

УПАТСТВА ЗА ПРАКТИКУВАЊЕ МЕДИЦИНА
ЗАСНОВАНА НА ДОКАЗИ



МИНИСТЕРСТВО ЗА ЗДРАВСТВО НА
РЕПУБЛИКА МАКЕДОНИЈА

ГАСТРОЕНТЕРО- ХЕПАТОЛОГИЈА

СОДРЖИНА - ЛИНКОВИ

ТРЕТМАН НА ДИСПЕПСИЈА, ПЕПТИЧКИ УЛКУС И ИНФЕКЦИЈА	
СО HELICOBACTER PYLORI	3
ЖИГОВИНА - РЕФЛУКСЕН ЕЗОФАГИТИС	9
ХЕМАТЕМЕЗА	15
ГАСТРОСКОПИЈА	20
АКУТЕН ПАНКРЕАТИТИС	24
ХРОНИЧЕН ПАНКРЕАТИТИС	27
КАРЦИНОМ НА ПАНКРЕАС	29
ПРИМАРНА БИЛИЈАРНА ЦИРОЗА (ПБЦ)	31
ЦРНОДРОБНА ЦИРОЗА	34
ХОЛЕЛИТИЈАЗА	38
ХРОНИЧЕН ХЕПАТИТИС	41
ХРОНИЧНИ ВОСПАЛИТЕЛНИ ЦРЕВНИ ЗАБОЛУВАЊА	43
СТОМАЧНА БОЛКА И ДИСТЕНЗИЈА - ИРИТАБИЛНО ЦРЕВО	49
ОПСТИПАЦИЈА КАЈ ВОЗРАСНИ	52
ПРОЛОНГИРАН ПРОЛИВ КАЈ ВОЗРАСНИ	56
МЕЛЕНА	60
ХЕМОРОИДАЛНА БОЛЕСТ	62
ДИВЕРТИКУЛИТИС И ДИВЕРТИКУЛОЗА	65
СИГМОИДСКОПИЈА И КОЛОНОСКОПИЈА	67
ПРЕВЕНЦИЈА И СКРИНИНГ НА КОЛОРЕКТАЛЕН КАНЦЕР	70
КОЛОРЕКТАЛЕН КАНЦЕР	72
АЛГОРИТМИ ГАСТРОЕНТЕРОХЕПАТОЛОГИЈА	75

ТРЕТМАН НА ДИСПЕПСИЈА, ПЕПТИЧКИ УЛКУС И ИНФЕКЦИЈА СО *HELICOBACTER PYLORI*

- ▶ Основни правила
- ▶ Дефиниција на диспепсијата
- ▶ Тераписки тест за жиговина или ретростернална болка
- ▶ Тераписки тест за диспепсија со улкусни симптоми
- ▶ Тераписки тест за други типови диспепсија
- ▶ Третман на пептичкиот улкус (желудочен и дуоденален)
- ▶ *Helicobacter pylori* инфекција
- ▶ Поврзани докази
- ▶ Референци

ОСНОВНИ ПРАВИЛА

- Благ диспептички симптоми можат да се третираат врз база на клиничката слика.
- Ако жиговината и регургитацијата на кисела содржина се главни симптоми, пациентот има гастроезофагеална рефлуксна болест со или без рефлуксен езофагитис.
- Одредување на *Helicobacter pylori* антителата или уреа издвигниот тест и третманот на позитивните случаи е ефикасен и безбеден пристап во третманот на пациенти под 50-годишна возраст без алармирачки симптоми.
 - Кај пациенти со функционална диспепсија, ефектот од ерадикација на *Helicobacter pylori* врз симптомите е ограничен (**ннд¹-А**); меѓутоа, асоцираниот пептички улкус ќе биде излечен.
- Ако диспептичните симптоми се изразени или се јавуваат првпат на возраст од 50 години или подоцна, не треба да се почне третман пред да се направи гастроскопија.
- *Helicobacter pylori* мора да се ерадицира кај сите пациенти со желудочен или дуоденален улкус.

ДЕФИНИЦИЈА НА ДИСПЕПСИЈА

- Диспепсијата се дефинира како болка или абдоминален дискомфорт централно во горниот абдомен, со извор на симптомите во горниот гастроинтестинален тракт.
- Диспепсијата може да биде причинета од пептички улкус, желудочен канцер или (во најголем број случаи) од функционално нарушување.

ТЕРАПИСКИ ТЕСТ ЗА ЖИГОВИНА ИЛИ РЕТРОСТЕРНАЛНА БОЛКА

- Ако симптомите се секојдневни или траат повеќе од 4 недели, треба да се направи гастроскопија.

¹ Ннд = ниво на доказ

- Во зависност од честотата и изразеноста на симптомите:
 - Антациди, сукралфат, или алгинат по потреба.
 - Инхибитор на протонската пумпа еднаш дневно или H_2 -блокатор два пати дневно.
 - Инхибитор на протонската пумпа 1-2 пати дневно.
- Совет околу промена на начинот на живеење
 - Третман на гастроэзофагеалната рефлуксна болест.

ТЕРАПИСКИ ТЕСТ ЗА ДИСПЕПСИЈА СО УЛКУСНИ СИМПТОМИ

- Болката го буди пациентот ноќе и се ублажува со храна.
- Пациентот е под 50-годишна возраст и без алармирачки симптоми.
- Траењето на болката не треба да премине 2-4 недели. Ако болката трае подолго или се повторува, треба да се направи гастроскопија.
- Тест и ерадикација на *Helicobacter pylori* (**ннд-А**).
- Инхибитор на протонската пумпа еднаш дневно.
- H_2 -блокатор по вечера или пред спиење, нормална доза.

ТЕРАПИСКИ ТЕСТ ЗА ДРУГИ ТИПОВИ ДИСПЕПСИЈА

- Плацебо-ефектот е значаен
 - Може да се проба со антациди.
- Спастични симптоми
 - Антихолинергици.
- Подуеност на stomакот, чувство на брзо заситување
 - Метоклопрамид 10 мг × 3 пред оброк.
- Диспептичките симптоми, исто така, можат да бидат третирани со ерадикација на *Helicobacter pylori* (**ннд-А**).

ТРЕТМАН НА ПЕПТИЧКИ УЛКУС (ЖЕЛУДОЧЕН И ДУОДЕНАЛЕН)

- Ерадикација на *Helicobacter pylori* (види долу) е индицирана секогаш ако е детектирана инфекција со брз уреаса-тест или со биопсија.
- Пушењето и нестероидни антиинфламаторни лекови (НСАИЛ) треба да се прекинат (парацетамол е дозволен).
- Ако брзиот тест за *Helicobacter* е негативен (и додека се добијат резултатите од биопсијата)
 - Инхибитор на протонската пумпа (**ннд-А**) (езомепразол² 40 мг × 1, омепразол 20 мг × 1 (**ннд-А**), лансопразол³ 30 мг × 1 (**ннд-А**), пантопразол⁴ 40 мг × 1 или рабепразол⁵ 20 мг × 1).
- Ако пептичкиот улкус не заздравува за 8 недели (без оглед на видот на третманот), инхибитор на протонската пумпа еднаш дневно наутро, на гладно, во тек на 8 недели е најефикасниот понатамошен третман.

2 Ограничено достапно во Р. Македонија

3 Ограничено достапно во Р. Македонија

4 Ограничено достапно во Р. Македонија

5 Ограничено достапно во Р. Македонија

HELICOBACTER PYLORI ИНФЕКЦИЈА

Епидемиологија

- Кај најголем број индивидуи инфекцијата е асимптоматска; кај 10-20% резултира со тек на време во развој на желудочен или дуоденален улкус и го зголемува ризикот од желудочен канцер 2-6 пати.

Дијагноза

- Кај претходно нелекувани пациенти се препорачуваат следниве тестови пред гастроскопија: одредување IgG класа антитела или 13C уреа издивен тест. Одредување на фекалниот антиген, исто така, е опција.
- Сензитивноста и специфичноста на квалитативната серологија од полна крв не е секогаш задоволувачка.
- Кога се прават тестови заедно со ендоскопијата, биопсија и уреаза-тест се најдобри методи.
- Во моментот скрининг на асимптоматската популација се смета дека не е оправдан.

Третман на Helicobacter pylori инфекција

- Дуоденален или желудочен улкус кај пациент со Helicobacter pylori инфекција секогаш е индикација за ерадикација на бактеријата (**ннд-А**).
- Ерадикација на Helicobacter pylori може да се направи и без гастроскопија кај Helicobacter позитивни пациенти со диспепсија кои се под 50-годишна возраст и немаат алармирачки или изразени симптоми.
- Ерадикација се препорачува и кај перзистентна функционална диспепсија по детални испитувања, иако контролирани студии покажале дека оваа терапија ги ублажува диспептичките симптоми само кај мал број од пациентите (**ннд-А**).
- При гастроскопија, треба да се направи брз уреаза-тест за Helicobacter pylori. Ако тестот е позитивен, може веднаш да се почне со ерадикациски третман.
- Види табела 1 за препораките за третман (**ннд-А**)
 - Метронидазолот не е вклучен во првата линија на препорака, бидејќи резистенцијата на H. pylori на метронидазол е честа (кларитромицин се препорачува како лек од прва линија ако резистенцијата на метронидазол е над 30%) (**ннд-В**).
 - Резистенција на амоксицилин не е откриена. Инхибиторите на протонската пумпа (**ннд-А**) и ранитидин бизмут цитратот (**ннд-А**) веројатно се еднакво ефикасни.
- Должината на третманот е 7 дена. Кај активен пептички улкус може да се продолжи со инхибитор на протонската пумпа 2-4 недели. Езомепразол 40 mg × 2, лансопразол 30 mg × 2, пантопразол 40 mg × 2 или рабепразол 20 mg × 2 можат да се користат наместо омепразол.
- Комбинација од само два лека е помалку ефикасна и не треба да се користи.
- Претходен третман со H₂-блокатор или инхибитор на протонската пумпа не е контраиндикација за ерадикациски третман.
- Повторен третман мора да се базира врз доказ на перзистентна инфекција, не само на симптомите или на серологијата која останува позитивна долго време по ерадикацијата.

- Консултирајте гастроентеролог ако ерадикацијата не биде успешна и со втората линија третман.
- Ерадикацијата е успешна кај 85-90% возрасни пациенти (**ннд-С**) и кај најмалку 75% од децата (**ннд-В**) ако се даде тројна терапија.
- Многу е важно да се мотивира пациентот да ја комплетира терапијата и покрај благите несакани дејства. Во практика несаканите дејства ретко се причина за не-комплетирање на терапијата, со исклучок на алергиски реакции (најчесто на амоксицилин). Најчестите несакани дејства вклучуваат:
 - стомачни тегиби или пролив;
 - метален вкус (метронидазол) или темна боја на изметот (бизмут).
- *Helicobacter pylori* развива резистенција на метронидазол и кларитромицин, но не и на амоксицилин.
- Успешноста на ерадикацијата мора да се верифицира кај дуоденалната улкусна болест со уреа издивен тест или фекален антиген тест еден месец по завршувањето на третманот.
- Заздравувањето на желудочен улкус мора секогаш да се потврди ендоскопски, бидејќи може да станува збор за улцерирачки карцином. При ендоскопијата, треба да се земат биопсии за верификација на успешноста на ерадикацијата.

Табела 1. Препорачан ерадикациски третман за *Helicobacter pylori*

Примарен третман	Повторен третман по еден неуспешен третман
Инхибитор на протонската пумпа, нормална доза ¹⁾ + кларитромицин 500 мг + амоксицилин 1 г, сите лекови два пати дневно, 7 дена	Ранитидин бизмут цитрат ⁶ 400 мг × 2 + метронидазол 400 мг × 3 + тетрациклин 500 мг × 4, 7 дена
Или	
Ранитидин бизмут цитрат 400 мг + кларитромицин 500 мг + амоксицилин 1 г, сите лекови два пати дневно, 7 дена	

¹⁾ Омепразол 20 мг, езомепразол 40 мг, лансопризол 30 мг, пантопризол 40 мг, рабепразол 20 мг или езомепразол 20 мг¹

ПОВРЗАНИ ДОКАЗИ

- Кларитромицин 500 мг два пати дневно е маргинално подобар 250 мг два пати дневно во ерадикацијата на *Helicobacter pylori* (**ннд-В**).
- Инхибиторите на протонската пумпа се ефективни во третманот на функционалната диспепсија споредено со плацебо (**ннд-А**).
- Ерадикацијата на *H. pylori* е поефикасна од антисекреторната терапија со или без долготрајно одржување во превенцијата на повторното крвавење од петички улкус (**ннд-А**).
- Третманот со инхибитор на протонската пумпа кај крвавење од пептички улкус ги редуцира повторното крвавење (реблеединг) и стапката на хируршки интервенции споредено со плацебо или со H₂-блоккер, но нема доказ дека има дејство врз смртноста (**ннд-А**).

РЕФЕРЕНЦИ

1. Chiba N, De Gara CJ, Wilkinson JM, Hunt RH. Speed of healing and symptom relief of grade II to IV gastroesophageal reflux disease: a meta-analysis. *Gastroenterology* 1997;112:1798-1810
2. The Database of Abstracts of Reviews of Effectiveness (University of York), Database no.: DARE-970856. In: *The Cochrane Library*, Issue 4, 1999. Oxford: Update Software
3. Langtry HD, Wilde MI. Omeprazole: a review of its use in helicobacter pylori infection, gastro-oesophageal reflux disease and peptic ulcers induced by NSAIDs. *Drugs* 1998;56:447-486
4. The Database of Abstracts of Reviews of Effectiveness (University of York), Database no.: DARE-981678. In: *The Cochrane Library*, Issue 3, 2000. Oxford: Update Software
5. Meta-analyses of cisapride, omeprazole and ranitidine in the treatment of gastroesophageal reflux disease: implications for treating patient subgroups. *Clin Drug Invest* 1998;16:9-18
6. The Database of Abstracts of Reviews of Effectiveness (University of York), Database no.: DARE-981284. In: *The Cochrane Library*, Issue 2, 2000. Oxford: Update Software
7. Manzionna G, Page F, Bianchi Porro G. Efficacy of lansoprazole in the short- and long-term treatment of gastro-oesophageal reflux disease: a systematic overview. *Clin Drug Invest* 1997;14:450-456
8. The Database of Abstracts of Reviews of Effectiveness (University of York), Database no.: DARE-980160. In: *The Cochrane Library*, Issue 4, 1999. Oxford: Update Software
9. Carlsson R, Galmiche JP, Dent J, Lundell L, Frison L. Factors influencing relapse of oesophagitis during maintenance therapy with antisecretory drugs: a meta-analysis of long-term omeprazole trials. *Alim Pharmacol Ther* 1997;11:473-482
10. The Database of Abstracts of Reviews of Effectiveness (University of York), Database no.: DARE-970846. In: *The Cochrane Library*, Issue 4, 1999. Oxford: Update Software
11. Tunis SR, Sheinhait IA, Schmid CH, Bishop DJ, Ross SD. Lansoprazole compared with histamine-2-receptor antagonists in healing gastric ulcers: a meta-analysis. *Clin Therap* 1997;19:743-757
12. The Database of Abstracts of Reviews of Effectiveness (University of York), Database no.: DARE-971237. In: *The Cochrane Library*, Issue 2, 2000. Oxford: Update Software
13. Poynard T, Lemaire M, Agostini H. Meta-analysis of randomised clinical trials comparing lansoprazole with ranitidine or famotidine in the treatment of acute duodenal ulcer. *Eur J Gastroenterol Hepatol* 1995;7:661-665
14. The Database of Abstracts of Reviews of Effectiveness (University of York), Database no.: DARE-952659. In: *The Cochrane Library*, Issue 4, 1999. Oxford: Update Software
15. Eriksson S, Langstrom G, Rikner L, Carlsson R, Naesdal J. Omeprazole and h-2-receptor antagonists in the acute treatment of duodenal ulcer, gastric ulcer and reflux oesophagitis. *Eur J Gastroenterol Hepatol* 1995;7:467-475
16. The Database of Abstracts of Reviews of Effectiveness (University of York), Database no.: DARE-951295. In: *The Cochrane Library*, Issue 4, 1999. Oxford: Update Software
17. Moore RA. Helicobacter pylori and peptic ulcer: a systematic review of effectiveness and an overview of the economic benefits of implementing what is known to be effective. Oxford: Pain Relief Research Unit VII 1995;37
18. The Database of Abstracts of Reviews of Effectiveness (University of York), Database no.: DARE-950348. In: *The Cochrane Library*, Issue 4, 1999. Oxford: Update Software
19. Laine L, Hopkins RJ, Girardi LS. Has the impact of Helicobacter pylori therapy on ulcer recurrence in the United States been overstated: a meta-analysis of rigorously designed

- trials. *Am J Gastroenterol* 1998;93:1409-1415
20. The Database of Abstracts of Reviews of Effectiveness (University of York), Database no.: DARE-981610. In: *The Cochrane Library*, Issue 2, 2000. Oxford: Update Software
 21. Hopkins RJ, Girardi LS, Turney EA. Relationship between *Helicobacter pylori* eradication and reduced duodenal and gastric ulcer recurrence: a review. *Gastroenterology* 1996;110:1244-1252
 22. The Database of Abstracts of Reviews of Effectiveness (University of York), Database no.: DARE-960755. In: *The Cochrane Library*, Issue 4, 1999. Oxford: Update Software
 23. Moayyedi P, Soo S, Deeks J, Delaney B, Harris A, Innes M, Oakes R, Wilson S, Roalfe A, Bennett C, Forman D. Eradication of *Helicobacter pylori* for non-ulcer dyspepsia. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, Cochrane Library number: CD002096. In: *The Cochrane Library*, Issue 2, 2002. Oxford: Update Software
 24. Penston JG, McColl KE. Eradication of *Helicobacter pylori*: an objective assessment of current therapies. *Br J Clin Pharmacol* 1997;43:223-243
 25. The Database of Abstracts of Reviews of Effectiveness (University of York), Database no.: DARE-970424. In: *The Cochrane Library*, Issue 4, 1999. Oxford: Update Software
 26. Evaluation of treatment regimens to cure *Helicobacter pylori* infection: a meta-analysis. *Aliment Pharmacol Ther* 1999;13:857-864
 27. The Database of Abstracts of Reviews of Effectiveness (University of York), Database no.: DARE-991562. In: *The Cochrane Library*, Issue 2, 2001. Oxford: Update Software
 28. Houben MH, Van de Beek D, Hensen EF, De Craen AJ, Rauws EA, Tytgat GN. A systematic review of *Helicobacter pylori* eradication therapy: the impact of antimicrobial resistance on eradication rates. *Aliment Pharmacol Ther* 1999;13:1047-1055
 29. The Database of Abstracts of Reviews of Effectiveness (University of York), Database no.: DARE-991702. In: *The Cochrane Library*, Issue 1, 2001. Oxford: Update Software
 30. Vondracek TG. Ranitidine bismuth subsalt in the treatment of *Helicobacter pylori* infection and duodenal ulcer. *Ann Pharmacother* 1998;32:672-679
 31. The Database of Abstracts of Reviews of Effectiveness (University of York), Database no.: DARE-981113. In: *The Cochrane Library*, Issue 2, 2000. Oxford: Update Software
 32. Pipkin GA, Williamson R, Wood JR. Review article: one week clarithromycin triple therapy regimens for eradication of *Helicobacter pylori*. *Aliment Pharmacol Ther* 1998;12:823-37
 33. Xia HX, Talley NJ, Keane CT, O'Morain CA. Recurrence of *Helicobacter pylori* infection after successful eradication: nature and possible causes. *Dig Dis Sci* 1997;42:1821-1834
 34. The Database of Abstracts of Reviews of Effectiveness (University of York), Database no.: DARE-971219. In: *The Cochrane Library*, Issue 4, 1999. Oxford: Update Software
 35. Huang JQ, Hunt RH. The importance of clarithromycin dose in the management of *Helicobacter pylori* infection: meta-analysis of triple therapies with a proton pump inhibitor: clarithromycin and amoxicillin or metronidazole. *Alimentary Pharmacology and Therapeutics* 1999;13:719-729
 36. The Database of Abstracts of Reviews of Effectiveness (University of York), Database no.: DARE-991397. In: *The Cochrane Library*, Issue 2, 2001. Oxford: Update Software

1. EBM Guidelines, 23.6.2004, www.ebm-guidelines.com

2. Упатството треба да се ажурира еднаш на 2 години

3. Предвидено следно ажурирање до јуни 2006 год.

ЖИГОВИНА - РЕФЛУКСЕН ЕЗОФАГИТИС

- ▶ Основни правила
- ▶ Дефиниција
- ▶ Епидемиологија
- ▶ Етиологија
- ▶ Компликации
- ▶ Симптоми и клинички преглед
- ▶ Тераписки тест пред гастроскопија
- ▶ Иницијални испитувања
- ▶ Ендоскопска класификација на рефлуксната болест
- ▶ Понатамошни испитувања
- ▶ Третман на гастроезофагеалната рефлуксна болест
- ▶ Долготраен третман
- ▶ Следење
- ▶ Примарни мотилитетни нарушувања на храноводот
- ▶ Референци
- ▶ Алгоритам 1

ОСНОВНИ ПРАВИЛА

- Исклучување на витално загрозувачки состојби, како што се кардиоваскуларни болести, тежок езофагитис, комплициран пептички улкус и тумори на храноводот и желудникот, во случаи каде што жиговината е асоцирана со други акутни или сериозни симптоми, како што се градна болка, стомачна болка или хематемеза.
- Третирајте ги другите пациенти со жиговина симптоматски и направете понатамошни испитувања ако болката стана пролонгирана.

ДЕФИНИЦИЈА

- Жиговина е чувство на печење зад градната коска. Не е вистинска болка. Ладни или топли напивки, сок од лимон и алкохол често ја егзацерираат, додека антацидите типично ја смируваат.
- Кај рефлуксниот езофагитис пациентот станува подложен на асоцирани компликации и може да биде нарушен квалитетот на животот.

ЕПИДЕМИОЛОГИЈА

- Според една американска студија, 7% од здравиот болнички персонал имал жиговина секој ден и 14% еднаш неделно.
- За време на бременост, жиговината е уште почеста (25-80%).

- Жиговината и симптомите на гастроезофагеалната рефлуксна болест стануваат почести со возраста.
- Само мал дел пациенти бараат лекарска помош

ЕТИОЛОГИЈА

- Жиговината обично е причинета од гастроезофагеалниот рефлукс. Може да биде асоцирана со:
 - Гастроезофагеална рефлуксна болест (со или без езофагитис)
 - Мотилитетни нарушувања на храноводот (ахалазија, дифузни спазми, храновод-оревокршач)
 - Пептичка улкусна болест
 - Нарушување на желудочното празнење
 - Синдром на иритабилно црево
 - Тумори на храноводот и желудникот
 - Хијатус хернија.
- Рефлукс без анатомски абнормалности е чест. Хијатус хернијата обично не е асоцирана со рефлуксни симптоми.
- Транзиторната релаксација на долниот езофагеален сфинктер е најважниот етиопатогенетски фактор. Притисокот на мирување на долниот езофагеален сфинктер може да биде нормален или низок, а нивото на секреција на желудочната киселина нормално во просек. Езофагеалниот клиренс на киселината и желудочното празнење, исто така, можат да бидат патогенетски фактори.

КОМПЛИКАЦИИ

- Рефлуксниот езофагитис обично е лесна болест без сериозни компликации.
- Хроничното, нетретирано воспаление може да резултира со замена на плочестиот епител со метапластичен цилиндричен епител (Баретов епител). Тој може да се детектира кај 8-20% од пациентите со езофагитис и е асоциран со зголемен ризик од аденокарцином.
- Хроничниот, улцеративен езофагитис може да предизвика стриктури и дисфагија. Езофагитисот е причина за 7% од сите гастроинтестинални крвавења. Крвавењето речиси секогаш е мало, но континуирано и резултира со анемија.
- Рефлуксна болест без евидентен езофагитис веројатно не води до трајни езофагеални оштетувања.
- Рефлуксната болест може да биде асоцирана со аспирација и рекурентни респираторни инфекции, особено кај малите деца и старите.
- Оштетување на забниот емајл е можна асоцијација со рефлуксната болест.

СИМПТОМИ И КЛИНИЧКИ ПРЕГЛЕД

Симптоми кои сугерираат рефлуксна болест

- Жиговината е главен симптом; присутна е кај 75% од пациентите со рефлуксна болест. И покрај тоа, сензитивноста на симптомот е ниска.
- Симптомот е асоциран со исхраната: обилни мрсни оброци, чоколада, кафе, јаки пијалаци и кисели сокови ги егзацерираат симптомите. Млекото и антацидите често ги смируваат симптомите.

- Наведнување, подигнување, тесна облека, лежење ги влошуваат симптомите.
- Жиговината може да е асоцирана со други езофагеални симптоми: градна болка, дисфагија, подригнување и регургитација на кисела содржина.
- Пациентите со рефлуксна болест обично имаат и други функционални гастроинтестинални симптоми, како што се констипација, абдоминална дистензија и флатуленција.
- Постарите можат да имаат ноќни атаки на кашлање поради аспирација.
- Алармирачки симптоми кои индицираат неопходна ендоскопија се:
 - Хематемеза
 - Анемија
 - Дисфагија
 - Чувство дека храната се заглавува
 - Градна болка

Симптоми кои сугерираат дека не станува збор за рефлуксна болест

- Абдоминална болка и болна осетливост во епигастриумот сугерираат пептички улкус или друга органска болест на горниот абдомен.
- Градна болка при напор често е кардиогена. Понекогаш и езофагеалните и срцевите симптоми се влошуваат од исти фактори. Нитратите, исто така, ја смируваат езофагеалната болка. Рефлуксната болест може да ги егзацерира симптомите на исхемичката срцева болест.
- Дисфагијата е асоцирана со стеснување на храноводот, тумор или примарни мотилитетни нарушувања.

ТЕРАПИСКИ ТЕСТ ПРЕД ГАСТРОСКОПИЈА

- Дијагностички терапевски тест со инхибитори на протонската пумпа може да се изведе кај пациенти под 55-годишна возраст со типични, но не алармирачки симптоми на рефлуксна болест. На овој начин ќе се избегнат непотребни ендоскопии. Благои симптоми можат да се третираат иницијално со најблагите лекови: антациди, H_2 -блокери (**ннд-А**).
- Направете иницијални испитувања ако симптомите траат повеќе од 3 недели или често се повторуваат по третманот.
- Ако пациентот се чувствува добро и нема алармирачки и системски симптоми, дозволен е и повторуван и пролонгиран третман со инхибитори на протонската пумпа без гастроскопија кај пациенти под 55-годишна возраст.
- Гастроскопија е индицирана ако се појават нови и алармирачки симптоми во текот на следењето.
- Ако причината за симптомите е разјаснета и симптомите се повторуваат по третманот, може да се повтори истиот третман.

ИНИЦИЈАЛНИ ИСПИТУВАЊА

- Треба да се направат кај сите пациенти кои имаат секојдневни или често повторувачки симптоми повеќе од 3 недели:
 - гастроскопија;
 - крвна слика.
- Рефлуксниот езофагитис може сигурно да се дијагностицира со гастроскопија со биопсија. Значењето на хистолошки верифициран езофагитис без макроскопски

наод е контроверзен.

- Со гастроскопија се откриваат или исклучуваат други причини за жиговина, како што се пептички улкус или тумори на храноводот или на желудникот.

ЕНДОСКОПСКА КЛАСИФИКАЦИЈА НА РЕФЛУКСНАТА БОЛЕСТ

- Изборот и траењето на медикалната терапија зависи од тежината на езофагитисот (види табела 1).

Табела 1. Ендоскопска класификација на езофагитисот (Los Angeles System)

Степен ¹⁾	Ендоскопски наод ²⁾
А	Еден или повеќе прекини на слузницата не подолги од 5 мм, од кои ниеден не се шири преку врвовите на слузничките набори
Б	Еден или повеќе прекини на слузницата подолги од 5 мм, од кои ниеден не се шири преку врвовите на два слузнички набора
Ц	Прекини на слузницата кои се шират преку врвовите на два или повеќе слузнички набори, но зафаќаат помалку од 75% од цуркумференцијата на храноводот
Д	Прекини на слузницата кои зафаќаат најмалку 75% од цуркумференцијата на храноводот

¹⁾ Степен С и D = тежок езофагитис. Компликациите на езофагитисот, како што се стриктури, улкуси и Баретова метаплазија, се степенуваат одвоено.

²⁾ Прекин на слузницата е јасно дистинктно црвеникаво или покриено со фибрин подрачје.

ПОНАТАМОШНИ ИСПИТУВАЊА

- Ако ендоскопски не се детектира езофагитис и пациентот има рекурентни изразени симптоми, некардијална градна болка или симптоми на аспирација, обидете се да потврдите присуство на рефлуксна болест или мотилитетно нарушување.
 - Континуирано амбулаторно мониторирање на езофагеалниот pH⁷ открива продолжено вкупно рефлуксно време (pH < 4 повеќе од 5% од времето), и долги периоди на рефлукс (> 5 минути).
 - Притисокот на долниот езофагеален сфинктер треба да се измери пред евентуална операција и кога постои сомнение за мотилитетно нарушување, како ахалазија.
 - Контрастна радиографија на храноводот е индицирана ако постои сомнение за мотилитетно нарушување. Нормалната радиографија не исклучува лесно мотилитетно нарушување.
- Срцево заболување треба да се има предвид ако пациентот има градна болка (особено при напор).
 - Рендгенска снимка на градниот кош
 - ЕКГ
 - Ергометриски тест

ТРЕТМАН НА ГАСТРОЕЗОФАГЕАЛНАТА РЕФЛУКСНА БОЛЕСТ

- Главна цел е смирување на рефлуксните симптоми.
- Најголем број пациенти имаат потреба од долготрајна терапија за одржување.

Цели на терапијата

- Елиминирање на симптомите
- Ендоскопско заздравување
- Превенција на релапс
- Превенција на компликации

Промена на начинот на живеење и антацидна терапија

- Промената на начинот на живеење и антацидите често се незадоволувачки.
 - Подигнување на горниот дел на креветот (**ннд-D**).
 - Намалување на телесната тежина.
 - Избегнување вечерни оброци.
 - Чести, мали оброци.
 - Избегнување надразнувачка храна (сок од лимон и слични плодови, јаки пијалаци, домати, кафе).
 - Прекин на пушењето.
 - Избегнување некои лекови (нитрати, калциум антагонисти, антихолинергици, препарати на теофилин).
 - Алгинат или антациди по потреба.

Медикална терапија

- Медикалната терапија е слична кај неендоскопираниот, ендоскопски негативниот и лесниот езофагитис.
 - За степените на тежина на езофагитисот види LA-класификација погоре.
1. Излекување на симптомите и на езофагитисот
 - Лесен езофагитис (степен А и Б)
 - Инхибитор на протонската пумпа 4-6 недели (**ннд-А**) (езомепразол⁸ 40 mg × 1, омепразол 20 mg × 1 (**ннд-В**); лансопразол⁹ 30 mg × 1 (**ннд-А**); рабепразол¹⁰ 20 mg × 1).
 - H₂-блокатор нормална доза земена два пати дневно (ранитидин, низатидин 150 mg × 2, фамотидин 20 mg × 2) 12 недели.
 - Изразени симптоми или езофагитис степен Ц и Д (**ннд-А**)
 - Езомепразол 40 mg × 1 8-12 недели
 - Омепразол 20-40 mg × 1-2 8-12 недели (**ннд-В**).
 - Лансопразол 30 mg × 1-2 8-12 недели (**ннд-А**).
 - Пантопразол 40 mg × 1-2 8-12 недели
 - Рабепразол 20 mg × 1-2 8-12 недели
 2. Превенција на рекуренција (езофагитисот или симптомите повторно се јавуваат кај 60-80% во тек на една година)
 - Без езофагитис или лесен езофагитис
 - Инхибитор на протонската пумпа (**ннд-С**) еднаш дневно. Најмалата доза е често доволна.
 - Езомепразол 20 mg е ефикасен и ако се користи по потреба при повторни симптоми.
 - Умерен или тежок езофагитис
 - Инхибитор на протонската пумпа (**ннд-С**) еднаш дневно како нормална доза или ниска терапевска доза.

⁸ Ограничено достапно во Р. Македонија

⁹ Ограничено достапно во Р. Македонија

¹⁰ Ограничено достапно во Р. Македонија

- Омепразол 10-20 mg × 1
- Лансопрозол 15-30 mg × 1
- Пантопрозол 20-40 mg × 1
- Езомепразол 20 mg × 1

ДОЛГОТРАЕН ТРЕТМАН

- Симптомите на рефлуксна болест повторно се јавуваат кај 80% од пациентите во тек на една година од прекинувањето на антисекреторната терапија.
 - Во моментот, целта е да се користи најблага терапија при која пациентот нема симптоми.
- Долготрајната терапија за одржување со инхибитори на протонската пумпа е ефикасна и безбедна.
- Хирургија (Nissen фундопликација) е потребна кај околу 10% од случаите. Индикации се следниве:
 - Езофагитис кој не реагира на медикална терапија или често се повторува.
 - Компликации на езофагитисот: Баретов епител и непрекинат езофагитис, крвање, изразени симптоми на аспирација.

СЛЕДЕЊЕ

- Лесниот езофагитис не треба да се контролира ендоскопски ако третманот доведува до смирување на симптомите.
- Заздравувањето на тешкиот и на умерениот езофагитис мора да се потврди ендоскопски. Ендоскопија, исто така, е индицирана ако има промена на симптомите.
- Кај Баретов храновод контролна ендоскопија е индицирана на 2-годишни интервали, без разлика дали активниот езофагитис е заздравен. Пациентите со Баретов храновод имаат покачен ризик од аденокарцином.
- Ако контролната ендоскопија не покаже езофагитис, рефлуксната болест треба да се третира на ист начин како и рефлуксниот езофагитис. Повторувана ендоскопија при следењето е непотребна ако симптомите се смирени.

ПРИМАРНИ МОТИЛИТЕТНИ НАРУШУВАЊА НА ХРАНОВОДОТ

- Целта на третманот е да ги ублажи симптомите и да спречи компликации, особено белодробните компликации од ахалазијата.

Третман на мотилитетните нарушувања

- Треба да се проба медикална терапија како иницијален третман за дифузните езофагеални спазми. Резултатите се различни.
 - Краткодејствувачки глицерил нитрат пред оброци, или
 - Изосорбид мононитрат пред оброци.
- Ако симптомите не реагираат на нитрати, обидете се со калциум антагонисти како што се нифедипин или дилтиазем. Имајте предвид дека калциум антагонистите можат да ги влошат рефлуксните симптоми.
- Третман на избор кај ахалазија е пневматска дилатација. Ако е неуспешна, се препорачува миотомија (Heller-операција).

РЕФЕРЕНЦИ

1. Chiverton S G, Hunt R H. Medical regimens in short- and long-term ulcer management. *Bailliere's Clin Gastroenterol* 1988;2:655-76
 2. Dent J. Recent views on the pathogenesis of gastro-oesophageal reflux disease. *Bailliere's Clin Gastroenterol* 1987;1:727-34
 3. Tytgat GNJ, Nio с.у. The medical therapy of reflux oesophagitis. *Bailliere's Clin Gastroenterol* 1987;1:971-807
 4. Vantrappen G, Janssens J. Pathophysiology and treatment of gastro-oesophageal reflux disease. *Scand J Gastroenterol* 1989;24 (Suppl 165):7-12
 5. Wienbeck M, Barnert J. Epidemiology of reflux disease and reflux oesophagitis. *Scand J Gastroenterol* 1989;24 (suppl 156):7-13
 6. van Pinxteren B, Numans ME, Bonis PA, Lau J. Short-term treatment with acid suppressants and prokinetics for gastro-oesophageal reflux-like symptoms and endoscopy-negative reflux disease. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, Cochrane Library number: CD002095. In: *The Cochrane Library*, Issue 2, 2002. Oxford: Update Software
 7. Juhani Lehtola Article ID: ebm00170 (008.030) © 2005 Duodecim Medical Publications Ltd
1. **EBM Guidelines, 5.3.2005, www.ebm-guidelines.com**
 2. **Упатството треба да се ажурира еднаш годишно**
 3. **Предвидено следно ажурирање до март 2006 год.**

ХЕМАТЕМЕЗА

- Цели
- Епидемиологија
- Историја на болеста
- Клинички наоди
- Примарни испитувања
- Прва помош
- Третман во ургентна болничка единица
- Етиологија и третман на хематемезата
- Поврзани докази
- Референци

ЦЕЛИ

Примарни

- Превенција на хиповолемичен шок
- Наоѓање на причината и запирање на крвавењето

Секундарни

- Превенција на рекурентно крвавење
- Отстранување/излекување на примарната причина за крвавењето (улкусна болест, итн.)

ЕПИДЕМИОЛОГИЈА

- Повеќе од 5% од итните хируршки пациенти имаат акутно гастроинтестинално крвавење, и 80% од нив имаат горно гастроинтестинално крвавење.

ИСТОРИЈА НА БОЛЕСТА

- Историјата на болеста може да даде добри инфомации за основната причина, но ретко има какво било влијание врз акутниот третман на пациентот што крвави.
- Важни фактори во историјата на болеста се:
 - Употреба на аналгетици и нестероидни антиинфламаторни лекови (НСАИЛ) (желудочни ерозии);
 - Претходна историја за улкусна болест;
 - Црнодробна цироза (вариксно крварење).

КЛИНИЧКИ НАОДИ

- Тежината на крвавањето се оценува со клиничкиот преглед.
- Знаци за тешко крварење се:
 - нагол почеток;
 - знаци за хиповолемичен шок или прешок, како што се бледило или несвестица во исправена положба.
- Пациентот во хиповолемичен шок е блед, со студена пот, пулсот е брз и слаб и крвниот притисок е низок. Кога се мери крвниот притисок, треба да се има предвид дека и умерено ниски вредности можат да бидат сериозни ако пациентот има хипертензија.
- Ректалниот дигитален преглед е задолжителен кај секој пациент со хематемеза. Мелена (темен, како катран измет) зборува дека пациентот имал крвавење веќе неколку часа. Во случај на сомнение, нормалниот измет не исклучува крвавење. Кај екстремно големо горно гастроинтестинално крвавење, изметот може да биде крвав, хематохезија.
- Знаци на хронична црнодробна болест се:
 - зголемен или тврд црн дроб при палпација;
 - спајдер невуси, палмарен еритем;
 - гинекомастија;
 - пожолтување.
- Слизнички абнормалности
 - Телеангиектазии здужени со Rendu-Osler-Weber-синдромот.

ПРИМАРНИ ИСПИТУВАЊА

- Ако пациентот има знаци на шок, третаманот треба да се почне веднаш и пациентот да се упати во болница.

- Во случај на побавно крвавење и ако дијагнозата за крвавење не е сигурна, вредноста на хематокритот може да биде корисна. Типично е пациентот да има многу низок хематокрит без шок ако крвавењето било бавно (денови). Од друга страна, и многу големо акутно крвавење може да даде само мало намалување на вредноста на хематокритот поради хемоконцентрација.

ПРВА ПОМОШ

- Ако постои и најмало сомнение за значајно крвавење, дајте и.в. инфузија.
- Ако пациентот е во шок, се препорачуваат две интравенски канили.
- Супституција на крвниот волумен е задолжителна. Употребувајте балансиран електrolитни раствори.
- Сите пациенти со акутно гастроинтестинално крвавење треба да бидат упатени во хируршка единица, бидејќи може да биде потребен хируршки третман. Ако крвавењето е профузно, добар принцип е да ја информирате единицата каде што го испраќате пациентот однапред.

ТРЕТМАН ВО УРГЕНТНА БОЛНИЧКА ЕДИНИЦА

- И.в. инфузија се продолжува.
- Хематокрит, одедување крвна група и интерреакција се најважните примарни крвни тестови.
- Коагулациски тестови (протромбинско време, тромбoplastинско време, тромбоцити) и аминотрансферази, исто така, се корисни.
- Гастроскопија треба да се направи кај пациент што крвави колку што е можно побрзо.
 - Во практика, гастроскопија често се прави за време на дежурство. Ако пациентот е примен ноќе, гастроскопија може да се направи следното утро ако крвавењето е под контрола. Во случај на континуирано крвавење, гастроскопија треба да се направи без одложување.
- Пациентите во шок треба да се третираат во единица за интензивна нега.

ЕТИОЛОГИЈА И ТРЕТМАН НА ХЕМАТЕМЕЗА

Езофагеални варикси

- Најчеста причина за езофагеално крвавење се езофагеални варикси. Крвавењето е обично масивно и има крв “насекаде”. Наглото крвавење често запира, исто така, брзо, но лесно почува повторно. Смртноста е значајна.
- Вариксно крвавење е суспектно ако хематемезата е светла и пациентот има знаци за црnodробна цироза и портална хипертензија, како што се асцит, гинекомастија, спајдер некуси, пожелтување или проширени вени на абдоминалниот ѕид.
- Третман.
 - Хемодинамиката се одржува со доволно инфузии на волумни експандери и еритроцити.
 - Тромбоцити и свежа плазма се дават кога е потребно.
 - Се одржува адекватна оксигенација.

- Како прва помош се даваат соматостатин анализи¹¹. **(ннд-В)**
- Ако крвавењето продолжува, се поставува балон-тампонада (Linton или Sengstaken-Blakemore-ова сонда). Желудочниот балон се надувува, се повлекува до кардијата и се фиксира. Ова обично е доволно за запирање на крвавењето. Вистинското место на балонот треба секогаш да се провери радиографски. Пред каква било балон-тампонада, мора да се потврди вариксна причина за крвавењето со гастроскопија.
- Ендоскопска склеротерапија за време на акутно крвавење е прилично тешка процедура. Се повторува на еден до тринеделни интервали до исчезнување на вариксите. Понов метод за ерадикација на вариксите е лигацијата.
- Како долготраен третман, бета-блокериите и нитратите можат да ја намалат смртноста.
- Најважен прогностички фактор кај вариксното крвавење е тежината на црнодробната болест.

Mallory-Weiss расцеп

- Повраќање придружено со силно напнување може да предизвика расцеп на гастроезофагеалниот мукозен спој. Овој т.н. Mallory-Weiss расцеп може да крвави значително, но крвавењето обично престанува спонтано.
- Историјата на Mallory-Weiss расцепот е прилично типична: повраќање со напнување на нормална желудочна содржина следено со хематемеза. Третман со антисекреторни средства не е неопходен.

Пептичка улкусна болест

- Пептичката улкусна болест е најважна причина за горно гастроинтестинално крвавење. Желудочниот и дуоденалниот улкус се причина за околу една третина од овие крвавења.
- Третман
 - Ако улкусот крвави при ендоскопија (Forrest Ia или Ib) или се гледа “visible vessel” (Forrest IIa) (видлив крвен сад), се третира за време на прегледот (инјекција со адреналин, електрокоагулација, термокоагулација, клипсирање, фибринско лепило).
 - Ако бил направен ендоскопски третман, треба секогаш да се направи контролна ендоскопија во тек на 24 часа. Повторен ендоскопски третман (ако е потребен) во период од 24 часа значително ги редуцира повторните крвавења.
 - Ако ендоскопскиот третман е неуспешен по повеќе обиди (крвавењето продолжува или пациентот сè уште има знаци за шок по примени 5 дози еритроцити), индициран е хируршки третман.
 - Нема доказ дека антисекреторните средства имаат какво било дејство во третманот на акутно крвавечкиот пептички улкус. Меѓутоа, тие имаат централна улога во третманот на улкусната болест и во превенцијата на повторно крвавење. **(ннд-А)**.
- Поматамошен третман
 - За време на ургентната гастроскопија, треба да се направи брз хеликобактер-тест. Ако е позитивен, ерадикациски третман може да почне веднаш што крвавењето е престанато и повторувањето на улкусната болест и крвавење може да се избегне.

Крвавечки желудочни ерозии

- Нестероидните антиинфламаторни лекови (НСАИЛ) сè почесто предизвикуваат желудочни крвавења, особено кај постарите. Овие лекови предизвикуваат слузнички ерозии кои можат да крвават.
- Третманот е обично ендоскопски според истите принципи како кај крвавењето од пептички улкус. За превенција на повторно крвавење, треба да се евалуира потребата од натамошна употреба на аспирин или НСАИЛ. Треба да се размисли за профилатички третман со инхибитори на протонската пумпа.

ПОВРЗАНИ ДОКАЗИ

- Терлипресин е поефикасен од плацебо во намалувањето на смртноста кај крвавење од езофагеални варикси (**ннд-А**).
- Нема убедлив доказ за ефективност на склеротерапијата како прв единичен третман во споредба со вазоактивни лекови (**ннд-В**).

РЕФЕРЕНЦИ

1. Götzsche PC. Somatostatin or octreotide for acutely bleeding oesophageal varices. The Cochrane Database of Systematic Reviews, Cochrane Library number: CD000193. In: The Cochrane Library, Issue 4, 2001. Oxford: Update Software. Updated frequently.
2. Imperiale TF, Birgisson S. Somatostatin or octreotide compared with H₂ antagonists and placebo in the management of acute nonvariceal upper gastrointestinal hemorrhage. *Ann Intern Med* 1997;127:1062-1071
3. The Database of Abstracts of Reviews of Effectiveness (University of York), Database no.: DARE-988099. In: The Cochrane Library, Issue 4, 1999. Oxford: Update Software
4. Imperiale TF, Teran JC, McCullough AJ. A meta-analysis of somatostatin versus vasopressin in the management of acute oesophageal variceal haemorrhage. *Gastroenterology* 1995;109:1289-1294
5. The Database of Abstracts of Reviews of Effectiveness (University of York), Database no.: DARE-952897. In: The Cochrane Library, Issue 4, 1999. Oxford: Update Software
6. Ioannou G, Doust J, Rockey DC. Terlipressin for acute esophageal variceal hemorrhage. The Cochrane Database of Systematic Reviews, Cochrane Library number: CD002147. In: The Cochrane Library, Issue 4, 2001. Oxford: Update Software. Updated frequently
7. D'Amigo G, Pietrosi G, Tarantino I, Pagliaro L. Emergency sclerotherapy versus medical interventions for bleeding oesophageal varices in cirrhotic patients. The Cochrane Database of Systematic Reviews, Cochrane Library number: CD002233. In: The Cochrane Library, Issue 1, 2002. Oxford: Update Software. Updated frequently

1. **EBM Guidelines, 27.4.2002, www.ebm-guidelines.com**

2. **Упатството треба да се ажурира еднаш на 4 години**

3. **Предвидено следно ажурирање до април 2006 год.**

ГАСТРОСКОПИЈА

- ▶ Индикации за гастроскопија
- ▶ Подготовки за испитувањето и нега по прегледот
- ▶ Ендоскопски наоди од значење
- ▶ Гастроскопски наоди со несигурно клиничко значење
- ▶ Референци

ИНДИКАЦИИ ЗА ГАСТРОСКОПИЈА

Гастроскопија како дијагностичка инвестиција

- Диспепсија кај пациенти над 50-годишна возраст.
- Диспепсија кај пациенти под 50 години со повраќање, губење телесна тежина, анемија, дисфагија или ако симптомите продолжат или повторно се појават по 2-4-неделен медикаментозен третман.
- Пациенти со функционална диспепсија каде што ерадикацијата на *H. pylori* има мал или нема ефект во намалување на симптомите (**ннд-А**).
- *H. pylori* позитивни пациенти со симптоми на диспепсија и зголемен ризик од појава на улкус (кај корисници на НСАИЛ-нестероидни антиинфламаторни лекови) и пушачи.
- Долготрајни симптоми кои сугерираат рефлуксна болест (ГЕРБ¹²).
- Болки или тешкотии при голтање.
- Градна болка од непозната етиологија.
- Повторувачко повраќање и чувство на брзо полнење на желудникот (пилорна стеноза).
- Абнормален или нејасен наод на РТГ на желудник.
- Акутно горнодигестивно крвање (преглед во рамки на 24 часа)
 - хематемеза
 - мелена
- Железо-дефициентна анемија или сомнение за хронично ГИТ¹³-крвање
- Сомнение за целијакија.
- Силна епигастична болка, нокна болка (сомнение за пептичен улкус).
- Диспепсија кај пациенти кои се на терапија со НСАИЛ или со орални кортикостероиди.
- Несакана загуба на телесна тежина (сомнение за улкус или карцином).
- Наод во прилог на целијакија (позитивни антитела на глиадин, ретикулин, ендомисум и трансглутаминаза).
- Контрола на лекувањето желудочен улкус.
- Следење на Барет-ов езофагус.
- Позитивен фекалет окултен тест за крвање (по направена колоноскопија без патолошки наод).

12 ГЕРБ - Гастроезофагијална рефлуксна болест

13 ГИТ - Гастроинтестинално

Гастроскопија во следење на болеста (follow up)

- Баретов езофагус
- Пептични улцерации (езофагус и желудник)
- Тежок езофагитис
- Аденоматозни полипи и карциноид на желудник
- Дисплазија на желудник
- Контрола на ефектот на безглутенска исхрана кај целијакија

Гастроскопски процедури

- Полипектомија
- Третман на горнодигестивно крвавење и рекрвавење
- Склеротерапија и лигација на варикозитети на езофагусот
- Дилатација на стриктури
- Аблација на езофагеални тумори
- Стентирање
- ПЕГ (перкутана гастростома)

Состојби кај кои најчесто не е индицирана гастроскопија

- Лесни симптоми кои личат на гастроезофагеален рефлукс и симптомите реагираат на промена на животните навики или на лесна медикаментозна терапија.
- Диспепсија кај пациенти кои се помлади од 50 години кај кои симптомите се лекуваат со 2-4-неделен третман (освен ако има алармни симптоми) и не примал НСАИЛ.
- Диспептични симптоми кај гастроскопирани пациенти со нормален ендоскопски наод.
- Симптоми кои сугерираат лактозна интолеранција пред третман со диета без млеко.
- Симптоми на ИБС (иритабилен цревен синдром).
- Манифестен гастроентеритис.

ГАСТРОСКОПИЈА Е ПРВО ИСПИТУВАЊЕ КАЈ ДИСПЕПСИЈА

- Биопсиските наоди се од корист во одредување на дијагнозата: гастритис, хеликобактер инфекција, атрофија, малигнизиран улкус, целијакија и кардијаза можат да се потврдат или исклучат.
- Може да се види и суперфицијална патологија како што се хеморагичен гастритис, блага форма на езофагитис и телеангијектазии.
- Исто така, може да се идентифицира и активен пептичен улкус во деформиран булбус.
- Со сигурност може да се откријат и постгастректомичните проблеми.
- Болниот не е експониран на радијација.

ПОДГОТОВКИ ЗА ГАСТРОСКОПИЈА И СЛЕДЕЊЕ ПОТОА

- Пациентот не треба да консумира храна последните 6 часа пред прегледот, или да не внесува храна по 20 часот дента пред прегледот.
- Мукопротективи и антациди и лекови кои го забавуваат празнењето на желудникот треба да не се консумираат 1-2 дена пред прегледот.

- По извршениот преглед, пациентот треба да конзумира ладна мека храна. Ако е користен локален анестетик при прегледот, пациентот не треба да пие, ниту да внесува храна првите 1-2 часа поради опасност од аспирација.

ЗНАЧАЈНИ ГАСТРОСКОПСКИ НАОДИ

Гастроскопските и хистолошките наоди со клиничко значење се дадени во **табела 1**.

ГАСТРОСКОПСКИ НАОДИ СО НЕСИГУРНО КЛИНИЧКО ЗНАЧЕЊЕ

За гастроскопските наоди со несигурно клиничко значење, види **табела 2**.

Контраиндикации или компликации од гастроскопија

- Декомпензирана срцева слабост и тешка болест на респираторниот систем.
- Неодамнешен миокарден инфаркт е релативна контраиндикација, бидејќи прегледот ретко предизвикува исхемија кај хемодинамски стабилни пациенти.
- Гравидитет не е контраиндикација.

Табела 1. Гастроскопски наоди и хистолошки промени со докажано клиничко значење

Наод	Клиничко значење
Езофагус	
Ерозии	Езофагитис
Стриктуре, улцерации	Компликација од езофагитис, биопсија
Баретов езофагус (хистолошка верификација)	Зона со интестинална метаплазија која треба да се следи ендоскопски поради зголемениот ризик од карцином, биопсии
Желудник	
Ретенција	Забавено празнење на желудникот
Улкус	Голем, недефинирани граници, нодуларна база укажува на малигнитет, секогаш биопсии
Тумор	Субмукозен тумор е најчесто бениген ако е помал од 3cm Полипите треба да се отстранат, со исклучок на хамартомски полипи во корпус
Крвавечки лезии, анги-ектазии	Треба да се коагулираат ендоскопски
Дисплазија од висок степен	Ризик од карцином
Атрофија од висок степен	Ризик од карцином, пациентите треба често да се контролираат ендоскопски со повторувачки гастроскопии
Дуоденум	
Улкус	Нема ризик од карцином
Ерозивен или деформиран булбус	Укажува на ризик од улкус
Хистолошки булбитис	Укажува на ризик од улкус
Губење на циркуларните набори	Укажува на вилозна атрофија
Мукоза со аспект на мозаик	Укажува на вилозна атрофија

Наод	Клиничко значење
Хистолошки вилозна атрофија	Голема веројатност за целијакија
Хистолошки кардијаза	Потребен третман

Табела 2. Гастроскопски наоди и хистолошки промени кај пациенти со диспепсија од несигурно клиничко значење

Наод	Можно клиничко значење
Езофагус	
Гастрична хетеротопија во горна третина	Конгенитална аномалија
Црвенило, црвени точки или стрии	Неспецифично за езофагитис
Хиатус хернија	Не е асоцирана секогаш со симптоми
Хистолошки езофагитис без ерозии	Можеби е нормален наод на дистален езофагус, сензитивноста и специфичноста е мала
Желудник	
Билијарен рефлукс	Нема јасна корелација со симптомите
Црвенило, ерозии	Нема поврзаност со гастритис
Препилорни деформирани набори (+ ерозии)	Поврзаноста со симптоми не е јасна
Хистолошки гастритис и helicobacter pylori инфекција	Нема поврзаност на симптомите
Интестинална метаплазија	Асоцирана со атрофија, не бара следења
Дуоденум	
Црвенило и едем	Нема поврзаност со дуоденитис

РЕФЕРЕНЦИ

1. Ilkka Kunnamo Article ID: ebm00190 (008.021) © 2005 Duodecim Medical Publications Ltd

1. EBM Guidelines, 4.4.2004, www.ebm-guidelines.com
2. Упатството треба да се ажурира еднаш на 3 години
3. Предвидено следно ажурирање април 2007 год.

АКУТЕН ПАНКРЕАТИТИС

- ▶ Основни правила
- ▶ Историја
- ▶ Физикален преглед
- ▶ Лабораториски испитувања
- ▶ Радиолошки испитувања
- ▶ Третман на лесен панкреатитис
- ▶ Интервенции кај билијарен панкреатитис
- ▶ Некротизирачки панкреатитис
- ▶ Дополнителни факти
- ▶ Референци

ОСНОВНИ ПРАВИЛА

- Треба да се помисли на акутен панкреатитис кај секој пациент со епигастрична болка и нарушена општа состојба со историја за холелитијаза или консумација на алкохол.
- Идентифицирање акутен панкреатитис во рана фаза врз база на клиничката слика и одредување амилаза или трипсиноген-2 во урината (стик-тест).
- Упатете ги во централната болница сите пациенти со акутен панкреатитис кои имаат:
 - нарушена општа состојба, или
 - јасно покачена серумска концентрација на CRP.

ИСТОРИЈА

- Холелитијаза и претходни епизоди на панкреатитис.
- Екскесивна консумација на алкохол.
- Екскесивен (мрсен) оброк.

ФИЗИКАЛЕН ПРЕГЛЕД

- Најважно е процената на општата состојба.
- Шок, респираторен дистрес, анурија и ментална конфузија можат да индицираат тежок панкреатитис.
- Палпирајте за епигастрична болна осетливост и палпабилни маси.
- Погледајте ја кожата на слабините и околу папокот за хематоми.
- Опсервирајте симптоми и клинички знаци за перитонитис и цревна парализа.

ЛАБОРАТОРИСКИ ИСПИТУВАЊА

- Уринарниот трипсиноген-2 стик-тест е надобар скининг-метод (**ннд-В**).
- Амилаза во урината над 2000 IE/L (амилаза во серум > 300 IE/L) сугерира панкреатитис, а концентрации над 6000 IE/L во урината (амилаза во серум > 900 IE/L) се смета за дијагностичка. Одредувањето на амилазата (исто и стик-тест) се погод-

ни за примарна дијагноза, но треба да се има предвид дека тестот на амилаза е неспецифичен, и дека концентрацијата на амилаза не корелира со тежината на панкреатитисот.

- Одредувањето на липазата во серумот, исто така, може да се користи во дијагноза-та на акутниот панкреатитис. Дијагностичката вредност е слична на амилазата, но нивоата остануваат покачени за подолг период (3-7 дена).
- Серумскиот С-реактивен протеин е добар тест за оцена на тежината на панкреатитисот. Јасно зголемена концентрација над 100 mg/L сугерира тежок панкреатитис.
- Забележително покачување (3×) на AST или ALT сугерира билијарен панкреатитис.
- Нативна рендгенска снимка на абдоменот може да е корисна за диференцијална дијагноза (перфориран пептички улкус, цревна опструкција).
- Корисноста на ултрасонографијата е намалена од гасот во цревата кој спречува адекватна визуализација на панкреасот. Понатаму, ултрасонографијата не е погодна за оцена на тежината на акутниот панкреатитис.
- Контрастната компјутеризирана томографија е најточен имиџинг-метод за дијагноза и оцена на тежината на панкреатитисот. Магнетната резонанса, исто така, е погоден но помалку достапен имиџинг-метод.
- Ако панкреатитисот е предизвикан од заглавени жолчни калкули во папилата, итна ендоскопска папилотомија го забрзува заздравувањето и ја подобрува прогнозата (ннд-С).

ТРЕТМАН НА ЛЕСЕН ПАНКРЕАТИТИС

- И лесен панкреатитис треба да се третира во болница поради ризикот од компликации.
- Доволен навремен надомест на течности е основа на конзервативниот третман. Дури и лесен панкреатитис причинува дехидрација и минимумот потреба од течности за првите 24 часа е 5 литри. Со надоместот на течности се продолжува според клиничката состојба и диурезата. Најпогодни се раствори на гликоза и физиолошки раствор.
- Адекватна аналгезија и следење се неопходен дел на третманот.
- Антибиотици (ннд-А), други лекови, со можен исклучок на антисекреторни средства (ннд-В), и назогастричната сукција не се од корист според резултатите на контролирани студии. Назогастрична сукција може да се користи ако пациентот профузно повраќа поради цревна парализа.
- Исходот од конзервативниот третман речиси секогаш е добар.
- Серумскиот С-реактивен протеин, гликозата во крвта, крвната слика, серумскиот калциум, натриум и калиум треба да се одредуваат секојдневно.
- Пациентот треба да се одржува на интравенски течности сè додека има симптоми.

ИНТЕРВЕНЦИИ КАЈ БИЛИЈАРЕН ПАНКРЕАТИТИС

- Итна (за време на првиот ден) сфинктеротомија и отстранување калкули од заедничкиот жолчен канал при ЕРЦП ја подобрува прогнозата на тешкиот панкреатитис ако има знаци за билијарна опструкција или холангитис (ннд-В).

НЕКРОТИЗИРАЧКИ ПАНКРЕАТИТИС

- Третманот на некротизирачки панкреатитис треба да биде концентриран во единици за специјализирана нега со најдобро искуство и подготвеност за интензивна нега поради ризикот од компликации и висока смртност.
- Симптомите на тежок панкреатитис вклучуваат перитонитис, шок, респираторен дистрес анурија и ментална конфузија.
- Покачена концентрација на серумскиот С-реактивен протеин (над 100 mg/L) е најточниот индикатор за тежок панкреатитис, заедно со нарушената општа состојба и наодите на контрастната компјутеризирана томографија.
- Антибиотици, профилактички (**ннд-В**) се индицирани кај тежок панкреатитис.
- Третманот на некротизирачкиот панкреатитис е променет во корист на конзервативниот пристап кој вклучува агресивен надомест на течности (во почетниот стадиум до 10 L/ден) и конзервативни мерки за одржување на кардиоваскуларната и респираторната функција (во интензивна нега). Секако, хируршки третман и понатаму може да биде индициран. Примарна индикација за хирургија е инфекција на панкреасната некроза.
- Како компликација на тежок панкреатитис, може да се покачи интраабдоминалниот притисок што ја влошува респираторната функција и диурезата. Според неодамнешни искуства во третманот на т.н. абдоминален компартман синдром, кога интраабдоминалниот притисок е покачен на 25-35 mm Hg, корисно е да се направи лапаротомија и да се остави абдоминалната празнина незатворена. Наместо тоа, се користи т.н. Vagota ќеса.

ПОВРЗАНИ ДОКАЗИ

- Ентералната исхрана може да ги редуцира неповолните исходи кај акутен панкреатитис, иако доказите сè уште се недоволни (ннд-С).

РЕФЕРЕНЦИ

1. Tenner S, Dubner H, Steinberg W. Predicting gallstone pancreatitis with laboratory parameters: a meta-analysis. *Am J Gastroenterol* 1994;89:1863-1866
2. The Database of Abstracts of Reviews of Effectiveness (University of York), Database no.: DARE-940874. In: The Cochrane Library, Issue 4, 1999. Oxford: Update Software
3. Andriulli A, Leandro G, Vlemente R, Festa V, Caruso N, Annesse V, Lezzi G, Lichino E, Bruno F, Perri F. Meta-analysis of somatostatin, octreotide and gabexate mesilate in the therapy of acute pancreatitis. *Alim Pharmacol Therap* 1998;12:237-245
4. The Database of Abstracts of Reviews of Effectiveness (University of York), Database no.: DARE-980804. In: The Cochrane Library, Issue 2, 2000. Oxford: Update Software
5. Kramer KM, Levy H. Prophylactic antibiotics for severa acute pancreatitis: the beginning of an era. *Pharmacotherapy* 1999;19:592-602
6. The Database of Abstracts of Reviews of Effectiveness (University of York), Database no.: DARE-991015. In: The Cochrane Library, Issue 1, 2001. Oxford: Update Software
7. Golub R, Siddiqi F, Pohl D. Role of antibiotics in acute pancreatitis: a meta-analysis. *Journal of Gastrointestinal Surgery* 1998;2: 496-503.
8. The Database of Abstracts of Reviews of Effectiveness (University of York), Database no.: DARE-2000. In: The Cochrane Library, Issue 1, 2002. Oxford: Update Software
9. Al-Omran M, Groof A, Wilke D. Enteral versus parenteral nutrition for acute pancreatitis.

- The Cochrane Database of Systematic Reviews, Cochrane Library number: CD002837. In: The Cochrane Library, Issue 2, 2002. Oxford: Update Software. Updated frequently
10. Kempainen EA, Hedström JI, Puolakkainen PA, Sainio VS, Haapiainen RK, Perhoniemi V, Osman S, Kivilaakso EO, Stenman UH. Rapid measurement of urinary trypsinogen-2 as a screening test for acute pancreatitis. *N Engl J Med* 1997;336(25):1788-93
 11. Beekingham IJ, Bornman PC. ABC of diseases of liver, pancreas, and biliary system. Acute pancreatitis. *BMJ* 2001;322(7286):595-8
 12. Pauli Puolakkainen Article ID: ebm00208 (009.030) © 2005 Duodecim Medical Publications Ltd

1. **EBM Guidelines, 11.6.2004, www.ebm-guidelines.com**
2. **Упатството треба да се ажурира еднаш на 2 години**
3. **Предвидено следно ажурирање до јуни 2006 год.**

ХРОНИЧЕН ПАНКРЕАТИТИС

- ▶ Основни правила
- ▶ Етиологија
- ▶ Симптоми
- ▶ Дијагноза
- ▶ Конзервативен третман
- ▶ Индикации за консултација со специјалист
- ▶ Референци

ОСНОВНИ ПРАВИЛА

- Имајте предвид хроничен панкреатитис како причина за рекурентна горно-абдоминална болка, губење тежина и пролив.
- Откријте дијабетес во рана фаза кај пациенти со хроничен панкреатитис. Внимавајте да не индуцирате хипогликемија кај пациенти на инсулин.
- Хроничниот панкреатитис е асоциран со зголемен ризик од панкреатичен канцер.

ЕТИОЛОГИЈА

- Рекурентен акутен панкреатитис може да води до хроничен панкреатитис.
- Алкохол е причински фактор до 90% од случаите.
 - Со мали исклучоци, пациентот е тежок пијач ако конзумирал 150-175 g чист алкохол дневно во тек на 10-15 години пред почетокот на болеста.
- Холелитијаза.
- Метаболчки нарушувања (хипертриглицеридемија, хиперпаратиреоидизам).
- Херeditарен хроничен панкреатитис (херeditарна панкреасна калцификација).
- Автоимун панкреатитис е асоциран со примарен склерозантен холангитис, примарна билијарна цироза и Сјогренов синдром.

СИМПТОМИ

- Горноабдоминална болка која ирадира во грбот, можно и мачнина и повраќање; губење тежина, похолтување.
- Болката е причинета од зголемен дуктален притисок и од неуритис.
- По приближно 8 години, 50% од пациентите развиваат ендокрина или егзокрина панкреасна инсуфициенција, манифестирана со стеатореја, губење тежина и дијабетес.

ДИЈАГНОЗА

Лабораториски испитувања во примарна здравствена заштита

- Амилазата и трипсиноген-2¹⁴ во урината, леукоцитите и С-реактивниот протеин можат да бидат покачени за време на епизодите на болка.
- Серумската концентрација на алкалната фосфатаза, ALT и билирубинот се покачени кај билијарна опструкција.
- Треба да се одреди шеќер во крвта на гладно за детекција на дијабетес.
- СА 19-9 како диференцијално дијагностички тест.
- Тестови на егзокрина панкреасна функција.

КОНЗЕРВАТИВЕН ТРЕТМАН

- Пациентот мора наполно да го остави алкохолот.
- Третман на дијабетесот
 - Често се доволни мали дози инсулин (тенденција за лесен развој на хипогликемија).
- Мали по количина оброци се од корист во случаи на болка и стеатореја. Исхраната треба да биде сиромашна со масти без диетарни влакна. Може да се користи масло од триглицериди со среден синцир (МЦТ). Ензимски надомест е индициран ако 24-часовната фекална екскреција на маст е > 15 g. Ефектот на ензимскиот надомест врз болката не е докажан (**ннд-D**).
- Соодветни аналгетици
- Акутна епизода кај хроничен панкреатитис
 - Третирајте примарно како лесен акутен панкреатитис.
 - Конзервативен третман, доволно рехидрација.
 - Аналгетици.
- Рекурентна силна болка и компликации, како псевдоцисти, се индикација за ендоскопски или хируршки третман кај хроничниот панкреатитис.

ИНДИКАЦИИ ЗА КОНСУЛТАЦИЈА СО СПЕЦИЈАЛИСТ

- Дијагнозата на хроничен панкреатитис се базира на имиџинг (СТ¹⁵, MRCP¹⁶, ERCP¹⁷, ендоскопски ултразвук¹⁸). Поради тоа, потврдувањето на дијагнозата, вклучително и диференцијална дијагноза (на пример, панкреатичен канцер) често бара хоспитално испитување.
- Рекурентни епизоди на силна болка

14 Ограничено достапно во Р. Македонија

15 СТ - Компјутеризирана томографија

16 MRCP - Магнетна резонанца холангиопанкреатографија

17 ERCP - Ендоскопска ретроградна холангиопанкреатографија

18 Ограничено достапно во Р. Македонија

- Хоспитален третман: ERCP и протезирање/латерална цирсунгојејуностомија (Puestow)
- Суспекција за компликации
 - Панкреатична псевдоциста
 - Симптоми: болка, цревна опструкција, билијарна опструкција
 - Третман: ERCP и протезирање / ендоскопска или хируршка псевдоцисто-гастростомија / панкреасна ресекција
 - Панкреатична псевдоциста, крвавечка псевдоаневризма
 - Третман: ендоваскуларно клупче или хируршки третман
 - Панкреасни фистули
 - Третман: ендоскопски / хируршки
 - Инфицирана панкреатична псевдоциста
 - Третман: дренажа и антибиотици
 - Билијарна опструкција
 - Третман: ERCP и протезирање

РЕФЕРЕНЦИ

1. Brown A, Hughes M, Tenner S, Banks PA. Does pancreatic enzyme supplementation reduce pain in patients with chronic pancreatitis: a meta-analysis. Am J Gastroenterol 1997;92:2032-2035
 2. The Database of Abstracts of Reviews of Effectiveness (University of York), Database no.: DARE-971420. In: The Cochrane Library, Issue 4, 1999. Oxford: Update Software
 3. Pauli Puolakkainen Article ID: ebm00209 (009.031) © 2005 Duodecim Medical Publications Ltd
1. EBM Guidelines, 4.3.2005, www.ebm-guidelines.com
 2. Упатството треба да се ажурира еднаш годишно
 3. Предвидено следно ажурирање до март 2006 год.

КАРЦИНОМ НА ПАНКРЕАС

- ▶ Основни правила
- ▶ Епидемиологија
- ▶ Симптоми и честота
- ▶ Дијагностика
- ▶ Третман
- ▶ Прогноза
- ▶ Референци

ОСНОВНИ ПРАВИЛА

- Посомневајте се за карцином на панкреасот кај пациент со:
 - континуирани дисептички симптоми со загуба на тежина;
 - безболно пожелтување (доцен симптом).

- Имајте ја предвид можноста за карцином на панкреасот кај пациент со скорешен дијабетес или акутен панкреатитис.

ЕПИДЕМИОЛОГИЈА

- Аденокарцином на панкреасот е меѓу десетте најчести канцери.
- Ендокрините тумори на панкреасните островца (инсулином, гастрином, випом, глюкагоном, соматостатином, карциноиден тумор) се многу ретки.

СИМПТОМИ И ЧЕСТОТА

- Загуба на тежина 90%
- Диспептички симптоми 80%
- Пожолтување 55%
- Епигастрична болка со ирадијација кон грбот 30%
- Скорешен дијабетес 20%
- Губење на апетиот 20%
- Исцрпеност 15%
- Симптоми причинети од ендокрина активност на туморот

ДИЈАГНОСТИКА

- Рутински лабораториски испитувања не се од помош за рана дијагноза.
- Сензитивноста и специфичноста на СА 19-9 е околу 80% и овој тест може да се користи ако постои сомнение за канцер кај пациент без пожелтување.
- Ултрасонографија и компјутеризирана томографија (+ водена биопсија) се основни испитувања.
- ERCP¹⁹ и ендоскопска ултрасонографија може да се направат како понатамошни испитувања.

ТРЕТМАН

- Може да се направи панкреатикодуоденална ресекција (Whipple-ва операција) ако туморот не е проширен во соседните ткива (**ннд-D**).
- Зрачната терапија за тумори кои се прошириле во соседните ткива доведува до ублажување на болката кај околу 50% од пациентите, но не ја подобрува долготрајната прогноза.
- Палијативна хирургија (ретко).
- Хемотерапија може да е од корист за некои пациенти (**ннд-C**).
- Дополнително аналгетици може да направи блокада на целијачниот плексус кај силни болки (**ннд-B**).

ПРОГНОЗА

- Кај аденокарциномот, 5-годишната стапка на преживување (коригирана за возрастa и полот) е под 10%.
- Прогнозата е подобра за периампуларниот карцином (бидејќи дијагнозата се поставува порано).

19 ERCP - ендоскопска ретроградна холангиопанкреатографија

РЕФЕРЕНЦИ

1. Kollmannsberger C, Peters HD, Fink U. Chemotherapy in advanced pancreatic adenocarcinoma. *Cancer Treatment Reviews* 1998;24:133-156
2. The Database of Abstracts of Reviews of Effectiveness (University of York), Database no.: DARE-981512. In: *The Cochrane Library*, Issue 1, 2001. Oxford: Update Software
3. Eisenberg R, Carr DB, Chalmers TC. Neurolytic coeliac plexus block for treatment of cancer pain: a meta-analysis. *Anesth Analg* 1995;80:290-295
4. The Database of Abstracts of Reviews of Effectiveness (University of York), Database no.: DARE-950978. In: *The Cochrane Library*, Issue 4, 1999. Oxford: Update Software
5. Editors Article ID: ebm00211 (009.033) © 2005 Duodecim Medical Publications Ltd

1. **EBM Guidelines, 28.6.2003, www.ebm-guidelines.com**
2. **Упатството треба да се ажурира еднаш на 3 години**
3. **Предвидено следно ажурирање до јуни 2006 год.**

ПРИМАРНА БИЛИЈАРНА ЦИРОЗА (ПБЦ)

- Дефиниција
- Епидемиологија
- Клиничка слика
- Лабораториски наоди
- Дијагноза
- Терапија
- Прогноза
- Постојни податоци
- Референци
- Алгоритам 2

ДЕФИНИЦИЈА

- Автоимуно заболување од непозната етиологија кое се карактеризира со воспалени на малите жолчни канали.

ЕПИДЕМИОЛОГИЈА

- Годишна инциденца е 6-11 на 1 милион жители
- 90% од пациентите се жени

КЛИНИЧКА СЛИКА

- Често асимптоматска во почетната фаза
- Генерализиран јадеж, во почеток поизразен ноќе

- Жолтица кај 10 % е прв знак
- Хепатомегалија кај 50% е прв знак
- Во одреден број случаи, спленомегалија, ксантелазми или цирроза на црниот дроб се први знаци

ЛАБОРАТОРИСКИ НАОДИ

- Покачена серумска алкална фосфатаза (AP)
- Лесно покачени трансминази
- AMA²⁰ позитивна кај 95%
- Покачени вредности на серумски IgM кај 80%
- Покачена SE
- Покачени вредности на билирубин и холестерол

ДИЈАГНОЗА

- Кај средовечна жена со јадеж по телото, жолтило, хепатомегалија или покачена AP, потребно е да се направи серолошка анализа (AMA, IgM,GGT).
- Ако е AMA-позитивна, дијагнозата се потврдува со црнодробна биопсија.

ТЕРАПИЈА

- Нема лек кој со сигурност го забавува текот на болеста. Урзодеоксихолна киселина е лек на избор, но покажува само делумен ефект (**ннд-С**).
- Јадежот се лекува со холестерамин.
- Супституција на калциум и витамин Д (превенција за коски).
- Трансплантација на црн дроб ²¹(**ннд-В**).

ПРОГНОЗА

- Текот на болеста тешко се предвидува. Хипербилирубинемија е лош прогностички знак.
- Во симптоматската фаза, просечен животен век е 5-10 години.
- Квалитетот на животот се подобрува по трансплантација на црниот дроб.
- D-penicillamin не ја намалува стапката на морталитет.

Постојни докази

- Квалитетот на животот се подобрува по трансплантацијата на црн дроб. Придобивките се најголеми во физичката состојба на пациентот (**ннд-В**).
- D-penicillamine не го намалува морталитетот кај пациенти со ПБЦ, а ја зголемува фреквенцијата на несакани ефекти (**ннд-В**).

РЕФЕРЕНЦИ

1. Gluud C, Christensen E. Ursodeoxycholic acid for primary biliary cirrhosis. The Cochrane Database of Systematic Reviews, Cochrane Library number: CD000551. In: The Cochrane Library, Issue 2, 2002. Oxford: Update Software. Updated frequently

20 AMA - антимиохондријални антитела

21 Недостапно во Р. Македонија

2. Goulis J, Leandro G, Burroughs AK. Randomised controlled trials of ursodeoxycholic acid therapy for primary biliary cirrhosis: a meta-analysis. *The Lancet* 1999;354:1053-1060
3. The Database of Abstracts of Reviews of Effectiveness (University of York), Database no.: DARE-999683. In: *The Cochrane Library*, Issue 2, 2001. Oxford: Update Software
4. Eriksson LS, Olsson R, Glauman H, Prytz H et al. Ursodeoxycholic acid treatment in patients with primary biliary cirrhosis. A Swedish multicentre, double-blind, randomised controlled study. *Scand J Gastroenterol* 1977;32:179-186
5. Lindor KD, Dickson ER, Baldus WP et al. Ursodeoxycholic acid in the treatment of primary biliary cirrhosis. *Gastroenterology* 1994;106:1284-1290
6. Heathcote EJ, Cauch Dudek K, Walker V et al. The Canadian multicenter double-blind randomised controlled trial of ursodeoxycholic acid in primary biliary cirrhosis. *Hepatology* 1994;19:1149-1156
7. Combes B, Carithers RL Jr, Maddrey WC et al. A randomised, double-blind, placebo-controlled trial of ursodeoxycholic acid in primary biliary cirrhosis. *Hepatology* 1995;22:759-766
8. Vuoristo M, Färkkilä M, Karvonen AL, Leino R, Lehtola J, Makinen J, Mattila J, Friman C, Seppälä K, Tuominen J et al. A placebo-controlled trial of primary biliary cirrhosis treatment with colchicine and ursodeoxycholic acid. *Gastroenterology* 1995;108:1470-1478
9. Gonzalez-Koch A, Brahm J, Antezana C, Smok G, Cumsille MA. The combination of ursodeoxycholic acid and methotrexate for primary biliary cirrhosis is not better than ursodeoxycholic acid alone. *J Hepatol* 1997;27:143-9
10. Bravata DM, Olkin I, Barnato AE, Keeffe EB, Owens DK. Health-related quality of life after liver transplantation: a meta-analysis. *Liver Transplantation and Surgery* 1999;5:318-331
11. The Database of Abstracts of Reviews of Effectiveness (University of York), Database no.: DARE-994128. In: *The Cochrane Library*, Issue 1, 2001. Oxford: Update Software

1. **EBM Guidelines, 8.2.2005, www.ebm-guidelines.com**
2. **Упатството треба да се ажурира еднаш на 3 години**
3. **Предвидено следно ажурирање до февруари 2008 год.**

ЦРНОДРОБНА ЦИРОЗА

- ▶ Етиологија
- ▶ Дијагноза
- ▶ Клинички знаци
- ▶ Лабораториски испитувања
- ▶ Ултразвучен преглед на абдомен
- ▶ Црнодробна биопсија
- ▶ Терапија и компликации од третманот
- ▶ Поврзани докази
- ▶ Референци

ЕТИОЛОГИЈА

- Алкохолен хепатитис
 - Жените се поподложни од мажите
 - Алкохолниот хепатитис најчесто е реверзибилна фаза на болеста ако пациентот прекине да консумира алкохол
- Хронична имунолошка болест на црниот дроб
 - Хроничен автоимун хепатитис
 - ПБЦ²²
 - Склерозантен холангитис
- Хроничен вирусен хепатитис
 - Хепатитис Б
 - Хепатитис Ц
- Метаболни заболувања
 - Дијабетес мелитус и метаболен синдром
 - Хемохроматоза
 - Алфа 1 антитрипсин дефицит
 - Вилсонова болест

ДИЈАГНОЗА

- Во почетната фаза е асимтоматска.
- Слабост, јадеж, пожелтување, потекување на абдоменот се доцни знаци.
- Кај алкохолната цироза, алкохолниот хепатитис е преодна фаза.
- Развивокот на црнодробна алкохолна цироза претходи речиси секогаш на продолжено консумирање алкохол во времетраење од над 10 години (минимум 60 г за мажи и 40 г за жени алкохол на ден).
- Степенот на оштетување на црниот дроб може да се утврди само со биопсија на црниот дроб.
- Црнодробната стеатоза е реверзибилна фаза. Опсежна стеатоза, стеатонекроза и периваскуларна склероза се претходници на цирозата.

22 ПБЦ - примарна билијарна цироза

КЛИНИЧКИ ЗНАЦИ

- Намален црн дроб, може да е зголемен кај алкохолна (во почетна фаза)
- Спленомегалија
- Спајдер невуси на градниот кош и лицето
- Палмарен еритем
- Гинекомастија и атрофија на тестиси
- Прошрени вени на абдоминалниот ѕид
- Асцитес
- Жолтица

ЛАБОРАТОРИСКИ ИСПИТУВАЊА

- Базични испитувања при сомневања за црнодробна цироза: крвна слика, ALT, AP, GGT, SE, билирубин, протромбинско време, албумини, глобулини, Na, K, креатинин.
- Испитувања за утврдување на етиологијата: HBsAg, анти HCV²³, ASMA²⁴, AMA²⁵, ANA²⁶, серумско Fe, трансферин, феритин, алфа 1 антитрипсин, церулоплазмин, серумски IgG, IgA, IgM.
- Индикатори за лоша прогноза:
 - серумски билирубин над 300 μ mol/L;
 - албумини под 20g/L;
 - продолжено протромбинско време (за двапати).

УЛТРАЗВУЧЕН ПРЕГЛЕД НА АБДОМЕН

- Стеатоза на црниот дроб (не е специфична за цироза).
- Знаци за портална хипертензија (спленомегалија, дилатирани вени на порталниот систем, асцитес).

БИОПСИЈА НА ЦРН ДРОБ

- Единствен сигурен метод во дијагноза на црнодробна цироза (фиброзни септи и регенераторни нодули).
- Резултатот може да е лажно негативен.
- Биопсијата може да се направи кога имаме добар коагулационен статус - тромбоцити над 60, со протромбинско време во граници на нормала.
- Најдобро е да се биопсира под ултразвучна контрола.

ТЕРАПИЈА

- Апстиненција од алкохол ја подобрува прогнозата, корекција на малнутриција.
- Не постојат антифибротични лекови со докажан терапевтски ефект.

Портална хипертензија

- Доколку пациентот има варикозно крвавење:

23 HCV - хепатитис Ц вирус

24 ASMA - антигела против мазна мускулатура

25 AMA - антимитохондријални антигела

26 ANA - антинуклеарни антигела

- Лигатурен третман (**ннд-А**) или склеротерапија.
- Намалување на порталната хипертензија со неселективни бета-адренергични блокатори - пропранолол (**ннд-А**) (титрирање преку намалување на пулсот за 25%) и со исосорбит 5 - мононитрат Б (метаанализа (**ннд-В**)).
- Хируршки шантови (**ннд-В**) или ТИПС (трансјугуларен интрахепатичен порто-системски шант)²⁷, доколку медикаментозниот третман е неуспешен.
- Кај некрвавечки варикозитети на езофагусот, крвавењето може да се превенира со терапија со пропранолол (**ннд-А**) и изосорбид-5-мононитрат.

Асцитес

- Рестрикција на внесување сол (1-3 g на ден).
- Намалено внесување вода, доколку пациентот има хипонатриемија (под 120mEq/L).
- Спиринолактон 50-600 mg на ден.
- Ако е потребно, спиринолактон да се комбинира со диуретици кои дејствуваат на ниво на Хенлеова петелка (фуросемид 20-80 mg на ден или буметадин 1-2 mg на ден).
- Да се избегне наглиот пад на телесната тежина поради диуреза (не повеќе од 0.5 кг на ден).
- Доколку асцитот е резистентен на медикаментозна терапија, потребни се парацетези (4-6 L), најдобро заедно со и.в. аплицирање албумини (6-8 g) за секој литар асцитес.
- Доколку асцитот не реагира на терапија, потребно е да се размислува за ТИПС или за хируршки шант (**ннд-А**).

Хепатална енцефалопатија

- Рестрикција на орално протеинско внесување на 40 g/ден, но кога симптоматологијата ќе се подобри, потребно е да се врати на нормално протеинско внесување.
- Лактулоза 15-30 ml 2-3 пати на ден (пациентот да има 2-3 меки до течни столица). Може да се користи и профилатички.
- Црнодробна трансплантација во завршната фаза на болеста²⁸
 - Црнодробна трансплантација кај алкохолна цироза е ретко индицирана, мора да има доказ дека пациентот не консумира алкохол (апстиненција).

ПОВРЗАНИ ДОКАЗИ

- Елективната склеротерапија на езофагеални варикозитети е поефикасна во профилакса на крвавењето од медикаментозниот третман, но има повеќе несакани ефекти (**ннд-А**).
- Склеротерапијата е поефикасна од плацебо во намалување на морталитетот (**ннд-А**).
- Антибиотска профилакса во времетраење од 7 дена ја намалува појавата на инфекции (**ннд-Д**).
- Нема доволно докази за ефикасноста на гликокортикоидите во терапија на алкохол-лен хепатитис (**ннд-С**).
- Црнодробната трансплантација со адјувантна хемотерапија е ефикасна кај пациенти со напредната црнодробна цироза и кај пациенти со црнодробна неоплазма

²⁷ Недостапно во Р. Македонија

²⁸ Недостапно во Р. Македонија

со мали димензии. Кај малигнизирана црнодробна цирроза, која не е хируршки ресектибилна, хемемболизацијата и алкохолната склеротерапија (УСПЕИТ) може да го продолжат животниот век (**ннд-С**).

- Анаболните андрогени стероиди, најверојатно, не се ефикасни во терапијата на алкохолна црнодробна болест (**ннд-В**).
- Односот помеѓу бројот на тромбоцити и дијаметарот на слезината веројатно ја предвидува појавата на езофагеалните варикозитети. Нивниот однос кога е >909 е знак дека, најверојатно, има варикозитети на езофагусот (**ннд-В**).
- Допаминергичните агонисти веројатно не се ефикасни кај пациентите со акутна и хронична црнодробна енцефалопатија, или кај фулминантна хепатална инсуфициенција (**ннд-С**).

РЕФЕРЕНЦИ

1. Poynard T, Cales P, Pasta L, et al. Beta-adrenergic-antagonist drugs in the prevention of gastrointestinal bleeding in patients with cirrhosis and esophageal varices. An analysis of data and prognostic factors in 589 patients from four randomized clinical trials. *New England Journal of Medicine* 1991;324:1532-1538
2. Angelico M, Carli L, Piat C, Gentile S, Rinaldi V, Bologna E, Capocaccia L. Isosorbide-5-mononitrate versus propranolol in the prevention of first bleeding in cirrhosis. *Gastroenterology* 1993;104:1460-1465
3. Laine L, Cook D. Endoscopic ligation compared with sclerotherapy for treatment of esophageal variceal bleeding: a meta-analysis. *Ann Int Med* 1995;123:280-287
4. Heresbach D, Jacquelinet C, Nouel O, Chaperon J, Bretagne JF, Gosselin M. Sclerotherapie versus ligation au cours de l'hemorragie par rupture de varices oesophagiennes: meta-analyse directe des essais randomises. *Gastroenterologie Clinique et Biologique* 1995;19:914-920
5. The Database of Abstracts of Reviews of Effectiveness (University of York), Database no.: DARE-960289. In: *The Cochrane Library*, Issue 4, 1999. Oxford: Update Software
6. Bernard B, Lebrec D, Mathurin P, Opolon P, Poynard T. Beta-adrenergic antagonists in the prevention of gastrointestinal rebleeding in patients with cirrhosis: a meta-analysis. *Hepatology* 1997;25:63-70
7. The Database of Abstracts of Reviews of Effectiveness (University of York), Database no.: DARE-970162. In: *The Cochrane Library*, Issue 4, 1999. Oxford: Update Software
8. Rössle M, Ochs A, Gulberg V et al. A comparison of paracentesis and transjugular intrahepatic portosystemic shunting in patients with ascites. *N Engl J Med* 2000;342:1701-1707
9. Papatheodoridis GV, Goulis J, Leandro G, Patch D, Burroughs AK. Transjugular intrahepatic portosystemic shunt compared with endoscopic treatment of variceal rebleeding: a meta-analysis. *Hepatology* 1999;30:612-622
10. The Database of Abstracts of Reviews of Effectiveness (University of York), Database no.: DARE-991730. In: *The Cochrane Library*, Issue 1, 2001. Oxford: Update Software
11. Bernard B, Lebrec D, Mathurin P, Opolon P, Poynard T. Propranolol and sclerotherapy in the prevention of gastrointestinal rebleeding in patients with cirrhosis: a meta-analysis. *J Hepatol* 1997;26:312-324
12. The Database of Abstracts of Reviews of Effectiveness (University of York), Database no.: DARE-970301. In: *The Cochrane Library*, Issue 4, 1999. Oxford: Update Software
13. Fardy FM, Laupacis A. A meta-analysis of prophylactic endoscopic sclerotherapy for esophageal varices. *Am J Gastroenterol* 1994;89:1938-1948

14. The Database of Abstracts of Reviews of Effectiveness (University of York), Database no.: DARE-953058. In: The Cochrane Library, Issue 4, 1999. Oxford: Update Software
15. Soares-Weiser K, Brezis M, Tur-Kaspa R, Leibovici L. Antibiotic prophylaxis for cirrhotic patients with gastrointestinal bleeding. The Cochrane Database of Systematic Reviews, Cochrane Library number: CD002907. In: The Cochrane Library, Issue 2, 2002. Oxford: Update Software.
16. Bernard B, Grange JD, Khac EN, Arniot X, Opolon P, Poynard T. Antibiotic prophylaxis for the prevention of bacterial infections in cirrhotic patients with gastrointestinal bleeding: a meta-analysis. *Hepatology* 1999;29:1655-1661
17. The Database of Abstracts of Reviews of Effectiveness (University of York), Database no.: DARE-991157. In: The Cochrane Library, Issue 1, 2001. Oxford: Update Software
18. Christensen E, Gluud C. Glucocorticoids are ineffective in alcoholic hepatitis: a meta-analysis adjusting for confounding variables. *Gut* 1995;37:113-118
19. The Database of Abstracts of Reviews of Effectiveness (University of York), Database no.: DARE-951852. In: The Cochrane Library, Issue 4, 1999. Oxford: Update Software
20. Mor E, Kaspa RT, Sheiner P, Schwartz M. Treatment of hepatocellular carcinoma associated with cirrhosis in the era of liver transplantation. *Annals of Internal Medicine* 1998;129:643-653
21. The Database of Abstracts of Reviews of Effectiveness (University of York), Database no.: DARE-989102. In: The Cochrane Library, Issue 3, 2000. Oxford: Update Software

1. EBM Guidelines, 25.8.2004, www.ebm-guidelines.com
2. Упатството треба да се ажурира еднаш на 3 години
3. Предвидено следно ажурирање до август 2007 год.

ХОЛЕЛИТИЈАЗА

- Основни правила
- Ризик-фактори
- Клиничка слика
- Дијагноза
- Компликации
- Индикации и итност на третманот
- Постоен третман и терапевтски методи на избор
- Постхолецистичен синдром
- Референци

ОСНОВНИ ПРАВИЛА

- Идентификувај го пациентот со болка предизвикана од калкулоза во жолчно кесе за кое е потребна хируршка интервенција.
- Компликациите се ретки во асимптоматско калкулозно жолчно кесе и хируршка интервенција најчесто не е индицирана.

- Акутниот холециститис и другите компликации, како што се опструктивен иктерус, супуративен холангитис, емпиема, гангрена на жолчно кесе, ентеробилијарна фистула, илеус од калкулоза, се состојби кои бараат ургентно лекување.
- Пред хируршкиот третман, потребно е да се исклучат состојби како што се пептична болест, ГЕРБ²⁹, лактозна интолеранција, целијакија, функционална диспепсија, ИБС³⁰, панкреатитис.

РИЗИК-ФАКТОРИ

- Возраст
- Женски пол
- Наследност
- Дебелина
- Претходни гравидитети
- Дијабетес мелитус
- Болести на илеум (Кронова болест и др.)
- Тотална парентерална исхрана

КЛИНИЧКА СЛИКА

- Две третини од пациентите се асимптоматски
 - Болката најчесто е лоцирана под десниот ребрен лак со ширење кон грбот и рамото. Нападот е често придружен со гадење и повраќање.
- Билијарната болка која трае повеќе од 12 часа проследена со покачена температура со треска или пожелтување е сомнително за холециститис или холангитис.

ДИЈАГНОЗА

- Метода на избор е ултразвучен преглед на stomachот. Детектира холелитијаза со сензитивност од 90%, а холедохолитијаза 25%.
- ERCP е дијагностичка и терапевтска метода за холедохолитијаза.
- Покачени вредности на ALT, AP и билирубин асоцирано со болки е индикативно за холедохолитијаза.

КОМПЛИКАЦИИ

- Акутен холециститис
- Акутен холангитис: покачена температура, треска, болка, пожелтување
- Акутен панкреатитис
- Пожелтување
- Карцином на жолчно кесе
- Илеус од жолчна калкулоза

ИНДИКАЦИИ И ИТНОСТ НА ТРЕТМАНОТ

- Асимптоматска калкулоза во жолчно кесе не е потребно да се лекува, освен во случај на порцеланско жолчно кесе кое е ризик-фактор за калкулоканцер.

29 ГЕРБ - гастроэзофагијална рефлуксна болест

30 ИБС - синдром на иритабилно црево

- Пациенти со повторувачки епизоди на билијарна колика треба да се оперираат во рамките на неколку месеци. Да избегнуваат храна која ја провоцира болката. За болките - аналгетици и спазмолитици.
- Акутен холециститис се лекува хируршки во рамките на 2-7 дена од почетокот на симптомите. Како иницијална терапија се користат инфузии, аналгетици и интравенски антибиотици (на пример, цефуроксим).
- Пациенти со акутен билијарен панкреатит треба ургентно да се хоспитализираат и лекуваат со инфузии и аналгетици. За евалуација на билијарното стебло, потребно е ERCP³¹ или MRCP³². Доколку има холедохолитијаза, потребно е ERCP со сфинктеротомија и отстранување на калкулозата во тек на 48 часа и холецистектомија во тек на еден месец за да превенира понатамошни панкреатити.
- Иктерични пациенти треба да се хоспитализираат во тек на 24 часа.
- Калкулоканцер често е случаен наод при холецистектомија. Понатамошниот третман зависи од напреднатоста на процесот.

ПОСТОЕН ТРЕТМАН И ТЕРАПЕВТСКИ МЕТОДИ НА ИЗБОР

- Компликациите од холециститис треба да се лекуваат во тек на неколку дена од почетокот на симптомите.
- Дури и многу стари пациенти може да се лекуваат со класичните или со поновите лапароскопски или ендоскопски процедури.
- Лапароскопска холецистектомија е метода која сè повеќе се користи во третманот на холелитијаза (**ннд-В**). Предности се пократката хоспитализација и минимална инвазивност.
- Холедохолитијаза се отстранува со ERCP.
- Резидуална калкулоза по холецистектомија може да се отстрани со ERCP.
- Медикаментозната дисолуциона терапија не е рутинска и не ги оправда очекувањата (**ннд-А**).

ПОСТХОЛЕЦИСТЕКТОМИЧЕН СИНДРОМ

- Абдоминалната болка по холецистектомија може да е причинета од резидуална или рекурентна калкулоза во билијарниот тракт, стриктура или спазам.
- Симптомите може да не се од билијарно потекло (желудник, колон). Потребни се ендоскопски други имиџинг-методи и лабораториски испитувања за да се исклучат овие состојби.

РЕФЕРЕНЦИ

1. Shea JA, Healey MJ, Berlin JA, Clarke JR, Malet PF, Staroscik RN, Schwartz JS, Williams SV. Mortality and complications associated with laparoscopic cholecystectomy: a meta-analysis. *Ann Surg* 1996;224:609-620
2. The Database of Abstracts of Reviews of Effectiveness (University of York), Database no.: DARE-961865. In: The Cochrane Library, Issue 4, 1999. Oxford: Update Software
3. May GR, Sutherland LR, Shaffer EA. Efficacy of bile acid therapy for gallstone dissolution: a meta-analysis of randomized trials. *Alimentary Pharmacology and Therapeutics* 1993;7:139-148

31 ERCP - ендоскопска ретроградна холангиопанкреатографија

32 MRCP - магнетна резонанца холангиопанкреатографија

4. Tudyka J, Wechsler JG, Kratzer W, Maier C, Mason R, Kuhn K, Adler G. Gallstone recurrence after successful dissolution therapy. *Digestive Diseases And Sciences* 1996;41:235-41
 5. Johnson CD. ABC of the upper gastrointestinal tract. Upper abdominal pain. Gallbladder. *BMJ* 2001;323:1170-3
 6. Boerma D, Rauws EA, Keulemans YAC, Janssen IMC and others. Wait-and-see policy or laparoscopic cholecystectomy after endoscopic sphincterotomy for bile-duct stones: a randomised trial. *Lancet* 2002;360:761-5
 7. Den Besten L. Asymptomatic gallstones. *Kirjassa: Surgery of the liver and biliary tract*. Ed. LH Blumgart. Churchill Livingstone 1988, pp. 525–529
 8. Gibney EJ. Asymptomatic gallstones. *Br J Surg* 1990;77:368–372
 9. Attili AF, DeSantis A, Capri R, Repice AM, Maselli S. The Gepco Group: Natural history of gallstones: the GREPCO experience. *Hepatology* 1995;21:656–660
1. **EBM Guidelines, 16.4.2004, www.ebm-guidelines.com**
 2. **Упатството треба да се ажурира еднаш на 3 години**
 3. **Предвидено следно ажурирање до април 2007 год.**

ХРОНИЧЕН ХЕПАТИТИС

- ▶ Етиологија и класификација
- ▶ Автоимун хепатитис
- ▶ Клиничка слика
- ▶ Лабораториски наоди
- ▶ Дијагноза
- ▶ Терапија и прогноза
- ▶ Референци

ЕТИОЛОГИЈА И КЛАСИФИКАЦИЈА

- Компликација од акутен хепатитис Б и Ц
- Асоцирани со ИБД³³
 - Улцерозен колитис
 - Кронева болест
- Автоимун
- Непозната етиологија
- Во диференцијална дијагноза треба да се имаат предвид:
 - Вилсонова болест
 - Алфа 1 антитрипсин дефицит
 - Лекови, токсични растенија
-

33 ИБД - инфламаторни цревни заболувања

АВТОИМУН ХЕПАТИТИС

- Најголем број се пациенти од женски пол (70%). Половина од нив заболуваат пред 30-годишна возраст.

КЛИНИЧКА СЛИКА

- Слабост, намален апетит, намалување на телесната тежина, аверзија спрема мрс-на храна
- Пожолтување во 30%
- Хепатоспленомегалија
- Спајдер невуси
- Понекогаш има асоцирани системски ефекти (дијареја, кожни лезии, зглобни симптоми, улцерозен колитис, серозити)

ЛАБОРАТОРИСКИ НАОДИ

- Покачени вредност на ALT (и 10 пати над нормална вредност)
- Покачени вредности на AP и серумски билирубин
- Покачени IgG
- ASMA³⁴ во 40%
- ANA³⁵ кај 50-80 %
- Серологија за вирусни хепатити обично е негативна

ДИЈАГНОЗА

- Лабораториските наоди позитивни и кај млада жена, сугерира автоимун хепатитис.
- Дијагнозата се потврдува со црнодробна биопсија, која не е секогаш дијагностичка. За време на следењето на болеста, потребни се повторни биопсии на 2-3 години доколку има трансaminaзна активност,

ТЕРАПИЈА И ПРОГНОЗА

Терапија на тежок автоимун хепатитис

- Преднисолон 20-60 mg на ден додека трансaminaзната активност е покачена, а потоа преднисолон 5-15 mg на ден + азатиоприн 1 mg/kg дневно во времетраење од 2-3 години, а потоа само азатиоприн 2 mg/kg 4-5 години.
- Процентот на преживување во 5-годишен интервал е 90 % кај лекувани, а кај не-лекувани е 50%.
- Црнодробна трансплантација.

Лесни облици

- Болеста може да се повлече спонтано и прогнозата е добра и без терапија.

34 ASMA - антитела против мазна мускулатура

35 ANA - антинуклеарни антитела

РЕФЕРЕНЦИ

1. Pekka Pikkarainen Article ID: ebm00217 (009.021) © 2005 Duodecim Medical Publications Ltd
1. **EBM Guidelines, 17.6.2004, www.ebm-guidelines.com**
2. Упатството треба да се ажурира еданш на 3 години
3. Предвидено следно ажурирање до јуни 2007 год.

ХРОНИЧНИ ВОСПАЛИТЕЛНИ ЦРЕВНИ ЗАБОЛУВАЊА

- Основни правила
- Епидемиологија
- Симптоми и знаци
- Испитувања
- Диференцијална дијагноза
- Третман
- Причини за консултација со специјалист
- Екстра-интестинални манифестации
- Следење
- Микроскопски колитис
- Поврзани докази
- Референци

ОСНОВНИ ПРАВИЛА

- Идентифицирање хронично воспалително цревно заболување кај пациенти со повторувачка абдоминална болка, загуба на тежина или повторувачки или пролонгирани (крвави) проливи.
- Идентифицирање пациенти со фулминантен колитис за кои е потребна хоспитализација.
- Спроведување долготрајно следење на пациентите со колитис поради ризикот од малигнитет.

ЕПИДЕМИОЛОГИЈА

- Годишната инциденција на улцеративниот колитис е 8 нови случаи на 100.000 жители, а преваленцата е околу 200/100.000.
- Преваленцијата на Кроновата болест е просечно една третина до една половина од преваленцијата на улцеративниот колитис.

СИМПТОМИ И ЗНАЦИ

Види **табела 1**.

- Ако станува збор за Крон колитис, најчест симптом е пролив. Терминалниот илеитис се манифестира со абдоминална болка, зголемена телесна температура, покачена седиментација на еритроцитите и намален серумски албумин.
- Знаци за тежок колитис се: фреквенција на дефекацијата >6/ден, тахикардија, зголемена телесна температура, покачена седиментација на еритроцитите и С-реактивниот протеин и намален серумски албумин.

Табела 1. Диференцијална дијагноза на улцеративниот колитис и Кроновата болест

Симптом	Улцеративен колитис	Кронова болест
Абдоминална болка	+	+++
Пролив	+++	++
Крвав пролив	+++	+
Проктитис	+++	+
Перианална фистула	-	+
Висока седиментација на еритроцитите	+	+++
Болна палпаторна маса	-	++

ИСПИТУВАЊА

- Сигмоидоскопија или колоноскопија се методи на избор. Улцеративниот колитис речиси секогаш се открива, но некои пациенти со Кронова болест имаат нормална дебелоцрвена слузница. Биопсии мора секогаш да се земат дури и ако слузницата изгледа нормална.
 - Во акутната фаза на болеста, диференцијалната дијагноза меѓу инфективен колитис и улцеративен колитис не е можна секогаш, но хистологијата е често сугестивна.
 - Грануломи кои ја утврдуваат дијагнозата на Кронова болест често се наоѓаат во слузница која изгледа нормална.
- Ако сигмоидоскопијата не е достапна во примарната здравствена заштита, биопсија преку ригидна ректоскопија често открива воспаление (и помага во диференцирањето меѓу хроничното воспалително цревно заболување и инфективниот колитис).
- Кај сите пациенти, освен кај оние со лесен колитис ограничен на ректумот (потврдено со сигмоидоскопија), проширеноста на болеста треба да се одреди со колоноскопија или леукоцитна скинтиграфија.
- Ако постои сомнение за Кронова болест, двојно контрастна црвна радиографија или КТ/MR³⁶-ентерографија често е дијагностичка.

ДИФЕРЕНЦИЈАЛНА ДИЈАГНОЗА

- Инфективен колитис (копрокултура, слузничка биопсија)
- Колитис предизвикан од *Clostridium difficile* и други проливи предизвикани од антибиотици (претходен антибиотски третман)
- Ишемичен колитис (кај пациенти над 50-годишна возраст со абдоминална болка проследена со крвав пролив)

36 КТ/MR - компјутеризирана томографија/магнетна резонанца

- Колитис по зрачна терапија (дури и повеќе години по терапијата)
- Периапендикуларен апсцес (често може да се открие со палпација)
- Тумори
- Дивертикулитис (дивертикулите се откриваат со дистална колонографија или КТ ентерографија со растворлив контрастен материјал или ендоскопски, нема слузнички промени, симптомите се ограничени на левиот колон)

ТРЕТМАН

Медикална терапија

- Кај проктитис или дистален колитис, лек на избор е сулфасалазин, месалазин³⁷ или олсалазин³⁸ во 2 или 3 дневни дози (**ннд-А**).
- Супортивната медикална терапија вклучува клизми и супозитории
 - 5-АСА клизма е прв избор (**ннд-В**)
 - Преднизолонска клизма
 - Хидрокортизонска пена
 - Будезонидска клизма
 - Сулфасалазин или месалазин супозитории кај проктитис.
- Системски стероиди можат да се дадат за краток период ако симптомите не се контролираат со претходните терапии (**ннд-В**). Кортикостероидите не го редуцираат значајно ризикот од релапс кај Кроновата болест (**ннд-С**).
- Сулфасалазинот, месалазинот или олсалазинот се употребуваат континуирано долг период за превенција на рекурентност (**ннд-А**). Кај дистален колитис, лековите можат да се прекинати по неколку години ако нема симптоми на болест и ако има ендоскопска и хистолошка ремисија. Азатиопринот, исто така, е ефикасен за одржување на ремисијата (**ннд-А**).
- Лекарот од примарна здравствена заштита може да започне со терапија откако се направени примарните испитувања (ректоскопија или сигмоидоскопија со биопсија). Се препорачуваат колоноскопија или леукоцитна скинтиграфија³⁹ ако се лесно достапни. Овие испитувања можат да дадат негативен резултат по неколку недели од почетокот на ефективната иницијална терапија. Специјалист треба да биде консултиран во врска со планот за третман.
- Лесна повторувачка епизода на колитис може да се лекува од лекар од примарната здравствена заштита
 - Ако симптомите се благи, се почнува со сулфасалазин 3–4 г на ден, месалазин 800–1000 мг 3 или 4 пати дневно, или олсалазин 500 мг 3 или 4 пати дневно (**ннд-А**). Дозата може да се зголемува постепено во тек на една недела.
 - Ако пациентот има умерено изразени симптоми (крвави проливи), треба да се даде преднизолон 30–40 мг дневно во тек на 1–2 недели, потоа постепено намалување на дозата до прекинување во тек на 4–8 недели.
 - Во тешки случаи се користат метронидазол, ципрофлоксацин и имunosупресивни лекови (азатиоприн (**ннд-А**), циклоспорин, ретко метотрексат). Пациентите треба да се лекуваат и следат од специјалист.
 - Престанување со пушењето помага за превенција на рекурентност на Кроновата болест по хируршки третман.

37 Недостапно во Р. Македонија

38 Недостапно во Р. Македонија

39 Недостапно во Р. Македонија

ПРИЧИНИ ЗА КОНСУЛТАЦИЈА СО СПЕЦИЈАЛИСТ

- Симптомите на рекурентна епизода не се подобруваат по 1-2 недели.
- Кортикостероидите не можат да бидат запрени и по 2 месеца (болеста/симптомите не можат да се контролираат без кортикостероиди).
- Бременост, дури и ако пациентката е без симптоми.
- Екстра-интестинални манифестации (црн дроб, кожа, зглобови, 'рбет, очи).

ЕКСТРА-ИНТЕСТИНАЛНИ МАНИФЕСТАЦИИ

- Зглобови: периферен артритис, анкилозен спондилитис
- Кожно-мукозни: еритема нодозум, афтозен стоматит, псодерма гангренозум
- Очи: еписклерит, ирит, увеит
- Црнодробни: мрсен црн дроб, хроничен хепатит, склерозирачки холангит, перихолангит, холангиокарцином
- Други: автоимуна хемолитичка анаемија, венска тромбоза

СЛЕДЕЊЕ

- Активноста на симптоматска болест се следи со колоноскопија зависно од конкретниот случај.
- Поради ризикот за малигнитет, колоноскопија треба да се направи кај пациенти кои имаат улцеративен колитис 8 години, потоа колоноскопијата треба да се повторува на 1-3 години за детекција на дисплазија (**ннд-С**). Хируршки третман е индициран ако се детектира дисплазија од висок степен.
- За да се обезбеди адекватно следење, пациентите треба да се вклучат во локален регистар.
- Ризикот од малигнитет кај Крон колитис е сличен со оној кај улцеративен колитис.
- Прашајте го пациентот за цревни, зглобни, 'рбетни и очни симптоми при контролните консултации.
- Вообичаените лабораториски тестови вклучуваат седиментација на еритроцитите, серумски С-реактивен протеин, крвна слика, ALT, алкална фосфатаза, албумин.
- Реверзибилна олигоспермија е можно несакано дејство на сулфасалазинот.

МИКРОСКОПСКИ КОЛИТИС

- Кај околу 10% од пациентите кои имаат хроничен пролив можат да се најдат воспалителни промени во хистолошките биопсии земени од ендоскопски нормална дебелоцревна слузница.
 - Колагенозен колитис: здебелен слој на колаген под епителот.
 - Лимфоцитен колитис: зголемување на лимфоцитно доминантна клеточна популација во епителниот слој.
 - Промените се обично најпроминентни во почетниот и средните делови на дебелото црево, но се среќаваат и во дисталниот дел на цревото, така што сигмоидоскопијата е доволна за дијагноза.
- Етиологијата на микроскопскиот колитис е непозната.
- Пациентите обично се на возраст над 50 години, почесто жени.
- Симптомите вклучуваат постојани или рекурентни водени проливи со абдоминална болка, флатуленција и абдоминална дистензија.
- Пациентите често (кај колагенозен колитис до 40%) имаат некоја воспалителна или

автоимуна болест (ревматоиден артритис или друга болест на сврзливото ткиво, заболување на штитната жлезда, целијачна болест или дијабетес).

- Треба секогаш да се исклучи целијачна болест преку одредување антитела (антиглијадински и антиендомизијални)⁴⁰, по потреба гастроскопија.
- Прогнозата е добра: болеста може да биде асимптоматска со години или да се повлече спонтано. Не е забележана асоцијација со зголемен ризик од малигнитет и контролни колоноскопии не се потребни.
- Медикалната терапија е симптоматска и често нема потреба од долготрајна терапија за одржување.
 - Лоперамид ако е потребно.
 - Сулфасалазин и 5-АСА ги подобруваат симптомите кај некои пациенти.
 - Будезонид⁴¹ капсули (**ннд-В**) помагаат, но симптомите често се повторуваат.
 - Преднизолон во големи дози треба да се даде само краткотрајно за силно изразени симптоми.

ПОВРЗАНИ ДОКАЗИ

- Ентералната диета без истовремени стероиди е недвосмислено инфериорна во однос на стероиди во третманот на Кроновата болест (**ннд-А**).
- Според единечни мали студии, метронидазолот е ефикасен во третманот на паучитис и оралната пробиотичка терапија со VSL-3⁴² е ефикасна во одржувањето на ремисијата кај пациенти со хроничен паучитис (**ннд-С**).
- Оралниот будезонид не е ефикасен во превенција на релапсот кај Кроновата болест (**ннд-В**).
- Будезонидот, се чини, е ефикасен кај колагениот колитис. Постојат некои докази за ефикасноста на бизмут субсалицилат (**ннд-В**).
- Високи дози метотрексат интрамускулно можат да бидат ефикасни за индукција на ремисија кај рефракторна Кронова болест (**ннд-С**).
- Инфликсимаб¹⁴³ може да има позитивен краткотраен ефект кај хронична активна Кронова болест резистентна на конвенционален третман (**ннд-С**).
- Никотин трансдермално, се чини, е супериорен во однос на плацебо за индукција на ремисија кај пациенти со улцеративен колитис, но нема докази за каква било значајна предност во споредба со стандардната медикална терапија (**ннд-В**).

РЕФЕРЕНЦИ

1. Sutherland L, Roth D, Beck P, May G, Makiyama K. Systematic Review of the Use of Oral 5-Aminosalicylic Acid in the Induction of Remission in Ulcerative Colitis. The Cochrane Database of Systematic Reviews, Cochrane Library number: CD000543. In: The Cochrane Library, Issue 2. 2000rd: Update Software; 1998. Updated quarterly
2. Messori A, 2002nola C, Trallori G, Rampazzo R, Bardazzi G, Belloli C, d'Albasio G, De Simone G, Martini N. Effectiveness of 5-aminosalicylic acid for maintaining remission in patients with Crohn's disease: a meta-analysis. Am J Gastroenterol 1994;89:692-698
3. The Database of Abstracts of Reviews of Effectiveness (University of York), Database no.: DARE-953513. In: The Cochrane Library, Issue 4, 1999. Oxford: Update Software

40 Недостапно во Р. Македонија

41 Ограничено достапно во Р. Македонија

42 Ограничено достапно во Р. Македонија

43 Ограничено достапно во Р. Македонија

4. Marshall JK, Irvine EJ. Rectal corticosteroids versus alternative treatments in ulcerative colitis: a meta-analysis. *Gut* 1997;40:775-781
5. The Database of Abstracts of Reviews of Effectiveness (University of York), Database no.: DARE-970863. In: The Cochrane Library, Issue 4, 1999. Oxford: Update Software
6. Kornbluth A, Marion JF, Salomon P, Janowitz HD. How effective is current medical therapy for severe ulcerative and Crohn colitis: an analytic review of selected trials. *J Clin Gastroenterol* 1995;20:280-284
7. The Database of Abstracts of Reviews of Effectiveness (University of York), Database no.: DARE-951799. In: The Cochrane Library, Issue 4, 1999. Oxford: Update Software
8. Steinhart AH, Ewe K, Griffiths AM, Modigliani R, Thomsen OO. Corticosteroids for maintaining remission of Crohn's disease. The Cochrane Database of Systematic Reviews, Cochrane Library number: CD000301. In: The Cochrane Library, Issue 2, 2002. Oxford: Update Software. Updated frequently.
9. Pearson DC, May GR, Fick G, Sutherland LR. Azathioprine for maintaining remission of Crohn's disease. The Cochrane Database of Systematic Reviews, Cochrane Library number: CD000067. In: The Cochrane Library, Issue 2, 2002. Oxford: Update Software. Updated frequently.
10. Sandborn W, Sutherland L, Pearson D, May GR, Modigliani R, Prantera C. Azathioprine or 6-mercaptopurine for inducing remission of Crohn's disease. The Cochrane Database of Systematic Reviews, Cochrane Library number: CD000545. In: The Cochrane Library, Issue 2, 2002. Oxford: Update Software. Updated frequently.
11. Griffiths AM, Sherman PM. Colonoscopic surveillance for cancer in ulcerative colitis: a critical review. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 1997;24:202-210
12. The Database of Abstracts of Reviews of Effectiveness (University of York), Database no.: DARE-978168. In: The Cochrane Library, Issue 1, 2000. Oxford: Update Software
13. Messori A, Trallori G, D'Albasio G, Milla M, Vannozzi G, Pacini F. Defined-formula diets versus steroids in the treatment of Crohn's disease. *Scand J Gastroenterol* 1996;31:267-272
14. The Database of Abstracts of Reviews of Effectiveness (University of York), Database no.: DARE-960636. In: The Cochrane Library, Issue 4, 1999. Oxford: Update Software
15. Sandborn WJ, McLeod R, Jewell DP. Medical therapy for induction and maintenance of remission in pouchitis. *Inflammatory Bowel Diseases* 1999;5:33-39
16. The Database of Abstracts of Reviews of Effectiveness (University of York), Database no.: DARE-990408. In: The Cochrane Library, Issue 4, 2000. Oxford: Update Software
17. Simms L, Steinhart AH. Budesonide for maintenance of remission in Crohn's disease. The Cochrane Database of Systematic Reviews, Cochrane Library number: CD002913. In: The Cochrane Library, Issue 2, 2002. Oxford: Update Software. Updated frequently
18. Pekka Pikkarainen Article ID: ebm00194 (008.080) © 2005 Duodecim Medical Publications Ltd

1. **EBM Guidelines, 25.8.2004, www.ebm-guidelines.com**
2. **Упатството треба да се ажурира еднаш на 2 години**
3. **Предвидено следно ажурирање до август 2006 год.**

СТОМАЧНА БОЛКА И ДИСТЕНЗИЈА - ИРИТАБИЛНО ЦРЕВО

- › Основни правила
- › Епидемиологија
- › Етиологија
- › Клиничка слика на ИБС
- › Преглед на болен
- › Терапија
- › Следење на болниот
- › Постојни податоци
- › Референци

ОСНОВНИ ПРАВИЛА

- Да се исклучи лактозна интолеранција
- Да се исклучи целијакија
- Да се исклучат: тумори, хронични инфламаторни заболувања, псевдоопструкции, дивертикулуми, синдром на бактериска пролиферација
- Состојбата се класифицира во функционална (иритабилно црево, аерофагија) по исклучување на сите гореспоменати состојби

ЕПИДЕМИОЛОГИЈА

- Абдоминална дистензија се случува во 20-40 % од популацијата
- Пациентите обично ги контактираат докторите по подолго времетраење на симптомите

ЕТИОЛОГИЈА

- Гасови во цревето, контракции или зголемување на притисокот во одреден дел на гастроинтестиналниот тракт
- Намален праг на болка при дистензија на цревето, или имаат намален праг на реагирање на стресни состојби

Дистензија на желудникот

- Аерофагија
 - Може да е асоцирана со брзо јадење
 - Често користење гуми за цвакање
 - Психогена аерофагија
 - При физичка активност, спорт
- Антродуоденални нарушувања на мотилитет
 - Бавно празнење желудник, гастрозофагеален рефлукс

- Симптоми на брзо полнење стомак
- Доколку пациентот повраќа, има болки во стомакот, потребна е гастродуоденоскопија (да се исклучи пилорна стеноза)

Дистензија на тенко црево

- Лактозна интолеранција
- Нетолерирање одредена храна
- Дивертикулоза
 - Најчесто во дуоденум

Дистензија на дебело црево

- Нутритивни фактори
 - Грав, грашок, зелка, банани
 - Нересорбливи шеќери (фруктоза, сорбитол) или протеини
- Нарушување на мотилитет со зголемено формирање гас
 - Зголемено количество ферментирана содржина која ја забрзува цревната пасажа
- Прагот на болка при дистензија е помал
- Психички нарушување кои може да се асоцирани со:
 - панично нарушување;
 - депресија;
 - анксиозност;
 - соматизација.

КЛИНИЧКА СЛИКА НА ИРИТАБИЛЕН ЦРЕВЕН СИНДРОМ (ИБС)

- Дифузна стомачна болка, некогаш со грчеви
- Лева епигастрична болка (синдром на лиенална флексура)
- Десна епигастрична болка (синдром на хепатална флексура)
- Варијабилна конзистенција на фецес
- Абдоминална дистензија и болка, која се смирува по дефекација
- Долга историја на слични симптоми
- Чести јавувања во болници

ПРЕГЛЕД НА БОЛНИОТ

- Добра анамнеза е клучна во дијагнозата
 - Типични симптоми на ИБС (види горе)
- Палпација на абдомен и ректален преглед
- Крвна слика, AST, AP
- Лактозен тест
- Тест за окултно крвање во фецес
- Трансглутаминаза или ендомизијални антитела за целијакија
- Ултразвучен преглед на стомак (калкулозна холециста)
 - Болка под десен ребрен лак
- Гастроскопија за детекција на пептичка улкусна болест, тумори
- Колоноскопија (полипи, тумори, дивертикулоза, спастичен колон)
- Тенкоцревна пасажа (дивертикулуми, тумори)
- Психогени фактори секогаш треба да се земат предвид

ТЕРАПИЈА

- Основно е да се воспостави добар однос доктор - пациент. Детално објаснување на состојбата (патофизиологијата на симптомите).
- Често кај пациентот е присутна канцераофобија. Комплетно испитување е најдобар начин да се елиминира тој страв. Доколку со испитувањата се докаже дека нема органско заболување, на пациентот треба да му се каже дека ситуацијата е јасна. Не е пожелно да му соопштите дека ништо не е најдено при испитувањата.
- На пациентот треба да му се објасни дека неговиот организам реагира специфично на дадена храна или на животна ситуација и дека овие симптоми можеби ќе се појават повторно.
- Некои пациенти со вакви симптоми имаат депресија. Лекувањето на депресијата може да ја подобри состојбата (**ннд-А**).

Диетална терапија

- Нема стандардна диета, но пациентот треба да избегнува храна која е причина за симптомите.
- Тешко апсорбливите јагленихидрати, како што се фруктоза, сорбитол, се можна причина за дијареја.
- Некогаш скробот и други полисахариди не се ресорбираат комплетно во колонот и предизвикуваат дијареја.

Медикаментозна терапија

- Во контролирани студии ниту еден лек не се покажа ефикасен (новите групи лекови - допамински агонисти и антагонист - тегасерод, алосетрон - имаат позитивни резултати кај женска популација⁴⁴).
- Доколку пациентот има опстипација: диета богата со целулозни влакна. Пченица 30г/ден со доволно вода или бабречки лаксативи.
- Антихолинергични лекови и лоперамид (**ннд-В**) може да се ефикасни во третманот на дијареалниот облик.
- За ноќни болки и грчеви, корисен ефект некогаш имаат амитриптилин комбиниран со хлордиазепоксид.

СЛЕДЕЊЕ НА БОЛНИОТ

- Одржување на релацијата доктор - пациент е клуч на успехот.
- Годишни прегледи може да се корисни.
- Избегнување храна и состојби и случки кои се причина за повторно јавување на симптомите.

ПОВРЗАНИ ДОКАЗИ

- Постојат некои докази за ефикасноста на хипнотерапија во контрола на симптомите (**ннд-С**).
- Нема доволно докази за ефикасноста на психолошкиот третман во терапијата на ИБС (**ннд-Д**).
- Тегасерод ги подобрува симптомите на ИБС, барем кај женската популација, меѓутоа клиничкото значење сè уште не е јасно.

44 Недостапно во Р. Македонија

РЕФЕРЕНЦИ

1. Jackson JL, O'Malley PG, Tomkins G, Balden E, Santoro J, Kroenke K. Treatment of functional gastrointestinal disorders with antidepressant medications: a meta-analysis. *American Journal of Medicine* 2000;108:65-72
 2. The Database of Abstracts of Reviews of Effectiveness (University of York), Database no.: DARE-20000291. In: *The Cochrane Library*, Issue 3, 2001. Oxford: Update Software
 3. Jallwala J, Imperiale TF, Kroenke K. Pharmacological treatment of the irritable bowel syndrome: a systematic review of randomized controlled trials. *Annals of Internal Medicine* 2000;133:136-147
 4. The Database of Abstracts of Reviews of Effectiveness (University of York), Database no.: DARE-20008660. In: *The Cochrane Library*, Issue 3, 2001. Oxford: Update Software
 5. Vickers AJ. Hypnotherapy for irritable bowel syndrome: a report commissioned by North East Thames Regional Health Authority. London: Research Council for Complementary Medicine, 1994
 6. The Database of Abstracts of Reviews of Effectiveness (University of York), Database no.: DARE-920000. In: *The Cochrane Library*, Issue 4, 1999. Oxford: Update Software
 7. Talley NJ, Owen BK, Boyce P, Paterson K. Psychological treatments for irritable bowel syndrome: a critique of controlled trials. *Am J Gastroenterol* 1996;91:277-286
 8. The Database of Abstracts of Reviews of Effectiveness (University of York), Database no.: DARE-960498. In: *The Cochrane Library*, Issue 4, 1999. Oxford: Update Software
 9. Simo Tarpila Article ID: ebm00184 (008.008) © 2005 Duodecim Medical Publications Ltd
1. **EBM Guidelines, 23.2.2005, www.ebm-guidelines.com**
 2. **Упатството треба да се ажурира еднаш на 2 години**
 3. **Предвидено следно ажурирање до февруари 2007 год.**

ОПСТИПАЦИЈА КАЈ ВОЗРАСНИ

- ▶ Основни правила
- ▶ Дефиниција
- ▶ Епидемиологија
- ▶ Етиологија
- ▶ Клиничка слика
- ▶ Испитувања
- ▶ Третман
- ▶ Референци
- ▶ Алгоритми 3-6

ОСНОВНИ ПРАВИЛА

- Потребно е да се исклучи цревна оклузија (комплетна, нерешлива опстипација, болка, повраќање, видлива перисталтика, надуен абдомен).
- Пациенти со суспектна органска болест треба да се упатат на натамошни испиту-

вања (болка, крв во изметот, промени во вообичаеното цревно празнење, системски симптоми, хронична опстипација кај млад пациент).

- Идентифицирање пролив од претекување како симптом на опстипација.
- Идентифицирање лекови како причина за опстипација.
- Започнете профилатичка медикација за опстипација кај пациенти кои примаат опиоиди за болка.
- Дајте писмени упатства.

ДЕФИНИЦИЈА

- Намалена фреквенција и отежната дефекација. Нормално дефекација се случува во интервали од 8 до 72 часа.

ЕПИДЕМИОЛОГИЈА

- Опстипацијата се јавува кај 1-6% од здрави возрасни лица.
- Кај имобилизирани стари лица, опстипација се јавува до 80%.

ЕТИОЛОГИЈА

- Начин на живеење
 - Недостаток на физичка активност
 - Исхрана сиромашна со растителни влакна
 - Недоволно внесување течности
 - Занемарување на нормалното чувство за потреба од дефекација (училиште, војска)
- Лекови
 - Опиоиди
 - Верапамил и, во помал степен, други калциум антагонисти
 - Антихолинергични лекови (неуролептици, антидепресиви, лекови за Паркинсонова болест)
 - Стимулативни лаксативи во долготрајна употреба
 - Сукралфат, антациди
 - Диуретици
 - Препарати на железо
- Органски причини
 - Тумори
 - Анална фисура
 - Цревни стенози
 - Хипотиреоза
 - Некои други ендокрини нарушувања (хипопаратиреоидизам и хиперпаратиреоидизам, Адисонова болест, панхипопитуитаризам)
 - Дијабетичка нефропатија
 - Аганглиоза (Хиршпрунгова болест)
 - Невролошки заболувања (Паркинсонова болест, цереброваскуларна болест, повреда на рбетниот мозок, мултипла склероза)
- Психогени причини
 - Анорексија нервоза
 - Депресија

КЛИНИЧКА СЛИКА

- Најважно е да се дефинира проблемот на пациентот
- Увид во сите лекови што ги користи пациентот

Симптоми сугестивни за хабитуелна опстипација

- Без други промени во вообичаеното цревно празнење и без општи симптоми
- Долготрајна опстипација

Симптоми сугестивни за органска болест

- Стомачна болка која се зголемува
- Болка асоцирана со дефекација
- Промени во вообичаеното цревно празнење
- Крв во изметот
- Општи симптоми (загуба на тежина, слабост)

ИСПИТУВАЊА

- Абдомен: инспекција (лузни), палпација
- Дигитален ректален преглед, проктоскопија: хемороиди, фисури, сфинктерен тонус
- Општ физикален преглед ако е потребен
- Ако симптомите сугерираат органска болест, следниве испитувања можат да бидат од корист:
 - Нативна рендгенска снимка на абдоменот ако постои сомнение за цревна оклузија или паралиичен илеус
 - Сигмоидоскопија или ректоскопија
 - Колонографија
 - Колонографија, ректални биопсии, и аноректална манометрија се индицирани ако постои сомнение за Хиршпрунгова болест (кај млади луѓе со опстипација од детство).

ТРЕТМАН

- Третманот е индициран само ако опстипацијата причинува симптоми.

Краткотрајна опстипација

- Стимулативни лаксативи можат да се употребат краткотрајно.
- Мини-клизма разрешува тешка опстипација.

Хронична опстипација

- Корекција на исхраната, додаток на растителни влакна (**ннд-В**) и течности. Дајте писмени упатства.
 - Растителните влакна се корисни и во текот на бременоста (**ннд-В**).
- Зголемување на физичката активност.
- Редовна дефекација (на пример, секое утро по појадок).
- Да се прекинат стимулативните лаксативи (сена, дантрон, бисакодил)⁴⁵.

45 Ограничено достапно во Р. Македонија

- Да се прекинат лековите или да се намали дозата на лекови кои индуцираат опстипација.
- Лаксативи кои го зголемуваат волуменот на столицата (**ннд-В**)
 - Осмотски лаксативи (**ннд-А**)
 - Лактулоза⁴⁶
 - Магнезиумово млеко⁴⁷
- Може да се користи натриум пикосулфат.
- Мини-клизма разрешува тешка опстипација. Ако е потребно, водна клизма во голем волумен може да се користи, но постои мал ризик за перфорација.

Посебни случаи

- Раствор за прочистување на цревото е ефикасен ако опстипацијата не може да се реши со другите терапии. Ако пациентот не може да испие доволно од растворот, може да се даде преку назогастрична сонда.
- Мала доза сена може да ја зголеми ефикасноста на осмотските лаксативи кај неподвижните пациенти врзани за кревет.
- Неврогена опстипација
 - Опстипација предизвикана од ниска повреда не треба да се третира со осмотски лаксативи, туку со редовна мини-клизма во интервали од 4 до 6 дена, или со евакуација со прст.
 - Опстипација причинета од висока повреда може да се третира со вежбање на функцијата на цревото, евакуација со прст или осмотски лаксативи.

РЕФЕРЕНЦИ

1. Tramonte SM, Brand MB, Mulrow CD, Arnato MG, O'Keefe ME, Ramirez G. Treatment of chronic constipation in adults: a systematic review. *J Gen Int Med* 1997;12:15-24
2. The Database of Abstracts of Reviews of Effectiveness (University of York), Database no.: DARE-970266. In: The Cochrane Library, Issue 4, 1999. Oxford: Update Software
3. Jewell DJ, Young G. Interventions for treating constipation in pregnancy. The Cochrane Database of Systematic Reviews, Cochrane Library number: CD001142. In: The Cochrane Library, Issue 2, 2002. Oxford: Update Software. Updated frequently.
4. Perttu Arkkila Article ID: ebm00182 (008.007) © 2005 Duodecim Medical Publications Ltd

1. **EBM Guidelines, 26.3.2005, www.ebm-guidelines.com**
2. **Упатството треба да се ажурира еднаш годишно**
3. **Предвидено следно ажурирање до март 2006 год.**

46 Ограничено достапно во Р. Македонија

47 Ограничено достапно во Р. Македонија

ПРОЛОНГИРАН ПРОЛИВ КАЈ ВОЗРАСНИ

- ▶ Основни правила
- ▶ Критериуми за пролонгиран пролив
- ▶ Етиологија
- ▶ Процена кај пациент со пролонгиран пролив
- ▶ Дијагностички особености
- ▶ Индикација за консултација со специјалист
- ▶ Референци

ОСНОВНИ ПРАВИЛА

- Идентифицирање инфективен пролив кој може специфично да се третира (*Giardia lamblia*, *Clostridium difficile*).
- Да се направат примарни испитувања за рана дијагноза на најчестите малапсорптивни состојби (целијачна болест, интолеранција на лактоза) и на воспалителните цревни заболувања (IBD: улцеративен колитис, Кронава болест).
- Исклучување малигнитет.
- Најчестото нарушување е функционален пролив (синдром на иритабилно црево, IBS), што е дијагноза по пат на исклучување. Потребно е следење на пациентот, бидејќи кај органските причини за пролив нема секогаш абнормални клинички знаци или лабораториски наоди во почетниот стадиум. Симптомите на микроскопскиот колитис се слични со оние на IBS.
- Идентифицирање пролив од претекување причинет од опстипација кај постари.

КРИТЕРИУМИ ЗА ПРОЛОНГИРАН ПРОЛИВ

- Повеќе од 3 дефекации дневно.
- Проливите се присутни повеќе од 3-4 недели.
- И мали промени во вообичаеното цревно празнење може да сугерира почеток на заболување.

ЕТИОЛОГИЈА

- Лекови
 - Лаксативи, антибиотици, холинергици, антациди кои содржат магнезиум, железо, кинидин, холестирамин.
 - Антибиотиците можат да предизвикаат *Clostridium difficile* колитис кој може да е сериозно заболување кај постари.
 - Габична колонизација причинета од антибиотици е од непознато значење; обично се излекува без лекови.
- Малигнитет
 - Канцер на дебелото црево и други гастроинтестинални малигнитети (особено лимфом).

- Системски заболувања
 - Хипертиреоза, AIDS (СИДА), дијабетичка автономна невропатија, уремија, панкреатична инсуфициенција, малапсорпција од разни причини.
- Воспалителни цревни болести
 - Улцеративен колитис и Кронава болест
- Микроскопски колитис: колагенозен колитис и лимфоцитен колитис.
- Инфекции
 - Бактерии или паразити ретко се причина за пролонгиран пролив. *Clostridium* и *Campylobacter* се најчести причинители, понекогаш ентерохеморагична *E. coli*, *Yersinia*.
 - Пролив асоциран со ламблијаза типично почнува по патување во странство. Негативни фекални тестови не се сигурни и лекувањето со единечна доза може да е најдобрата опција. Третманот на амебијаза треба да трае подолго.
- Исхемичен колитис: пациентите често имаат генерализиран васкулитис.
- Прехранбени чинители
 - Малапсорпција на лактоза е честа. Често е инцидентен наод, не е причина за проливот. Недостатокот на лактаза може да е секундарен на целијачна болест или да се појави во конвалесцентниот период на тежок гастроентеритис.
 - Лоша апсорпција на ксилитол, сорбитол или фруктоза може да предизвика пролив.
 - Целијачна болест причинета од глутенот во пченицата, 'ржта и јачменот.
 - Алергија на храна со почеток во возрастна доба се ретка причина за пролив.
 - Постоењето и значењето на алергијата кон квасец е контроверзна.
- Синдром на иритабилно црево (IBS) може да се постави како дијагноза откако сите други болести ќе се исклучат.

ПРОЦЕНА НА ПАЦИЕНТ СО ПРОЛОНГИРАН ПРОЛИВ

Клиничка слика

- Почеток и траење на проливот
 - Инфективниот колитис почнува акутно со зголемена телесна температура и општи симптоми.
 - Воспалителните цревни заболувања почнуваат незабележително освен ако се активирани со инфекција.
 - Пролонгиран пролив со долги асимптоматски периоди и отсуство на системски симптоми сугерира функционално нарушување.
- Пролив што се јавува по патување во странство бара пошироки микробиолошки испитувања.
- Треба да се имаат предвид лековите што ги зема пациентот и претходни операции на цревата.

Тераписки тест

- Интолеранцијата на лактоза може да заведе и да не е значаен наод и да попречи точна дијагноза. Избегнувањето лактоза треба да ги смири симптомите за две недели. Кај многу пациенти интолеранцијата на лактоза е асоцирана со синдромот на иритабилно црево, што ја прави тешка интерпретацијата на терапискиот тест.

Лабораториски испитувања

- Примарните испитувања вклучуваат крвна слика, седиментација на еритроцитите, С-реактивен протеин, тест за окултно фекално крвавење × 3, копрокултура, токсин или култура за клостридиум и, ако е индицирано, паразити во изметот.
- Тест на елиминација-провокација може да биде алтернатива за тестот на толеранција на лактоза.
- Проблеми со интерпретација на тестот на толеранција на лактоза може да настанат поради индивидуалните разлики на толеранцијата на лактозата кај пациенти со недостаток на лактаза. Во нејасни случаи, генскиот тест⁴⁸ е корисен.
- Понатамошни испитувања, колоноскопија (или сигмоидоскопија дополнета со иригографија).

ДИЈАГНОСТИЧКИ ОСОБЕНОСТИ

Возраст

- Кај млади и средовечни пациенти, прологираниот пролив е често функционален, причинет од малапсорпција, или резултат од алергија на храна која била присутна од детството. Подуеност на стомакот, болки, гасови и слуз во столицата со пролив од различен интензитет се конзистентни со синдромот на иритабилно црево.
- Воспалителните заболувања на цревото, исто така, се карактеристични за младите луѓе. Кај Кроновата болест, седиментацијата на еритроцитите и С-реактивниот протеин често се покачени.
- Кај постари, треба да се имаат предвид системски заболувања и малигнитети.

Окултна или видлива крв во изметот

- Ако се открие крв во изметот, да се имаат предвид улцеративен колитис, Кронова болест, исхемичен колитис и малигнитет. Потребни се дијагностички испитувања без претходни терепевтски тестови. Дивертикули можат да се сметаат за причина за крвавење ако не се најде ни една друга причина.
- Слuz во изметот не е сериозен знак, но слuz помешана со крв или видлива крв е знак. Слuz изолирано може да е присутна кај синдромот на иритабилно црево.

Зголемена телесна температура и покачени параметри за инфекција

- Зголемена телесна температура и покачени С-реактивен протеин седиментација на еритроцитите често се присутни во раните стадиуми на инфективниот пролив и кај Кроновата болест.
- Кај улцеративниот колитис овие наоди се среќаваат само кај најтешките форми.

Мал волумен на изметот и честа дефекација

- Сугестивно за дистален колитис или проктитис.
- Слuz или слuz помешана со крв често е присутна на површината на изметот.
- Примарни испитувања вклучуваат сигмоидоскопија и биопсија.
 - Улцеративниот колитис во ран стадиум може да биде тежок за разликување од инфективниот колитис, но хистологијата е често од помош.

- Биопсија е задолжителна, дури и ако ендоскопскиот наод е нормален; микроскопскиот колитис се детектира само со хистолошко испитување.

Голем волумен на изметот, загуба на тежина и анемија

- Сугестивно за тенкоцревно нарушување или малапсорпција (целијачна болест).
- Измет кој плива во вода најчесто индицира ферментација и заробен воздух, отколку стеатореја.
- Болка околу папокот и во десниот долен квадрант сугерира заболување на проксималните делови на цревата.
- Пролонгиран воден пролив со различен тек, исто така, може да е причинет од колагенозен колитис или лимфоцитен колитис; кај овие состојби нема општи симптоми или загуба на тежина.
- Дополнителни испитувања треба да се направат за откривања интолеранција на лактоза, целијачна болест, улцеративен колитис, Кронова болест и панкреатична инсуфициенција.

Сериозни симптоми и знаци кои бараат дијагностички испитувања и следење без терапевтски тестови

- Повторувано видлива крв во изметот
- Загуба на тежина, зголемена телесна температура или слабост (имајте предвид ХИВ-инфекција!)
- Пролив кој се јавува и ноќе
- Почеток на проливот во напредната возраст
- Акутен почеток или континуирано влошување
- Абнормални резултати на лабораториските тестови (хемоглобин, седиментација на еритроцитите, С-реактивен протеин, тестовите за црnodробна функција, окултно фекално крвавење)
 - Лабораториските резултати се нормални кај функционалните нарушувања, малапсорпцијата на лактоза и кај микроскопскиот колитис.

ИНДИКАЦИИ ЗА КОНСУЛТАЦИЈА СО СПЕЦИЈАЛИСТ

- Сомнение за целијачна болест ако тенкоцревна биопсија (гастроскопија) не е достапна во примарната здравствена заштита.
- Улцеративен колитис и Кронова болест
 - Изразени симптоми и нејасна дијагноза.

РЕФЕРЕНЦИ

1. Donowitz M, Kokke FT, Saidi R. Evaluation of patients with chronic diarrhea. *New Engl J Med* 1995;332(11):725-729
2. Markku Ellonen Article ID: ebm00176 (008.044) © 2005 Duodecim Medical Publications Ltd
1. **EBM Guidelines, 14.2.2004, www.ebm-guidelines.com**
2. **Упатството треба да се ажурира еднаш на 2 години**
3. **Предвидено следно ажурирање до февруари 2006 год.**

МЕЛЕНА

- ▶ Основни правила
- ▶ Дефиниција
- ▶ Епидемиологија
- ▶ Итност на испитувањата и третманот
- ▶ Поврзани докази
- ▶ Референци
- ▶ Алгоритми 7-8

ОСНОВНИ ПРАВИЛА

- Идентификација на причината за крвање во сите случаи најмалку со гастроскопија и, ако е потребно, со колоноскопија или сигмоидоскопија и ириграфија. Исклучоци се следниве:
 - Причината за крвање е евидентна врз основа на претходните испитувања.
 - Општата состојба на терминално болен пациент е толку тешка што не се планира активен третман,

ДЕФИНИЦИЈА

- Црн измет како катран индицира мешање на крвта со цревната содржина. Ако има свежа крв или коагулуми во изметот, види кај ректално крвање (haemorrhagia ex ano).

ЕПИДЕМИОЛОГИЈА

Причини за гастроинтестинално крвање

- Види табела 1.

Табела 1. Причини за гастроинтестинално крвање

Причина	%
Езофагеални вариски	10
Езофагеален расцеп или улцерација	9
Желудочен улкус или ерозии	15
Желудочен канцер	2
Бенигни тумори	1
Дуоденален улкус	18
Подистална причина	15
Непознато	25

ИТНОСТ НА ИСПИТУВАЊАТА И ТРЕТМАНОТ

- Ако пациентот има симптоми кои резултираат од ниска концентрација на хемог-

лобинот или хиповолемија (колапс, несвестица, вртоглавица, егазцербација на срцева слабост), станува збор за профузно крвање и пациентот треба веднаш да се упати во болница. Корекција на хиповолемијата со Рингеров раствор често е потребна за време на транспортот (не кај пациент со срцева слабост).

- Концентрација на хемоглобинот под 80 g/L обично е индикација за трансфузија на еритроцити.
- Ако пациентот е без симптоми и концентрацијата на хемоглобинот е над 100 g/L, може да се упати во болница следното утро по телефонска консултација. Секако, ако во меѓувреме има сомнение или е јасно дека крвањеето продолжува, или се јават симптоми на анемија/хиповолемија, треба да биде договорена неопходна хоспитализација.
- Првото испитување секогаш е гастроскопија. Гастроскопија може да биде достапна во примарна здравствена заштита или во вонболнички центар, меѓутоа оптималното место за ова испитување треба да се определи врз основа на процената за ризик од продолжително крвање. Ако постои веројатност дека крвањеето ќе продолжи, пациентот треба да се упати во болница каде што може да се направи ендоскопски третман или хируршки третман.
- Колоноскопија или сигмоидоскопија со иригографија може да се направи амбулантски.

ПОВРЗАНИ ДОКАЗИ

- Превенција на стрес улкус е неопходна кај критично болни пациенти кои се на механичка вентилација или имат коагулопатија. Хистамин-2-рецептор антагинистите и сукралфатот се ефективни во редуцирањето на видлвото крвање. Сукралфатот може да ја намали инциденцијата на пневмонија и вкупната смртност (**ннд-А**).
- Инхибиторите на протонската пумпа го намалуваат повторното крвање (rebleeding) кај пациенти со крвавечки пептички улкус (**ннд-В**).

РЕФЕРЕНЦИ

1. Cook DJ, Reeve BK, Scholes LC. Histamine-2-receptor antagonists and antacids in the critically ill population: stress ulcer versus nosocomial pneumonia. *Infection Control & Hospital Epidemiology* 1994;15:437-442
2. The Database of Abstracts of Reviews of Effectiveness (University of York), Database no.: DARE-940454. In: The Cochrane Library, Issue 4, 1999. Oxford: Update Software
3. Cook DJ, Reeve BK, Guyatt GH, Heyland DK, Griffith LE, Buckingham L, Tryba M. Stress ulcer prophylaxis in critically ill patients: resolving discordant meta-analyses. *JAMA* 1996;275:308-314
4. The Database of Abstracts of Reviews of Effectiveness (University of York), Database no.: DARE-968048. In: The Cochrane Library, Issue 4, 1999. Oxford: Update Software
5. Peterson WL, Cook DJ. Antisecretory therapy for bleeding peptic ulcer. *JAMA* 1998;280:877-878
6. The Database of Abstracts of Reviews of Effectiveness (University of York), Database no.: DARE-989029. In: The Cochrane Library, Issue 4, 2000. Oxford: Update Softw
7. Editors Article ID: ebm00180 (008.052) © 2005 Duodecim Medical Publications Ltd

1. **EBM Guidelines, 31.10.2004, www.ebm-guidelines.com**
2. **Упатството треба да се ажурира еднаш на 2 години**
3. **Предвидено следно ажурирање до октомври 2006 год.**

ХЕМОРОИДАЛНА БОЛЕСТ

- ▶ Основни правила
- ▶ Симптоми
- ▶ Дијагноза
- ▶ Диференцијална дијагноза
- ▶ Степени на хемороидална болест
- ▶ Терапија
- ▶ Лигатура
- ▶ Странгулирани хемороиди
- ▶ Перианален хематом (тромбозирани хемороиди)
- ▶ Ректален пролапс
- ▶ Референци

ОСНОВНИ ПРАВИЛА

- Хемороиди се зголемени или пролабирани хемороидални крвни садови
- Симптомите на хемороидална болест се многу чести и се смируваат често спонтанно, но имаат тенденција за повторно јавување
- Важно е да се зема детаљна анамнеза и да се биде сигурен дека симптомите се должат на хемороидална болест
- Лекар од општа практика е потребно да ги дијагностицира и третира хемороидите во 90% случаи
- Хируршката интервенција е индицирана само кај пациенти со хемороиди од 4 степен (пролапс кој не се репонира)

СИМПТОМИ

- Ректално крвавење (хематохезија). Прашај го пациентот за типот на крвавење (видливо на тоалетна хартија, капење крв по дефекација). Крв измешана со фецес е крвавење по проксималните патишта.
- Јадеж во аналната зона, отежната лична хигиена, непријатност во аналната регија. Болката е најчесто знак за тромбозирани хемороиди, анална фисиура или перианален хематом.

ДИЈАГНОЗА

- Надворешен анален преглед (фисури, кожни промени, пролапс)
- Ректално туше (детекција на тумор, тонус на сфинктер, фисура)
- Ректоскопија / проктоскопија
 - Без претходна подготовка на цревето
- Сигмоидоскопија/колоноскопија
 - Кај пациенти над 50-годишна возраст за да се исклучат полипи и карцином

ДИФЕРЕНЦИЈАЛНА ДИЈАГНОЗА

- Анална фисура (болна, може да се палпира со ректално туше)
- Перианален апсцес (инцизија)
- Перианална фистула (хируршка интервенција)
- Пролапс на ректална мукоза

СТЕПЕНИ НА ХЕМОРОИДАЛНА БОЛЕСТ

- Градус 1: Конгестирани хемороиди
- Градус 2: Протрузија до аналниот отвор со спонтано враќање во аналниот канал
- Градус 3: Протрузија низ аналниот канал со мануелно репонирање
- Градус 4: Остануваат протрудирани низ аналниот отвор (не се репонираат ниту спонатно ниту мануелно)

ТЕРАПИЈА

- Асимптоматски не се лекуваат
- Лесни симптоми: локален третман
 - Хигиена
 - Локални креми
 - Лекување на опстипацијата (ннд-С)
- Крвавечки хемороиди
 - Лигатура со гумени ластичиња, склеротерапија (ннд-А)
- Пролабирани
 - Хируршко лекување

Табела 1 . Терапевтски стратегии

Степен	Терапија	Алтернативи
Асимптоматски хемороиди	Без терапија	
Симтоматски од I-II степен	Лигатура	Креми, храна богата со растителни влакна
Симтоматски од III степен	Лигатура	Млаки бањи, растителни влакна, хируршка ексцизија
Симптоматски од IV степен	Хируршка ексцизија	
Крвавечки хемороиди или пациент со црнодробна цироза или коагулопатија	Лигатура	Склеротерапија, хируршки третман

ЛИГАТУРА

- Се изведува од страна на општ лекар.
- Се употребува инструмент за лигирање, а не форцепс.
- Како извор на светло се користи светло поствено на челото.
- Делот за сукција на инструментот се внесува преку проктоскоп барем 3 цм во ректумот (околу 1 цм над назабената линија) на хемороидот или на местото проксимално од хемороидот доколку тој е лоциран пониско. Лигатура поблиску до аналниот отвор е болна и треба да се избегнува.
- Откога ќе се позиционира врвот на вистинското место, вклучете ја сукцијата, и на-

правете сукција на мукозниот набор кој го содржи хемороидалното ткиво. Откочете ја лентата за лигирање. Исклучете ја сукцијата и одвојте го катетерот од инструментот. Извадете го внимателно инструментот со проктоскопот.

- Вратетето го инструментот за да го проверите точното позиционирање на гумената лента (се гледа “боровинка” доколку е успешна процедурата).
- Во еден акт можат да се лигираат до три хемороиди.
- Лигираните хемороиди или мукозни набори ќе отпаднат во период од една недела, и преостанати хемороиди под лигатурата ќе атрофираат, бидејќи нивната венска поврзаноост е нарушена.
- Процедурата може да се повтори 3-4 пати во период од еден месец доколку постојат резидуални хемороиди.
- Компликации се ретки, но може да се јави крвавење и инфекција на околното ректално ткиво.

СТРАНГУЛИРАНИ ХЕМОРОИДИ

- Странгулирани хемороиди (акутна хемороидална криза) е состојба за хоспитално лекување.
- Дијагнозата се поставува со надворешен анален преглед.
- Конзервативниот третман е ефикасен, но се потребни неколку дена болничко лекување. Терапија на избор е ургентна хемороидектомија.

ПЕРИАНАЛЕН ХЕМАТОМ (ТРОМБОЗА НА ХЕМОРОИДАЛЕН ЈАЗОЛ)

- Силна болка во аналната регија со формирање темноцрвена топчеста формација.
- Терапија: локална инфилтрација во околната кожа на 1% лидокаин а потоа да се направи инцизија со цел да се отстрани тромбот.

РЕКТАЛЕН ПРОЛАПС

- Ректален пролапс е пролабирање на ректалната мукоза низ аналниот отвор. Состојбата некогаш е проследена со болка, мукусна секреција и крвавење.
- Состојбата е најчеста кај пациенти од 60 до 70-годишна возраст. Најчесто пациентите се со женски пол.
- Тоталниот ректален пролапс кој не се репонира спонтано се лекува хируршки. Пролапсот на ректалната мукоза најчесто се лекува со лигатура.

РЕФЕРЕНЦИ

1. Perez MM, Gomez CA, Leon CT, Pajares J, Mate JJ. Effect of fiber supplements on internal bleeding hemorrhoids. *Hepato-gastroenterology* 1996;43:1504-1507
2. MacRae HM, Macleod RS . 1995. Comparison of hemorrhoidal treatment modalities: a meta-analysis. *Diseases of the Colon & Rectum* 1995;38:687-694
3. Matti V. Kairaluoma and Kari-Matti Hiltunen Article ID: ebm00202 (008.062) © 2005 Duodecim Medical Publications Ltd

1. **EBM Guidelines, 3.3.2004, www.ebm-guidelines.com**
2. **Упатството треба да се ажурира еднаш на 3 години**
3. **Предвидено следно ажурирање до март 2007 год.**

ДИВЕРТИКУЛИТИС И ДИВЕРТИКУЛОЗА

- ▶ Основни правила
- ▶ Клиничка слика
- ▶ Терапија на дивертикулоза
- ▶ Терапија на дивертикулитис
- ▶ Повторувачки дивертикулитис
- ▶ Референци

ОСНОВНИ ПРАВИЛА

- Пред да почнете конзервативен третман на дивертикулитис, бидете сигурни дека пациентот нема цревна оклузија (илеус) или перфорација на цревата, бидејќи овие состојби се лекуваат хируршки.
- Не дијагностицирај ја пролонгираната болка во долен абдомен како дивертикулитис пред да го испиташ пациентот комплетно (доколку пациентот има дивертикулуми, не значи дека не треба да се бара причината за абдоминалните тегоби) (**ннд-С**).

КЛИНИЧКА СЛИКА

Дивертикулитис

- Болка и осетливост на палпација во стомакот, обично во левиот долен квадрант
- Лесно покачена телесна температура (обично е под 38,5°C)
- Покачени вредности на CRP и SE. Ако CRP е над 100mg/L, пациентот треба да се хоспитализира
- Дијагнозата се допрецизира со:
 - СТ-скен во акутната фаза на болеста
 - Дистална иригографија со воднорастворлив контраст
 - Рутинска иригографија или колоноскопија еден месец по акутната фаза на болеста

Дивертикулоза

- Обично асимптоматска
- Симптоми слични на ИБС (иритабилен цревен синдром)
- Крвавење од дивертикулум може да е причина за ректорагија
- Дијагнозата се поставува со иригографија или колоноскопија

ТЕРАПИЈА НА ДИВЕРТИКУЛОЗА

- Лекување на опстипацијата
- Диета богата со целулозни влакна има позитивен ефект во третманот на дивертикулозата без оглед дали е здружена со опстипација (**ннд-С**)

ТЕРАПИЈА НА ДИВЕРТИКУЛИТИС

- Доколку пациентот е фебрилен и има перитонеална надразба, треба да се хоспитализира. Хируршка интервенција е индицирана ако состојбата се комплицира
- Можни компликации од дивертикулитис се периколичен, пелвичен апсцес, перфорација и перитонитис, како и илеус или создавања фистулозен канал (колоно везикални и др.)

Парентерална терапија

- Индицирана е кога има перитонеална надразба и CRP е значително покачен
- Лек на избор се второгенерациски цефалоспорици (на пример, цефуросим 1.5 g на 8 часа) во комбинација со метронидазол 400 mg на 8 часа
- Доколку дивертикулитисот не се подобрува со конзервативна терапија, потребен е СТ-скен (компјутеризирана томографија) или ултразвучен преглед за евентуална детекција на апсцес. Апсцесот се лекува со перкутано дренирање

Орална терапија

- Се користи во лесни случаи
- Цефалоспорици (цефалексин, цефадроксил) 500 mg на 8 часа, доксициклин 150 mg еднаш на ден или метронидазол 400 mg на 8 часа 10 дена

ПОВТОРУВАЧКИ ДИВЕРТИКУЛИТИС

- Млади или средовечни пациенти треба да се лекуваат хируршки (ресекција на зафатениот сегмент денес најчесто се извршува лапароскопски)

РЕФЕРЕНЦИ

1. Schnyder P, Moss AA, Thoeni RF, Margulis ARA. Double-blind study of radiologic accuracy in diverticulitis, diverticulosis, and carcinoma of the sigmoid colon. *Journal of Clinical Gastroenterology* 1979;1:55-66
2. Brodribb AJ. Treatment of symptomatic diverticular disease with a high-fibre diet. *Lancet* 1977;1:664-666
3. Taylor I, Duthie HL. Bran tablets and diverticular disease. *BMJ* 1976;1:988-990
4. Diagnosis and treatment of diverticular disease: The updated E.A.E.S. consensus development conferences (1997) with updating comments (2000) In: Recommendations for evidence-based endoscopic surgery (Eds. E. Neugebauer, S. Sauerland, Coordinator H. Troidl), Springer-Verlag France, Paris 2000, pp. 77-89
5. Ilmo Kellokumpu Article ID: ebm00195 (008.082) ©2005 Duodecim Medical Publications Ltd

1. **EBM Guidelines, 24.2.2005, www.ebm-guidelines.com**
2. **Упатството треба да се ажурира еднаш на 2 години**
3. **Предвидено следно ажурирање до февруари 2007 год.**

СИГМОИДОСКОПИЈА И КОЛОНОСКОПИЈА

- ▶ Принципи
- ▶ Индикации
- ▶ Состојби кај кои сигмоидоскопијата не е прво испитување
- ▶ Подготовки на пациентот за сигмоидоскопија
- ▶ Техники на сигмоидо/колоноскопија
- ▶ Наоди од клиничко значење
- ▶ Референци
- ▶ Алгоритам 9

ПРИНЦИПИ

- Флексибилната ендоскопија треба да ја замени ригидната кога е достапна во ендоскопската единица.
- Сигмоидоскопија треба да е достапна во примарното здравство. Дури и колоноскопија треба да е достапна во примарното здравство.
- Адекватното чистење на цревата е предуслов за успешен преглед.
- Сигмоидоскопијата треба да е надополнета со проктоскопија за да се детектираат промените во аналниот канал.
- Сигмоидоскопија е најчесто доволна во испитување крвава дијареја, пролонгирана дијареја или свежа крв од анус.
- Сигмоидоскопијата мора да се замени со иригографија или колоноскопија, како иницијално испитување во случај на железо-дефициентна анемија, или позитивен тест на окултно крвавење во фецес.
- Доколку се детектира аденоматозен полип со сигмоидоскопија, обврзно е индицирана колоноскопија.

ИНДИКАЦИИ ЗА СИГМОИДОСКОПИЈА

- Анално крвавење
 - Кај пациенти над 50-годишна возраст - сигмоидоскопија (+ иригографија)
 - Проктоскопија е доволна во случај на млади пациенти со анална фисура или хемороидална болест со клиничка слика во прилог на тие состојби
- Железо-дефициентна анемија од непознато потекло
- Окултно крвавење во фецес, кај пациент без епигастрични тегоби
- Хронична дијареја: сомнение за ИБД (инфламаторно цревно заболување) според симптомите на пациентот
 - Ако пациентот има дијареја или крвава дијареја по третман со антибиотици, тогаш е потребно да се направи ректоскопија и без чистење на цревата, или тест за *Clostridium difficile*, или двете. Тие се доволни да се дијагностицира *Clostridium difficile* колитис.
- Дури и кога имаме нормален ендоскопски наод кај пациенти со дијареа пот-

ребно е да се земат биопсии.

- Промена конзистенција на фецесот или бројот на столица кај пациенти над 50-годишна возраст, посебно кај пациенти со стомачни болки
- Дефинирана, нова или појачување на ниска абдоминални болка

СОСТОЈБИ КАЈ КОИ СИГМИДОСКОПИЈА НЕ Е ПРВО ИСПИТУВАЊЕ

- Мелена е најчеста причина е горнодигестивно крвање
- Симптоми кои сугерираат лактозна интолеранција

ПОДГОТОВКИ ЗА СИГМОИДОСКОПИЈА

- Да избегнува овошје и зеленчук со семки (капини, малини, домати, краставици...) една недела пред испитувањето.
- Да не вечера последниот ден пред прегледот, а да пие само обична или минерална вода.
- Утрото пред преглед да се напие течност со полиетиленгликол и да консумира 3-4 литри течност во период од 3-4 часа. По еден час, перисталтиката станува интензивна и пациентот добива дијареја. Кога содржината од цревата е чиста или речиси чиста, тогаш е време за почеток на прегледот.
- Натриум фосфат препаратите (клизми) се добра алтернатива на полиетилен гликолот (**ннд-А**).

ТЕХНИКИ НА СИГМОИДОСКОПИЈА

1. Пациентот лежи на лева страна со лесно флектирани колкови и колена.
2. Ректално туше е првата фаза од прегледот. Доколку нешто се напипа во ректумот, прво треба да се направи проктоскопија. Биопсиите од ректумот се земаат по сигмоидоскопскиот преглед.
3. Врвот на инструментот се подмачкува со лидокаин пред да се внесе во ампула ректи.
4. Луменот на цревата се визуелизира со инсуфлирање на воздух во цревата. Прегледот се продолжува само кога јасно се гледа луменот на цревата. Продолжувањето на прегледот на слепо може да резултира со перфорирање на цревата. Доколку прегледот се направи без прекин до крајната точка, евалуацијата на цревата се прави при вадењето на инструментот. Треба да се notiра дистанцата во сантиметри од анус на секоја промена која ќе ја детектираме.
5. Доколку луменот се изгуби, потребно е да се вратиме со инструментот неколку сантиметри сè додека не го видиме луменот на цревата. Доколку внесувањето на инструментот не е успешно, потребно е да се смени позицијата на пациентот. Промената на положбата може да го исправи цревата.
6. Доколку со инструментот сме стигнале до крајната точка или виткањето на цревата не дозволува понатамошен преглед, потребно е инструментот пополека да го извлекуваме, при што внимателно треба да ја евалуираме мукозата на цревата.
7. Биопсиите треба да се земаат од макроскопски суспектните зони (обично по 2 биопсии од едно место, а може и повеќе ако е аденом). Доколку мукозата изгледа уредна за искусен ендоскопист, ретко хистолошки се добива патолошки наод. Рутинските биопсии не треба да се земаат освен кај пациенти со дијареја. Малите

полипи може тотално да се отстранат со форцепс биопсија. Повеќе биопсии треба да се земат од големи тумори. Доколку е воспалена лигавицата, потребно е да се земат биопсии и од таа зона и од околната лигавица. Запиши ја дистанцата од анус или локацијата од каде што е земена биопсијата на контејнерите за биопсии. Доколку се прави контролен преглед на пациент со ИБД, секогаш земи биопсии и кај нормална лигавица.

НАОДИ ОД КЛИНИЧКО ЗНАЧЕЊЕ

- Полипи (аденоми) се тумори
- Улцерации
- Петехии или контактено крвавење од инструментот
- Недостаток на нормален васкуларен цртеж
- Црево како цевка, без хаустрација
- Телангиектазии (ангиодисплазии)
- Дивертикули
- Хемороиди
- Инфламација на патохистолошки препарат, дисплазија или аденом

РЕФЕРЕНЦИ

1. Hsu CW, Imperiale TF. Meta-analysis and cost comparison of polyethylene glycol lavage versus sodium phosphate for colonoscopy preparation. *Gastroint Endosc* 1998;48:276-282
 2. The Database of Abstracts of Reviews of Effectiveness (University of York), Database no.: DARE-981598. In: *The Cochrane Library*, Issue 2, 2000. Oxford: Update Software
 3. Ilkka Kunnamo Article ID: ebm00189 (008.022) © 2005 Duodecim Medical Publications Ltd
1. **EBM Guidelines, 24.7.2003, www.ebm-guidelines.com**
 2. **Упатството треба да се ажурира еднаш на 3 години**
 3. **Предвидено следно ажурирање до јули 2006 год.**

ПРЕВЕНЦИЈА И СКРИНИНГ НА КОЛОРЕКТАЛЕН КАНЦЕР

- ▶ Детекција и следење на аденомите
- ▶ Превентивни мерки
- ▶ Популационен скрининг
- ▶ Скрининг на членови на фамилии на пациенти со канцер
- ▶ Испитување на асимптоматски пациент
- ▶ Референци
- ▶ Алгоритам 10

ДЕТЕКЦИЈА И СЛЕДЕЊЕ НА АДЕНОМИТЕ

- Скринингот е оправдан врз база на претпоставка дека отстранувањето на аденоматозни полипи кај асимптоматски индивидуи ја редуцира инциденцијата и смртноста од колоректален канцер.
- Преваленцијата на аденомите во неселектирана аутопсиска серија достигнува 30%.

Симптоматски пациенти

- Ако се открие полип, треба да се испита целото дебело црево и да се отстранат сите полипи.
- Ако ириграфијата сугерира полип кој не надминува 5 мм во дијаметар кај пациент над 75-годишна возраст, нема апсолутна индикација за колоноскопија и отстранување на полипот.
- Суспекција за полип кај млад пациент или или полип кој надминува 5 мм во дијаметар секогаш е индикација за колоноскопија.

Асимптоматски лица

- Колоноскопија за скрининг на асимптоматски индивидуи е индицирана само во случаи на јасна фамилијарна подложност за канцер, или ако претходно бил ендоскопски отстранет аденом.
- Контролна колоноскопија по иницијалните испитувања не е индицирана кај лица со единичен мал тубуларен аденом во ректумот кој е отстранет или кај лица над 75-годишна возраст.
- Лицата со историја за еден голем или повеќе аденоми од каков било тип треба да бидат подложени на контролни колоноскопии во интервали од 3 до 5 години.

ПРЕВЕНТИВНИ МЕРКИ

- Иако исхраната се смета за главна причина од околината за колоректален канцер, нема доволно докази да се препорачаат промени во исхраната заради превенција. Од друга страна, исхраната која се сугерира за превенција, со намалена содржина на масти и калории, заедно со зголемена содржина на овошје, зеленчук, диетални влакна, е во согласност со препораките за третман и превенција на други болести.

ПОПУЛАЦИСКИ СКРИНИНГ

- Резултатите од големи студии за скрининг со окултно фекално крвавење покажуваат намалување на смртноста од колоректален канцер (**ннд-А**), но ваков скрининг резултира со голем број колоноскопии направени на скринираната популација. Чинењето и ефикасноста на скринингот е контроверзен. Само околу 50% од поканетите може да се очекува дека ќе го направат скринингот (**ннд-В**).

СКРИНИНГ НА ЧЛЕНОВИ НА ФАМИЛИИ НА ПАЦИЕНТИ СО КАНЦЕР

- Секогаш земете детаљна фамилијарна историја од пациент со колоректален канцер. Ако има случаи на колоректален канцер или други аденокарциноми (на пример, на градата, матката или јајниците) во фамилијата, имајте ја предвид можноста за фамилијарен канцер и скрининг на роднините (**ннд-С**).

ИСПИТУВАЊЕ СИМПТОМАТСКИ ПАЦИЕНТ

- Пациент со колоректален канцер обично се презентира со неспецифични гастроинтестинални проблеми. Бидејќи сензитивноста и специфичноста на окултното фекално крвавење е прилично ниска, негативен резултат не исклучува колоректален канцер кај симптоматски пациент.

ПОВРЗАНИ ДОКАЗИ

- Присуство на неоплазми во дисталниот колон го зголемува ризикот од напредната неоплазија во проксималниот колон; меѓутоа, околу 50% од пациентите со проксимални напредната неоплазми немаат дистални полипи (**ннд-А**).
- Потенцијалната корист на диеталните влакна во превенција на колоректални аденоми и карциноми не е евидентна во рандомизирани контролирани студии со 2-4 години следење (**ннд-С**).
- Консумација на големи количини лук, се чини, е асоцирана со намален ризик од ларингеален, желудечен, колоректален и ендометријален канцер и аденоматозни колоректални полипи, но не постојат докази од контролирани студии (**ннд-Д**).
- Дневно внесување со храната на 1 г калциум може да има умерен протективен ефект врз развојот на колоректалните аденоматозни полипи, но доказите се неодополни да се препорача општа употреба на калциумски додатоци за превенција на колоректален канцер Ц.
- Антиоксидантните додатоци не можат да бидат препорачани за превенција на гастроинтестинален канцер. Потенцијалниот превентивен ефект на селенот треба понатаму да се испитува (**ннд-А**).

РЕФЕРЕНЦИ

1. Towler BP, Irwig L, Glasziou P, Weller D, Kewenter J. Screening for colorectal cancer using the faecal occult blood test, Hemoccult. The Cochrane Database of Systematic Reviews, Cochrane Library number: CD001216. In: The Cochrane Library, Issue 2, 2002. Oxford: Update Software. Updated frequently.
2. Vernon SW. Participation in colorectal cancer screening: a review. J Natl Cancer Inst.

- 1997;89:1406-1422
3. The Database of Abstracts of Reviews of Effectiveness (University of York), Database no.: DARE-971223. In: The Cochrane Library, Issue 4, 1999. Oxford: Update Software
 4. Brewer DA, Fung CL, Chapuis PH, Bokey EL. Should relatives of patients with colorectal cancer be screened? A critical review of the literature. *Diseases of Colon and Rectum* 1994;37:1328-1338
 5. The Database of Abstracts of Reviews of Effectiveness (University of York), Database no.: DARE-954069. In: The Cochrane Library, Issue 1, 2001. Oxford: Update Software
 6. Lieberman DA, Weiss DG, Bond JH, Ahnen DJ, Garewal H, Chejfec G for the Veterans Affairs Cooperative Study Group. Use of colonoscopy to screen asymptomatic adults for colorectal cancer. *N Engl J Med* 2000;343:162-168
 7. Imperiale T, Wagner DR, Lin CY, Larkin GN, Rogge JD, Ransohoff DF. Risk of advanced proximal neoplasms in asymptomatic adults according to the distal colorectal findings. *N Engl J Med* 2000;343:169-174
 8. Asano T, McLeod RS. Dietary fibre for the prevention of colorectal adenomas and carcinomas. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, Cochrane Library number: CD003430. In: The Cochrane Library, Issue 2, 2002. Oxford: Update Software.
 9. Editors Article ID: ebm00198 (008.071) © 2005 Duodecim Medical Publications Ltd
1. **EBM Guidelines, 23.2.2005, www.ebm-guidelines.com**
 2. **Упатството треба да се ажурира еднаш годишно**
 3. **Предвидено следно ажурирање до февруари 2006 год.**

КОЛОРЕКТАЛЕН КАНЦЕР

- ▶ **Класификација и прогноза на колоректалниот канцер**
- ▶ **Ризик од рекурентност**
- ▶ **Зрачна терапија и антинеопластички лекови**
- ▶ **Наследност**
- ▶ **Дополнителни факти**
- ▶ **Референци**
- ▶ **Алгоритам 11**

КЛАСИФИКАЦИЈА И ПРОГНОЗА НА КОЛОРЕКТАЛЕН КАНЦЕР

- Најчесто се користи Dukes-овата класификација. Класификацијата се базира на испитување на целиот хируршки препарат, детекција на метастази во лимфните јазли и дополнителни испитувања.
- Прогнозата и веројатноста од рекурентност може грубо да се одреди врз баз на Dukes-овата класа и степенот на диференцијацијата (лош, среден, добар) на туморот. Молекуларна детекција на микрометастази може да биде дополнителен метод во блиска иднина.

Види **табела 1**.

Табела 1. Dukes-ова класификација и прогноза на колоректален канцер

Класа според Dukes	Проширеност (staging)	Пропорција од сите пациенти	Петгодишна стапка на преживување
А	Ограничен на слузницата	20-25%	> 90%
Б	Зафаќање на мускулниот слој	40-45%	60-70%
Ц	Метастази во лимфните јазли	15-20%	35-45%
Д	Далечни метастази или резидуален тумор	20-30%	0-5%
Сите (најповолни серии)			50-60%

РИЗИК ОД РЕКУРЕНТНОСТ

- Види горе.
- Dukes А-тумор, ако стадиумот е одреден коректно, не рецидивира.
- Добро диференциран Dukes В-тумор ретко рецидивира; лошо диференциран тумор рецидивира почесто.
- Добро диференциран Dukes С-карцином со метастази во најблиските лимфни јазли (Dukes С1) може да биде трајно излекуван.
- Лошо диференциран Dukes С-тумор со метастази блиски до рабовите на ресецираниот мезентериум (Dukes С2) речиси секогаш рецидивира.
- Dukes D-карцином може да биде трајно излекуван само ако солитарна црнодробна метастаза може да се отстрани хируршки. Прогнозата на вакви пациенти е идентична со просечната прогноза на сите пациенти со колоректален канцер.

ЗРАЧНА ТЕРАПИЈА И АНТИНЕОПЛАСТИЧКИ ЛЕКОВИ

- Адјувантните антинеопластички лекови ја подобруваат прогнозата кај Dukes С-тумори (**ннд-А**).
- Зрачната терапија и цитостатските лекови можат да ја намалат големината на солитарните метастази привремено (делумен одговор), но преживувањето на пациентите веројатно не е продолжено, со исклучок на интраартериска (а. хепатика) инфузија на флоксуридин што може малку да го подобри преживувањето (**ннд-А**).
- Според некои студии, стапката на локален рецидив на ректалниот канцер е помала со преоперативна или постоперативна зрачна терапија, но има и спротивни резултати.

НАСЛЕДНОСТ

- 1-5% од пациентите со колоректален канцер припаѓаат на фамилии каде што колоректалниот канцер се наследува доминантно.
- Појава во младата возраст и/или колоректален канцер во фамилијата може да сугерира херeditарен канцер.
- Генетската основа на фамилијарниот колоректален канцер е идентифицирана и роднините на пациентот со канцер можат да бидат тестирани преку примерок на крв.
- За идентифицирање на лица кои носат висок ризик од канцер, фамилијарната историја треба да се побара од сите пациенти со колоректален канцер (т.е. дали родителите, сестрата или браќата имале канцер).

ПОВРЗАНИ ДОКАЗИ

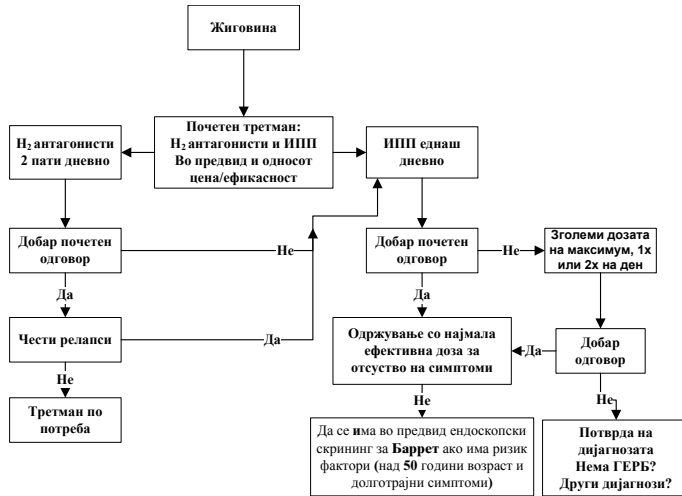
- Инфузија во порталната вена на 5-флуороурацил може да доведе до апсолутно подобрување на 5-годишното преживување за околу 5% кај пациенти со црнодробни метастази од колоректален канцер (**ннд-С**).
- HRT, се чини, има мал протективен ефект врз колонскиот канцер (**ннд-С**).
- Генетското тестирање кај херидитарен неполипозен колоректален канцер може да го намали бројот на контролните колоноскопии и да помогне во следењето на високоризичните пациенти (**ннд-С**).
- Нема несомнени докази дека квалитетот на животот по сфинктер-презервирачка предна ресекција за ректален канцер би бил подобар споредено со абдоминопери-неална ресекција со колостомија (**ннд-Д**).

РЕФЕРЕНЦИ

1. Liefers GJ, Cleton-Jansen AM, van de Velde CJH et al. Micrometastases and survival in stage II colorectal cancer. *N Engl J Med* 1998;339:223-8
2. Dube S, Heyen F, Jenicek M. Adjuvant chemotherapy in colorectal carcinoma: results of a meta-analysis. *Dis Colon Rectum* 1997;40:35-41
3. The Database of Abstracts of Reviews of Effectiveness (University of York), Database no.: DARE-970196. In: The Cochrane Library, Issue 4, 1999. Oxford: Update Software
4. Figueredo A, Germond C, Maroun J, Browman G, Walker-Dilks C, Wong S. Adjuvant therapy for stage II colon cancer after complete resection. *Cancer Prevention and Control* 1997;1:379-392
5. Figueredo A, Fine S, Maroun J, Walker-Dilks C, Wong S. Adjuvant therapy for stage III colon cancer after complete resection. *Cancer Prevention and Control* 1997;1:304-319
6. The Database of Abstracts of Reviews of Effectiveness (University of York), Database no.: DARE-984000. In: The Cochrane Library, Issue 4, 2000. Oxford: Update Software
7. The Database of Abstracts of Reviews of Effectiveness (University of York), Database no.: DARE-984002. In: The Cochrane Library, Issue 4, 2000. Oxford: Update Software
8. Harmantas A, Rotstein LE, Langer B. Regional versus systemic chemotherapy in the treatment of colorectal cancer metastatic to the liver: is there a survival difference? Meta-analysis of published literature. *Cancer* 1996;78:1639-1645
9. The Database of Abstracts of Reviews of Effectiveness (University of York), Database no.: DARE-961716. In: The Cochrane Library, Issue 4, 1999. Oxford: Update Software
10. Gray R, Clarke M, Collins R, Peto R, Piedbois P, Buyse M. Portal vein chemotherapy in colorectal cancer: a meta-analysis of 4000 patients in 10 studies. *J Natl Cancer Inst* 1997;89:497-505
11. The Database of Abstracts of Reviews of Effectiveness (University of York), Database no.: DARE-. In: The Cochrane Library, Issue 4, 1999. Oxford: Update Software
12. Hebert-Croteau N. A meta-analysis of hormone replacement therapy and colon cancer in women. *Cancer Epidemiology, Biomarkers and Prevention* 1998;7:653-659
13. The Database of Abstracts of Reviews of Effectiveness (University of York), Database no.: DARE-981427. In: The Cochrane Library, Issue 4, 2000. Oxford: Update Software
14. Jukka-Pekka Mecklin Article ID: ebm00197 (008.070) © 2005 Duodecim Medical Publications Ltd

1. **EBM Guidelines, 21.9.2004, www.ebm-guidelines.com**
2. **Упатството треба да се ажурира еднаш годишно**
3. **Предвидено следно ажурирање до септември 2005 год.**

АЛГОРИТМИ
ГАСТРОЕНТЕРО-
ХЕПАТОЛОГИЈА



Алгоритам 1. Дијагноза и третман на гастроезофагеална рефлуксна болест.

Кратенки: GERB-гастроезофагеална рефлуксна болест; ИПП-инхибитори на протонска пумпа

Атипични знаци за GERB/ комплицирана GERB

Хронична кашлица
Астма
Рекурентен фаринголарингит
Губиток на забната глеф
Субглотична стеноза
Чувство на глобус
Градна болка
Почеток на симптоми над 50 год. возраст

Промени во животен стил:

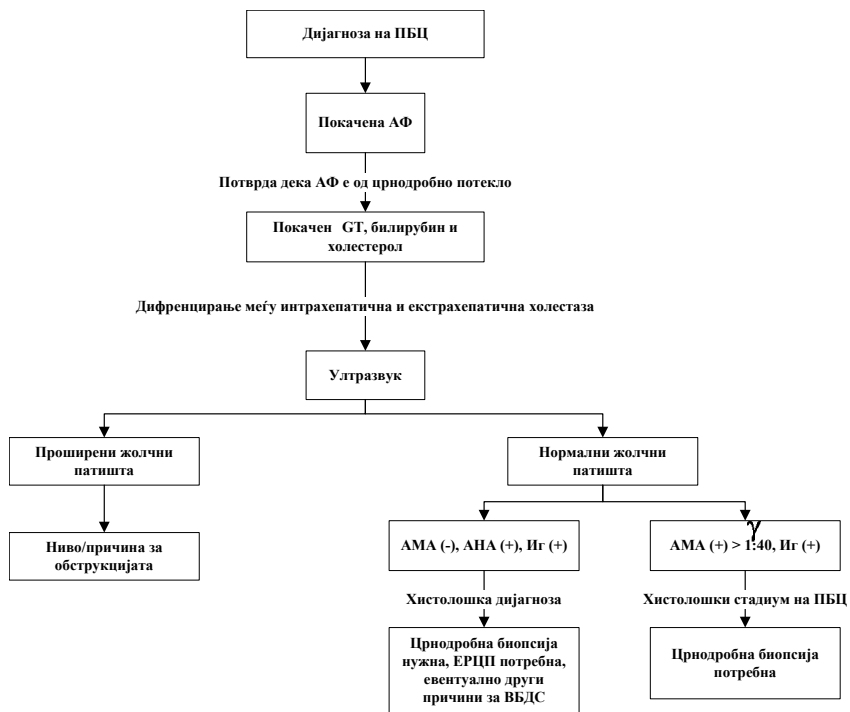
Подигнување на возглавјето
Намалување на внес на масти
Престанок на пушење
Избегнување на легнување 3 часа по оброк
Избегнување на чоколади, алкохол, пеперминт, кафе, лук, кромид, лута храна, цитрони, домати
Избегнување обилни оброци
Намалување на телесна тежина
Избегнување на лекови кои можат да ги потенцираат симптомите

Сериозни симптоми кои сугерираат комплицирана GERB или друга состојба:

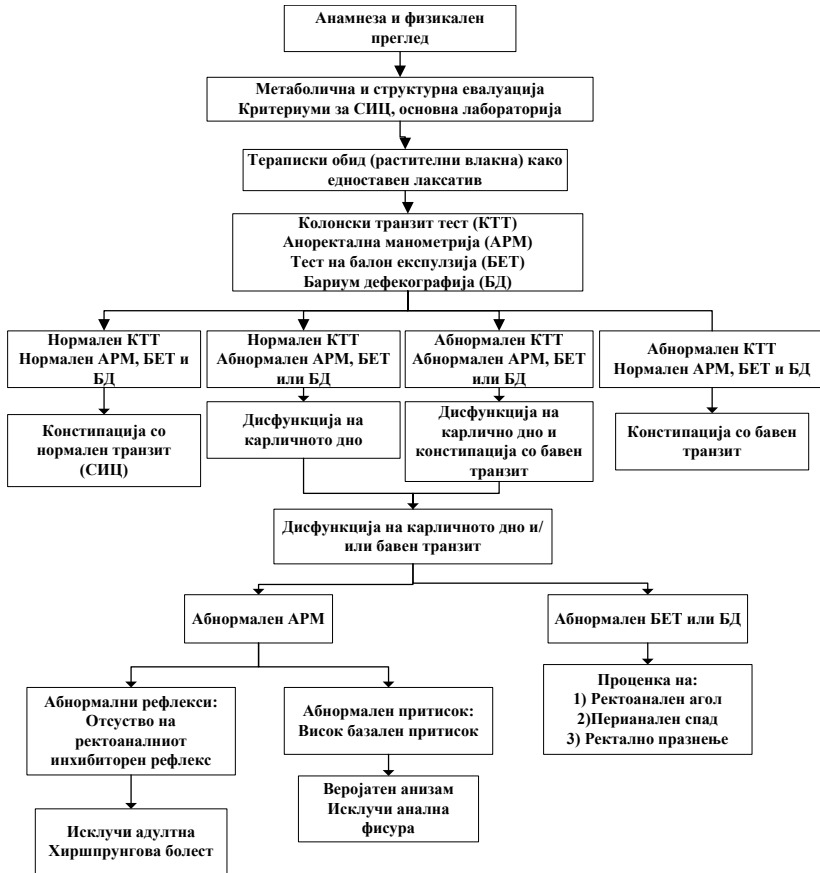
Дисфагија
Одинофагија
Гастринтестинално крварење
Сидеропенична анемија
Загуба на тежина
Брзо заситување
Повраќање

Лекови за GERB (акутна болест и третман на одржување)

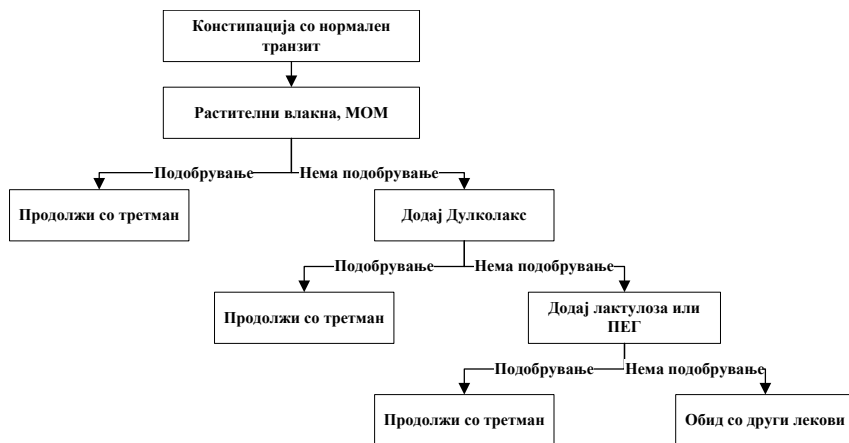
Леќ	Еквивалентна доза	Дозирање
H2 антагонисти		
низатидин	150мг	150/300мг 2x ба ден
фамотидин	20мг	20/40 мг 2x на ден
циметидин	400мг	400/800 мг 2x на ден
ранитидин	150 мг	150/400 мг 2x на ден
ИПП		
пантопразол	40 мг	40-80 мг 1x на ден/ 40 г 2x на ден
ланзопразол	30 мг	30-60 мг 1x на ден/ 30мг 2x на ден
рабепразол	20 мг	20-40 мг 1x на ден/20мг 2x на ден
омепразол	20 мг	20-40 мг 1x на ден/20 мг 2x на ден
езомепразол	40мг	20-40 мг 1x на ден/20 мг 2x на ден



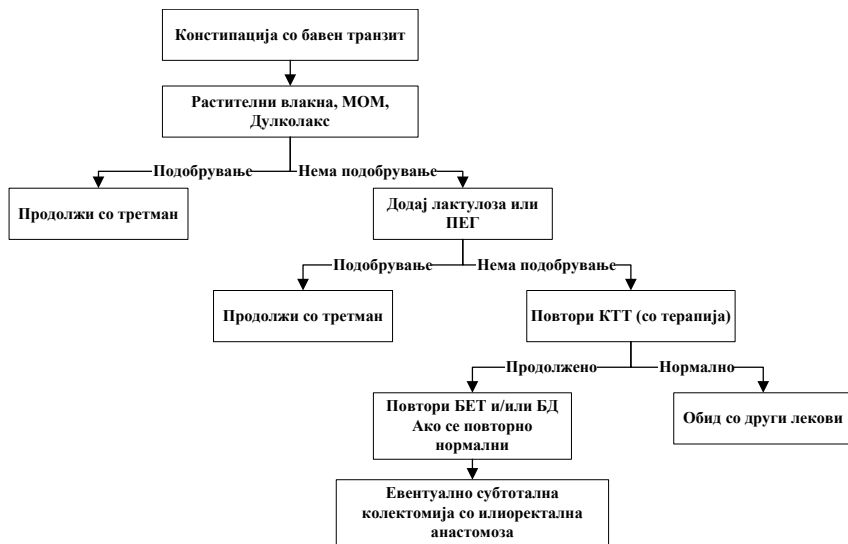
Алгоритам 2. Дијагноза на примарна билијарна цироза.
Кратенки: АФ-алкална фосфатаза, АМА-антимитохондријални нтитела, АНА-антинуклеарни антитела, ЕРЦП-ендоскопска ретроградна холангиопанкреатографија, Иг-имонглобулини, ВБДС-vanishing bile duct syndrome или синдром на исчезнување на жолчни канали

**Алгоритам 3. Дијагностика на рефрактерна констипација.**

Кратенки: СИЦ-синдром на иритабилно црево, КТТ-колонски транзит тест, АРМ-аноректална манометрија, БЕТ-балон експулзија тест, БД-бариум дефекографија

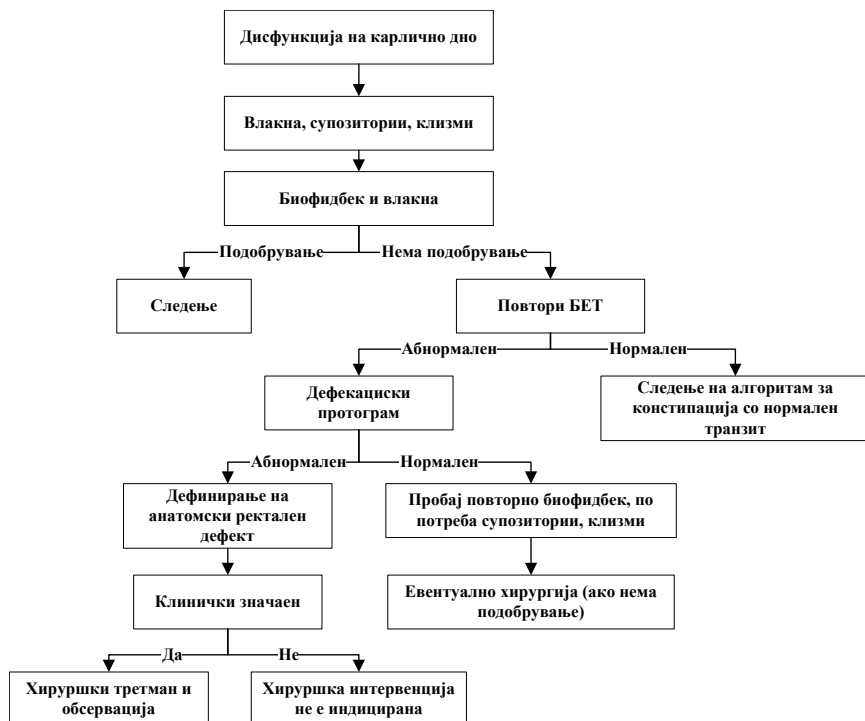


Алгоритам 4. Третман на констипација со нормален транзит
Кратенки: MOM-млеко од магнезиум, ПЕГ-полиетилен гликол

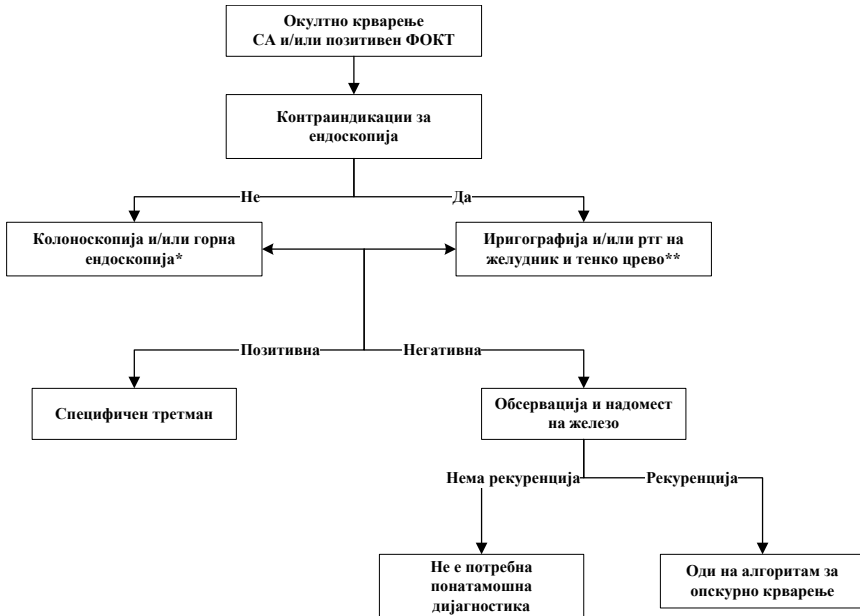


Алгоритам 5. Третман на констипација со бавен транзит.

Кратенки: MOM-млско од магнезиум, ПЕГ-полиетилен гликол, КТТ-колонски транзит тест, БЕТ-балон експулзија тест, БД-бариум дефекографија



Алгоритам 6. Третман на констипација заради дисфункција на карлично дно.
Кратенки: БЕТ-балон експулзија тест

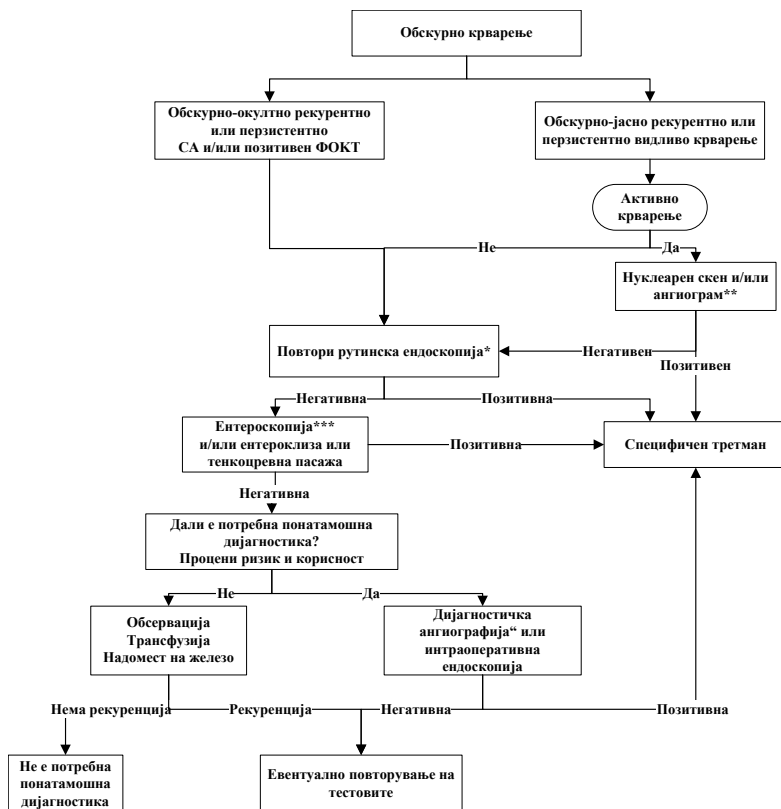


Алгоритам 7. Евалуација на окултно гастроинтестинално крварење.

Кратенки: СА-сидеропенична анемија, ФОКТ-фекално окултно крварење тест

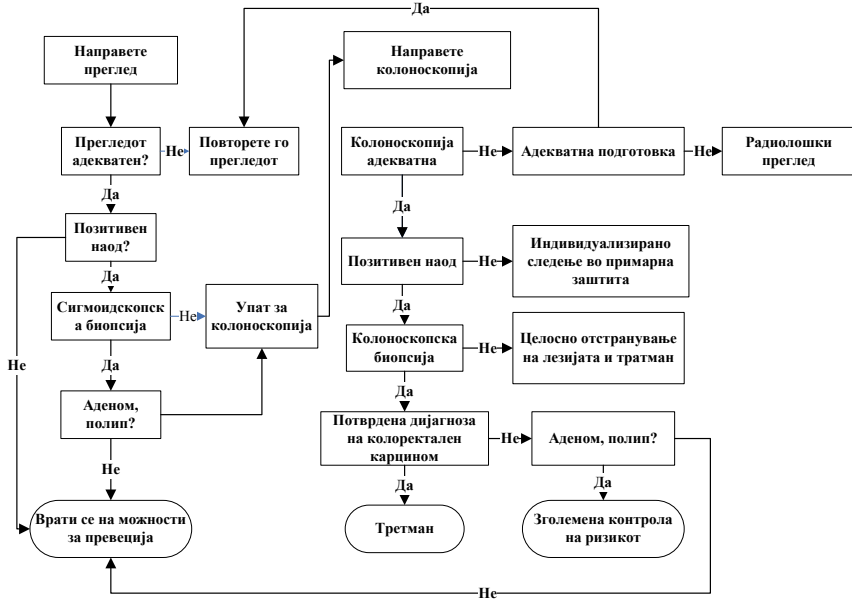
* Индикацијата редоследот на ендоскопските процедури може да зависи од возраста, симптомите и коморбидните состојби на пациентот, а тенкоцревната биопсија на ова ниво е индицирана само во присуство на клинички или ендоскопски знаци за целијачна спру

** Радиолошките испитувања можат да бидат индицирани ако коморбидните состојби ја прават ендоскопијата ризична или ако ендоскопијата е некомплетна. Тенкоцревната пасажа е од многу мала корисност, освен ако постојат симптоми на заболување на тенкото црево.

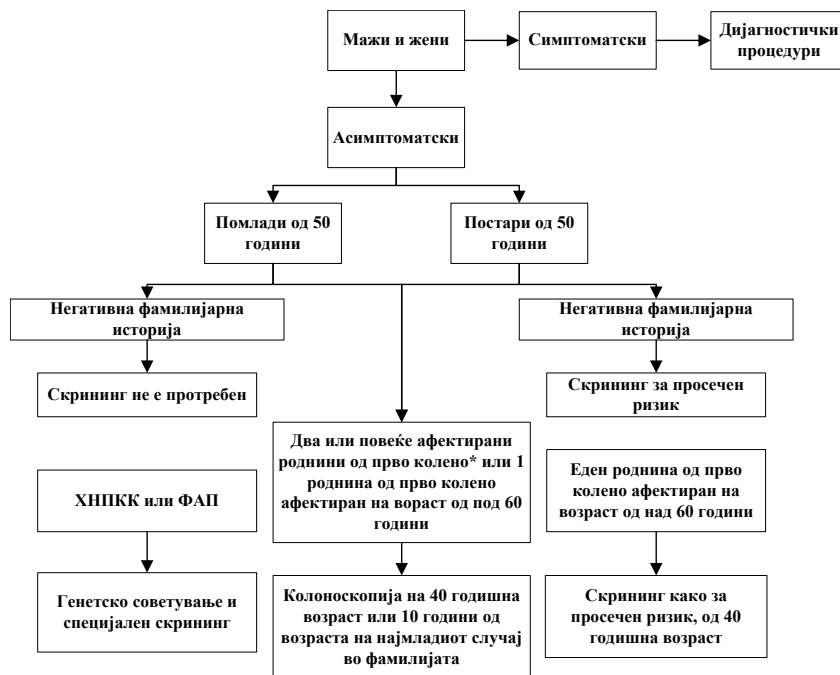


Обскурно GI крварење се дефинира како крварење од непознато потекло кое пристира или е рекурентно (т.е. Рекурентна или перзистентна железо-дефицитна анемија, позитивен тест за фекално окултно крварење, или видно крварење) по негативна иницијална или примарна ендоскопија (колоноскопија и/или горна ендоскопија). Така, обскурното крварење има две клинички форми (1) обскурно-окултно, кое се манифестира со рекурентна железо-дефицитна анемија и/или позитивен тест за фекално окултно крварење, и (2) обскурно-јасно, со рекурентна појава на видлива крв во изметот

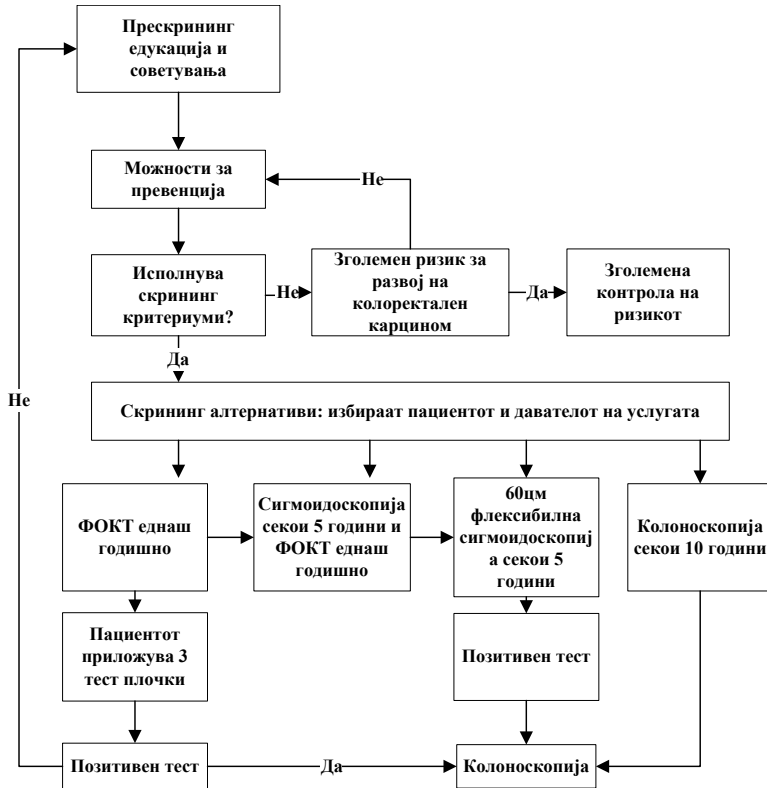
Алгоритам 8. Евалуација на обскурно гастроинтестинално крварење.
Кратеници: СА-sideropenична анемија, ФОКТ-фекално окултно крварење тест
 * Одлуката за повторување на горната ендоскопија и/или колоноскопија може да зависи од вештината и искуството на првиот ендоскопист; на ова ниво push ентероскопијата може да ја замени повторната ендоскопија; тенкоцревна биопсија е индицирана кај пациенти со клинички или ендоскопски знаци за целијачна спру или необјаснета sideropenична анемија.
 ** Ендоскопија може да се направи кај пациенти кои активно крватат по одлука на ендоскопистот.
 *** Push ентероскопија и/или ентероскопија со сонда може да се направат, зависно од искуството на изведувачот или институцијата; ентероклиза може да ја дополни ентероскопијата и да го подобри успехот во дијагностиката.
 # Ангиографијата направена селективно може да покажетипични наоди за ангиодисплазија или туморска хиперваскуларност.



Алгоритам 9. Алгоритам за сигмоидоскопија/евалуација на целиот колон.



Алгоритам 10. Скрининг за колоректален карцином
Кратенки: ХНПКК-херeditарен неполипозен колонски карцином, ФАП-фамилијарна аденоматозна полипоза
 *или колоректален карцином или аденоматозен полип



Алгоритам 11. Колоректален карцином

Кратенки: ФОКТ-тест за фекално окултно крварење

Критериуми за рутински скрининг на колоректален карцином.

Пациентот мора да ги исполнува сите следни 4 критериуми:

1. 50 до 80 годишна возраст
2. Без лична историја за полипи или колоректален карцином
3. Без фамилијарна историја за колоректален карцином кај:
 - еден роднина од прв ред дијагностициран пред 65 годишна возраст или
 - двајца роднини од прв ред дијагностицирани на било која возраст
4. Без фамилијарна историја за аденоматозен полип кај роднина од прво колено дијагностициран пред 60 годишна возраст