ?

Colita ulceroasă se mai numește colita hemoragică, afectează cel mai des intestinul gros și rectul. Asume la acest nivel se localizează inflamația și ulcerările. Inflamația îngreuează absorbția apei din intestin în țesuturi și din această cauză apare diareea.

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

- Diaree (mai frecvent cu sânge).
- Dureri în burtă.
- Necesitate urgentă de a merge la WC (tenesme).

Inflamația și ulcerările sunt cauza hemoragiilor intestinale (sîngerărilor), care sunt, de obicei, concomitent cu diareea - „diaree cu sânge”.

Uneori vei fi obosit, va fi scăzut apetitul, câte odată poți avea grețuri, pierderi în greutate. În colita ulceroasă simptomele sunt foarte variate și depind de acea parte a intestinului gros care a fost afectată. Toată suprafața colonului este inflamată și ulcerată. Medicii denumesc colita ulceroasă în funcție de localizare, deci dacă este afectat doar rectul se va numi proctită, afectarea părții stîngi a colonului - colită stîngă, iar de va fi afectat colonul în întregime - pancolită.

Alte simptome

Suplimentar la cele numite, poți avea simptome ce nu țin de sistemul digestiv. Colita ulceroasă are manifestări ce se petrec și în afara intestinului. Iată câteva dintre ele:

Artrita: articulațiile pot fi inflamate și dureroase. Artrita se întâlnește la 5% din cei cu colita ulceroasă. Te pot ajuta medicamentele, dar, de obicei, problema se rezolvă atunci cînd se ține sub control inflamația din intestin.

Ulceratii bucale (în gură): de obicei, apar și dispar 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 ca 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 colita ulceroasă?

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% dintre persoanele cu colită ulceroasă au rude cu aceeași boală.

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

Cum colita ulceroasă afectează creșterea?

Cînd copiii se îmbolnăvesc de colită ulceroasă, ei au aceleași simptome ca și adulții, dar este o mare diferență: adulții sunt 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, în al doilea rînd - hrana nu se absoarbe bine și nutrimentele necesare pentru creștere sunt pierdute. 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 în comparație cu colegii. De exemplu, un copil de 14 ani poate arăta ca unul de 9 ani.

Cu părere de rău, colita ulceroasă tinde să afecteze anume copiii care se află în perioada de creștere și de dezvoltare rapidă.



Cum se testează colita ulceroasă?

Sunt situații medicale similare cu simptomele colitei ulceroase, deci medicul trebuie să precizeze cauza îmbolnăvirii tale. Cînd te adresezi la medic vei fi întrebat de lucrurile care te deranjează, despre sănătatea familiei tale. După aceasta vei da analize de laborator. Analiza sîngelui arată 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. La moment, endoscopul reprezintă un tip de cameră video atașată la monitorul TV. Înainte de colonoscopie vei lua 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 absolut nu este dureroasă, dar aproape întotdeauna decisivă pentru diagnostic. Țesutul colectat se transmite la laborator unde este examinat amănunțit cu ajutorul microscopului.

Alt test se numește examinarea 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. Bariul 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 intestinului tău, foarte necesar pentru aprecierea complicațiilor și uneori a evoluției bolii.

Cum se tratează colita ulceroasă?

Deja am vorbit că colita ulceroasă este o boală cronică, adică necesită un tratament de lungă durată.

Pe lîngă 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 aceasta îți poate agrava starea de sănătate.

Trebuie să știi că un bun prieten în tratamentul bolii îți poate fi regimul tău *alimentar*. Și tot el îți poate fi cel mai mare trădător și dăunător.

Este foarte important să știi ce se permite și ce nu. Este vorba de faza activă a bolii. De aceea, îți propunem în continuare o listă de alimente-prieteni și alta, care, cu părere de rău, este interzisă. Dar curaj, sunt multe din ce poți să alegi.



Alimente		Permise	Interzise
Băuturi	Ceai cald		Lapte, sucuri de fructe, băuturi prea reci, băuturi alcoolice.
Pîine	Albă		Integrală.

Cereale	Decorticate (sub formă de fierturi de orez, fulgi de ovăz).	Nedecorticate, mămligă.
Lactate	Brînzeturi nefermentate	Lapte, smîntînă, brînzeturi fermentate (cașcaval), iaurt.
Grăsimi	Unt, margarină, ulei, frișcă.	Grăsimi prăjite.
Carne, oua	Animal tînăr (grătar, rasol), mușchi file (fiert).	Cu mult țesut conjunctiv, prăjită, Afumată, maioneză.
Cartofi	Fierți, copti.	Prăjiți.
Făinoase	Tăiței, macaroane.	De legume
Supe, ciorbe	De carne, perișoare.	
Desert	Pișcoturi, turtă dulce, budincă.	Prăjituri de casa
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 suntem 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. Sunt folosite mai multe tipuri de medicamente pentru tratamentul colitei ulceroase. Niciunul 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 remisiune. Remisiunea poate dura luni sau chiar ani. În majoritatea cazurilor tu ești cel care va regla această durată.

Sunt două etape majore în tratamentul bolii tale:

- De a aduce boala activă sub control (inducerea remisiunii)
- De a menține remisiunea.

Din motivul că colita ulceroasă 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 diferitelor 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 colitei ulceroase se folosesc șase grupe mari de preparate (medicamente). Careva dintre ele aduc boala sub control; altele mențin controlul (remisiunea). Uneori unele medicamente se folosesc în ambele cazuri.

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

Aminosalicilații - aceste medicamente la care se referă, de fapt, și Aspirina sunt cele mai des folosite medicamente în CU. Ele se indică, în general, persoanelor cu forme ușoare și moderate de boală, pentru a controla inflamația. Din acest grup fac parte Mesalamina, Balsalazida, Olsalazina și Sulfasalazina.

Glucocorticosteroizii - se plasează pe locul doi după frecvența utilizării, sunt preparate cu acțiune rapidă, iată de ce se folosesc pe parcursul bolii. Concomitent, cu reducerea inflamației corticosteroizii scad activitatea sistemului tău imun. Cele mai utilizate medicamente din această grupă sunt Prednisolonul și Metilprednisolonul (dar nu confundă aceste preparate cu steroizii anabolici, care sunt folosiți).

Antibacterienele — aceste medicamente permit menținerea unui echilibru între toate bacteriile, atât între cele ce trebuie să fie în normă în intestinul fiecărei persoane, cât și între cele ce nu ar trebui să fie. Cele mai folosite antibiotice sunt Metronidazolul și Ciprofloxacină. Cel mult se folosesc pentru tratamentul cazurilor active de CU.

Imunosupresivele – această clasă de preparate include 6-MP (6-Mercaptopurina) și Azatioprina. Imunomodulatele au funcția de a modula, de a regla activitatea sistemului imun. Imunomodulatele se folosesc pentru o perioadă mai lungă. Ciclosporina, la fel acționează asupra sistemului imun, într-un alt mod. Ea se folosește în formele severe, care nu răspund la tratamentul cu glucocorticosteroizi.

Infliximabul – este un anticorp ce are funcția de a reduce inflamația. Este eficient în cazurile în care alte preparate nu au avut efect sau în cazurile în care boala a decurs cu fistule.

Înțelegem că nu este plăcut să iei 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, ceea ce tu cu siguranță nu meriți.

Știm că faci parte dintre 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 de o parte ele acționează pozitiv – te vindecă, iar pe altă parte – pot dăuna temporar organismului tău. Câte odată, efectele adverse de la medicamente, te vor face să te simți mai rău decât boala propriu-zisă. Dar aceasta nu este o regulă și cu atât mai mult nu este pentru totdeauna. Odată cu stabilizarea stării tale de bine, tratamentul tău va fi unul foarte crușător și efectele adverse ale bolii vor dispărea.

Noi, împreună cu familia ta, avem încredere în tine, suntem persoanele care te vom ajuta mereu și care punem speranță că tu vei fi cel care te va ajuta cel mai mult și cel mai mult va avea grijă de sănătatea ta. Nu uita - viața ta este în mâinile tale, iar noi suntem cei care te vom îndruma să ai **SUCCES!**

BIBLIOGRAFIE

1. BALDASSANO R.N., PICCOLI D.A. Inflammatory bowel disease in pediatric and adolescent patients. *Gastroenterol. Clin. North. Am.*, 1999, vol. 28, pag. 445-458.
2. BOOT A.M., BOUQUET J., KRENNING E. P. Bone mineral density and nutritional status in children with chronic inflammatory bowel disease, *Gut*, 1998, vol. 42, p. 188-194.
3. BORODY T.J., WARREN E.F., LEIS S. ET AL. Treatment of ulcerative colitis using fecal bacteriotherapy. *J. Clin. Gastroenterol.* 2003 vol. 37, pag. 42-47.
4. BORODY T.J., WARREN E.F., LEIS S.M. et all. Bacteriotherapy using fecal flora: toying with human motions. *J. Clin. Gastroenterol.* 2004, vol. 38, pag.475-483.
5. CARTER M J, LOBO A J, TRAVIS S P L, on behalf of the IBD Section of the British Society of Gastroenterology. Guidelines for the management of inflammatory bowel disease in adults. *Gut* 2004, vol. 53 (Supl V), pag. 1-16.
6. Clasificarea International a Maladiilor, revizia a X-a, București, 1993, vol. 1, 1086 p.
7. Clinical Review Treatment of Inflammatory Bowel Disease in Childhood: Best Available Evidence, *Inflammatory Bowel Diseases*, 2003, vol. 9, nr. 1, p. 34-58
8. 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 GastroenterolNutr* 2007, vol. 44, pag. 653-674.
9. EIDELWEIN AP, CUFFARI C, ABADOM V, OLIVA-HEMKER M. Infliximab efficacy in pediatric ulcerative colitis. *Inflamm Bowel Dis.* Mar 2005, vol. 11(3) pag. 213-8.
10. GRIGORESCU MIRCEA. *Tratat de Gastroenterologie*. Editura Medicală Natională. Bucu- rești 2001, vol. 2.
11. HYAMS JEFFREY S.. Inflammatory Bowel Disease. *Pediatr.Rev.* 2005, vol. 26, pag. 314320.
12. 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, pag. 1-7.
13. LLOYD-STILL J AND GREEN OC: A clinical scoring system for chronic inflammatory bowel disease in children. *Dig. Dis. Sci* 1979, vol. 24, pag. 620-4.
14. MAMULA P., MARKOWITZ J.E., BROWN K.A. ET AL. Infliximab as a novel therapy for pediatric ulcerative colitis. *J. Pediatr. Gastroenterol. Nutr.*, 2002, vol. 34, pag. 307-311.
15. MARKOWITZ J. E.Ulcerative Colitis <http://emedicine.medscape.com/article/930146-over-> view Updated: Mar 27, 2008.
16. MATCOVSCHI C., PROCOPIȚIN V, PARII B.. *Ghid farmacoterapeutic*, Chisinau, 2004, 1248 p.
17. MIHU I., PLEȘCA V *Gastroenterologie pediatrică*. Ghid practic, Chisinău 2007, 218 p.
18. Ministerul Sănătății al Republicii Moldova. *Standarde medico-economice de diagnostic și tratament al copiilor cu maladii gastrointestinale și hepato-biliare din Republica Moldova*, 2004.
19. 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), 2007, Guideline 29, pag. 1-29.
20. POPESCU V.. *Algoritm diagnostic și terapeutic în pediatrie*. București, Almatea 2003, vol. II, 800 p.
21. RAJWAL S.R., PUNTIS J.W., MCCLEAN P. et all. Endoscopic rectal sparing in children with untreated ulcerative colitis. *J. Pediatr. Gastroenterol. Nutr.*, 2004, vol. 38, pag. 66-69.
- 62
- Protocol clinic national „Colita ulceroasa la copil”, Chisinau 2009*
22. RUTGEERTS P, SANDBORN W, FEAGAN B et all. Infliximab for induction and maintenance therapy for ulcerative colitis. *N Engl J Med* 2005, 353 (23) pag. 2462-76.

23. SATSANGI J, SILVERBERG M S, VERMEIRE S, COLOMBEL J-F. The Montreal classification of inflammatory bowel disease: controversies, consensus, and implications. Gut 2006, vol. 55, pag. 749-753.
24. SCHWARTZ M WILLIAM. Consultul pediatric în 5 minute. Editura Callisto, editia a IV-a.
25. SILVERBERG MS, SATSANGI J, AHMAD T, et all. Toward an integrated clinical, molecular and serological classification of inflammatory bowel disease: report of a working party of the 2005 Montreal World Congress of Gastroenterology. Can J Gastroenterol, 2005,vol. 19 (Suppl A), pag. 5-36.
26. SPOREA I., POPESCU A. Rolul ultrasonografiei în diagnosticul bolilor inflamatorii intestinale și al complicațiilor acestora, Clinica de Gastroenterologie, Universitatea de Medicină și Farmacie Timisoara.
27. STANGE E.F., TRAVIS S.P.L., VERMEIRE S.. et all. for the European Crohn's and Colitis Organisation (ECCO). European evidence-based Consensus on the diagnosis and management of ulcerative colitis. Jurnal of Crohn and Colitis, 2008, vol.2.
28. Ulcerative colitis. National Digestive Diseases Information Clearinghouse. <http://digestive.niddk.nih.gov/ddiseases/pubs/colitis/UlcerativeColitis.pdf> Accessed March 6, 2006.
29. WALKER-SMITH J A Chronic inflammatory bowel disease in children: a complex problem in management, Postgrad. Med. J. 2000, vol. 76, p. 469-472.
30. WEINSTEIN T.A., LEVINE M., PETTEI M.J. et all. Age and family history at presentation of pediatric inflammatory bowel disease. J. Pediatr. Gastroenterol. Nutr., 2003, vol.37, pag. 609-613.