Службен весник на Република Македонија

Број 41 **16 март 2015, понеделник** **година LXXI**

www.slvesnik.com.mk **contact@slvesnik.com.mk**

С О Д Р Ж И Н А

Стр.

Дерматологија

1390. **Упатство** за медицинското згрижување при вулвовагинитис……. **5**

1391. **Упатство** за медицинското згрижување при вошливост на главата и пубични вошки……... **9**

1392. **Упатство** за медицинското згрижување при шуга…… **12**

1393. **Упатство** за медицинското згрижување при розацеа…… **16**

1394. **Упатство** за медицинското згрижувањев при псоријаза……..... **21**

1395. **Упатство** за медицинското згрижување при питиријазис верзиколар… **29**

1396. **Упатство** за медицинското згрижување при паронихија и враснат нокот…….....……..... **32**

1397. **Упатство** за медицинското згрижување при опаѓање на косата..... **36**

Стр.

1398. **Упатство** за медицинското згрижување при малигни епидермални кожни тумори (базоцелуларен и планоцелуларен карцином)..... **41**

1399. **Упатство** за медицинското згрижување при хронични булозни болести (херпетиформен дерматит, пемфигоид)..... **45**

1400. **Упатство** за медицинското згрижување при хрпес зостер..... **49**

1401. **Упатство** за медицинското згрижување при дијагностички тестови во дерматологијата..... **54**

1402. **Упатство** за медицинското згрижување при дерматомикози..... **60**

1403. **Упатство** за медицинското згрижување при алерген – специфична имунотерапија..... **68**

1404. **Упатство** за медицинското згрижување при актинична (соларна) кератоза..... **74**

		Стр.
1405.	**Упатство** за медицинското згрижување при акни.....	**77**
1406.	**Упатство** за медицинското згрижување при пречуствителност на лекови.....	**84**
1407.	**Упатство** за медицинското згрижување при нумерална егзема.....	**91**
1408.	**Упатство** за медицинското згрижување при дерматитис на нозете.....	**95**
1409.	**Упатство** за медицинското згрижување при дерматитис на дланка.....	**99**
1410.	**Упатство** за медицинското згрижување при алергиски дерматитис.....	**104**
1411.	**Упатство** за медицинското згрижување при алергија на латекс.....	**108**
1412.	**Упатство** за медицинското згрижување при келоид.....	**112**
1413.	**Упатство** за медицинското згрижување при еризипелоид.....	**115**
1414.	**Упатство** за медицинското згрижување при заштита на кожата од замрзнување, сонце и осушување....	**118**
1415.	**Упатство** за медицинското згрижување при кожни болести и уста.....	**121**
1416.	**Упатство** за медицинското згрижување при себороичен дерматитис....	**129**
1417.	**Упатство** за медицинското згрижување при јадеж во аналната регија – piritus ani.....	**133**
1418.	**Упатство** за медицинското згрижување при контагионен молоскум.....	**135**
1419.	**Упатство** за медицинското згрижување при хиелит.....	**138**

Дигестивна хирургија

1420.	**Упатство** за медицинското згрижување при преглед на пациент со ректално крварење.....	**140**
1421.	**Упатство** за медицинското згрижување при болести кои предизвикуваат ректално крварење.....	**143**
1422.	**Упатство** за медицинското згрижување при колоректален карцином....	**147**
1423.	**Упатство** за медицинското згрижување при интестинална опструкција, паралитички илеус и псевдо - опструкција.....	**152**
1424.	**Упатство** за медицинското згрижување при карцином на панкреас.....	**156**
1425.	**Упатство** за медицинското згрижување при акутен абдомен кај возрасни.....	**159**
1426.	**Упатство** за медицинското згрижување при анален апцес.....	**166**

Ендокринологија

1427.	**Упатство** за медицинското згрижување при тип 1 дијабет: диетарна терапија и физичка активност.....	**169**
1428.	**Упатство** за медицинското згрижување при третман на дислипидемии	**173**
1429.	**Упатство** за медицинското згрижување при третман на дебелина.....	**185**
1430.	**Упатство** за медицинското згрижување при остеопороза – дијагноза и фамакотерапија.....	**192**
1431.	**Упатство** за медицинското згрижување при антидијабетични лекови и GLP – 1 аналози во третманот на тип 2 дијабетис.....	**206**
1432.	**Упатство** за медицинското згрижување при хипотермија.....	**212**
1433.	**Упатство** за медицинското згрижување при хиперкалцемија и хиперпаратироидизам.....	**218**
1434.	**Упатство** за медицинското згрижување при метаболичен синдром (МС).....	**223**
1435.	**Упатство** за медицинското згрижување при дијабетис – дефиниција, диференцијална дијагноза и класификација.....	**229**

Физикална медицина

1436.	**Упатство** за медицинското згрижување при крилеста скапула (scapula alata).....	**234**
1437.	**Упатство** за медицинското згрижување при третман на дијабетично стапало.....	**237**
1438.	**Упатство** за медицинското згрижување при следење на пациент со ревматоиден артрит.....	**245**
1439.	**Упатство** за медицинското згрижување при повреди на medulla spinalis.....	**250**

		Стр.
1440.	**Упатство** за медицинското згрижување при латерален и медијален епикондилитис на лактот.....	**256**
1441.	**Упатство** за медицинското згрижување при хондромалација на патела	**260**
1442.	**Упатство** за медицинското згрижување при фибромиалгија.....	**263**
1443.	**Упатство** за медицинското згрижување при Бакерова циста.....	**267**
1444.	**Упатство** за медицинското згрижување при ампутација на долен екстремитет – постоперативен третман и рехабилитација.....	**270**
1445.	**Упатство** за медицинското згрижување при трохантерична болка.....	**273**
1446.	**Упатство** за медицинското згрижување при синдром на торакален отвор.....	**276**
1447.	**Упатство** за медицинското згрижување при синдром на карпален тунел (СКТ).....	**279**
1448.	**Упатство** за медицинското згрижување при проблеми со гбот кај деца	**284**
1449.	**Упатство** за медицинското згрижување при прегед на рамениот зглоб.	**288**
1450.	**Упатство** за медицинското згрижување при нарушување на тетивата на бицепс.....	**292**
1451.	**Упатство** за медицинското згрижување при нарушување на роторната манжетна на рамото.....	**296**
1452.	**Упатство** за медицинското згрижување при лунатомалција Кинбек – ва (KIENBÖCK) болест.....	**302**
1453.	**Упатство** за медицинското згрижување при лумбална спинална стеноза.....	**304**
1454.	**Упатство** за медицинското згрижување при бурзитис (плателa и лакт).	**311**
1455.	**Упатство** за медицинското згрижување при болни состојби на глуждот и стапалото кај возрасни.....	**314**
1456.	**Упатство** за медицинското згрижување при болка во препоните.....	**317**
1457.	**Упатство** за медицинското згрижување при болка во потколеница.....	**320**
1458.	**Упатство** за медицинското згрижување при ахилова тендинопатија и руптура на ахилова тетива.....	**323**
1459.	**Упатство** за медицинското згрижување при Тиетзе-ов синдром.....	**328**
1460.	**Упатство** за медицинското згрижување при болеста на de Quervain и други тенденитиси на рачен зглоб и подлактица.....	**331**

Гастро

		Стр.
1461.	**Упатство** за медицинското згрижување при вирусен хепатитис.....	**335**
1462.	**Упатство** за медицинското згрижување при пролонгиран пролив кај возрасни.....	**351**
1463.	**Упатство** за медицинското згрижување при скрининг и превенција на колерекален канцер.....	**358**
1464.	**Упатство** за медицинското згрижување при опстипација кај возрасни..	**363**
1465.	**Упатство** за медицинското згрижување при колоноскопија сигмоиндоскопија.....	**368**
1466.	**Упатство** за медицинското згрижување при хроничен панкреатитис....	**373**
1467.	**Упатство** за медицинското згрижување при холелитијаза.....	**377**
1468.	**Упатство** за медицинското згрижување при хемороидална болест.....	**383**
1469.	**Упатство** за медицинското згрижување при хематемеза.....	**388**
1470.	**Упатство** за медицинското згрижување при гастроскопија.....	**394**
1471.	**Упатство** за медицинското згрижување при гастро – езофагеална рефлуксна болест.....	**400**
1472.	**Упатство** за медицинското згрижување при функционални цревни нарушувања и иритабилен цревен синдром (ИЦС).....	**407**
1473.	**Упатство** за медицинското згрижување при диспепсија.....	**412**
1474.	**Упатство** за медицинското згрижување при црнодробна цироза.....	**419**
1475.	**Упатство** за медицинското згрижување при автоимун хепатитис.....	**425**
1476.	**Упатство** за медицинското згрижување при акутен панреатитис.....	**429**

Геријатрија

1477.	**Упатство** за медицинското згрижување при проценка на физичкото и конгинитивно функционирање.....	**433**
1478.	**Упатство** за медицинското згрижување при преглед на употребата на лекови кај постарите лица.....	**439**
1479.	**Упатство** за медицинското згрижување при падови кај постарите лица.....	**445**

		Стр.
1480.	**Упатство** за медицинското згрижување при нутритивни нарушувања кај постарите лица.....	**452**
1481.	**Упатство** за медицинското згрижување при контролни прегледи кај постарите лица.....	**458**
1482.	**Упатство** за медицинското згрижување при инфекции во постарата возраст.....	**462**
1483.	**Упатство** за медицинското згрижување при депресија во стара возраст.....	**466**
1484.	**Упатство** за медицинското згрижување при делириум кај старите лица.....	**471**

Гинекологија

1485.	**Упатство** за медицинското згрижување при абнормално менструално крвавење.....	**476**
1486.	**Упатство** за медицинското згрижување при постменопаузната хормон – заместителна терапија.....	**484**
1487.	**Упатство** за медицинското згрижување при неплодност.....	**492**
1488.	**Упатство** за медицинското згрижување при ендометриоза.....	**502**
1489.	**Упатство** за медицинското згрижување при аменореја.....	**508**

Инфектологија

1490.	**Упатство** за медицинското згрижување при маларија.....	**512**
1491.	**Упатство** за медицинското згрижување при труење со храна.....	**521**
1492.	**Упатство** за медицинското згрижување при тонзилитис и фарингитис кај деца.....	**526**
1493.	**Упатство** за медицинското згрижување при дијареални болести предизвикани од микроорганизми.....	**529**
1494.	**Упатство** за медицинското згрижување при покачена температура кај повратниците од патување.....	**537**
1495.	**Упатство** за медицинското згрижување при проценка на акутен пролив.....	**543**
1496.	**Упатство** за медицинското згрижување при морбили, рубеола и паротит (мрп).....	**549**
1497.	**Упатство** за медицинското згрижување при листериоза.....	**553**
1498.	**Упатство** за медицинското згрижување при лекување на пневмонија кај децата.....	**556**
1499.	**Упатство** за медицинското згрижување при еризипел и целулитис.....	**560**
1500.	**Упатство** за медицинското згрижување при екологија на употреба на антимикробни лекови.....	**565**
1501.	**Упатство** за медицинското згрижување при акутни абдоминални симптоми кај деца.....	**570**
1502.	**Упатство** за медицинското згрижување при акутен бронхит.....	**577**
1503.	**Упатство** за медицинското згрижување при вирусни болести во топли климатски услови.....	**582**
1504.	**Упатство** за медицинското згрижување при варичела.....	**590**
1505.	**Упатство** за медицинското згрижување при туларемија.....	**595**
1506.	**Упатство** за медицинското згрижување при трихинелоза.....	**599**
1507.	**Упатство** за медицинското згрижување при токсоплазмоза.....	**602**
1508.	**Упатство** за медицинското згрижување при тетанус.....	**608**
1509.	**Упатство** за медицинското згрижување при рани од каснување.....	**611**
1510.	**Упатство** за медицинското згрижување при пролив и поварќање кај децата.....	**615**
1511.	**Упатство** за медицинското згрижување при полиомиелит и пост – полио синдром.....	**619**
1512.	**Упатство** за медицинското згрижување при пневмонија.....	**624**
1513.	**Упатство** за медицинското згрижување при менингитис кај деца.....	**632**
1514.	**Упатство** за медицинското згрижување при инфлуенца.....	**637**
1515.	**Упатство** за медицинското згрижување при ХИВ инфекција.....	**645**
1516.	**Упатство** за медицинското згрижување при епидемии предизвикани од загадена вода за пиење.....	**654**
1517.	**Упатство** за медицинското згрижување при дифтерија.....	**657**
1518.	**Упатство** за медицинското згрижување при аскаријаза.....	**661**
1519.	**Упатство** за медицинското згрижување при енцифалитис	**664**
1520.	**Упатство** за медицинското згрижување при егзантема субитум.....	**669**

МИНИСТЕРСТВО ЗА ЗДРАВСТВО

ДЕРМАТОЛОГИЈА

1390.

Врз основа на член 27 став (1) од Законот за здравствената заштита („Службен весник на Република Македонија“ број 43/12, 145/12, 87/13, 164/13, 39/14, 43/14, 132/14, 188/14 и 10/15), министерот за здравство донесе

У П А Т С Т В О
ЗА МЕДИЦИНСКОТО ЗГРИЖУВАЊЕ ПРИ ВУЛВОВАГИНИТИС

Член 1

Со ова упатство се утврдува медицинското згрижување при вулвовагинитис.

Член 2

Начинот на медицинското згрижување при вулвовагинитис е даден во прилог, кој е составен дел на ова упатство.

Член 3

Здравствените работници и здравствените соработници ја вршат здравствената дејност на медицинското згрижување при вулвовагинитис по правило согласно ова упатство.

По исклучок од став 1 на овој член, во поединечни случаи по оценка на докторот може да се отстапи од одредбите на ова упатство, со соодветно писмено образложение за причините и потребата за отстапување и со проценка за натамошниот тек на згрижувањето, при што истото од страна на докторот соодветно се документира во писмена форма во медицинското досие на пациентот.

Член 4

Со денот на влегувањето во сила на ова упатство престанува да важи Упатството за практикување на медицина заснована на докази при вулвовагинитис („Службен весник на Република Македонија“ бр. 173/13).

Член 5

Ова упатство влегува во сила наредниот ден од денот на објавувањето во „Службен весник на Република Македонија“.

Бр. 17-2340/1
27 февруари 2015 година
Скопје

Министер,
Никола Тодоров, с.р.

Прилог

ВУЛВОВАГИНИТИС

МЗД Упатство
9.10.2013 • Последни промени 9.10.2013
Pekka Nieminen

- Најважно
- Симптоми
- Етиологија
- Дијагноза
- Стратегии за иследување
- Третман
- Останати релевантни податоци

НАЈВАЖНО

- Во нормални состојби секогаш има исцедок (леукореа, флуор) во вагината. Тој е составен од цервикален слуз, маса од лактобацили и регенерирачки епителни клетки. Количината на исцедокот зависи од фазата на менструалниот циклус.
- Третманот би требало да се насочи кон најверојатниот причинител на инфекцијата.
- Вообичаено е можно да се постави дијагнозата со доволна дијагностичка точност со гинеколошки преглед и базични лабораториски тестови.
- Кај вулвовагинитисот, вагинитисот вообичаено е доминантна компонента и вагината е местото на примарната инфекција, но симптомите се честопати присутни на вулвата/надворешните гениталии.

СИМПТОМИ

- Зголемен вагинален исцедок без пелвична болка или системски симптоми,
- Јадеж и чувство на печење, обично на надворешните генитални органи.
- Еритеми и улцерација на надворешните гениталии.
- Карактеристичен мирис на "риба".
- Дизурија се чувствува на отворот на уретрата.
- Промена на pH вредноста.

ЕТИОЛОГИЈА

- Кандида спецнес (*Candida albicans, C. glabrata*).
- Анаеробни бактерии (*Gardnerella vaginalis, Bacteroides* спецнес и др.).
- *Trichomanas vaginalis.*
- Аеробни бактерии (на пр. група G бета-хемолитички стрептокок, *E. coli*).
- *Actinomyces* (ALO, актиномицес-налик организми) понекогаш се изолираат од пациентки со интраутерини спирали (носени > 3 месеци).

ДИЈАГНОЗА

Клинички преглед

- Интензивен јадеж и понекогаш чувство на печење на надворешните гениталии укажува на вагинална микоза (кандида инфекција). Исцедокот е грутчест, белкаст и залепен за ѕидот на вагината. Може да се јават мали улкуси и еритеми на слузницата на надворешните гениталии.
- Исцедок со непријатен мирис, хомоген со сивкаста боја кој е залепен за вагиналниот ѕид е типичен за бактериската вагиноза. Други симптоми се благо печење и јадеж. pH на вагиналниот исцедок е покачен од нормално 3.8-4.0 на над 4.5.

- Пенлив, зеленикав исцедок укажува на трихомонијаза. Често е присутно чувство на печење, има еритем на мукозните мембрани, а pH е покачен. Трихомонијазата денес е доста ретка.
- Обилен, жолтеникав, секрет без мирис, сугерира вагинитис, предизвикан од аеробни бактерии.
- Слузниците на вагината, надворешните гениталии и уретрата кај жените во менопауза се истенчува, лесно крвави и лесно станува иритирана заради недостаток од естрогени (атрофичен вагинитис). Имајте на ум дека кафеавкаст исцедок може да биде прв знак за карцином на матката (земете ендометријална биопсија).
- Кај вулвовагинитисот нема болна осетливост на матката и на овариумите. Ако има пурулентен секрет од цервиксот, треба да се направат испитувања за гонококи и за хламидија.

СТРАТЕГИИ ЗА ИСЛЕДУВАЊЕ

- Симптомите и клиничката слика се обично доволни за да се дијагностицира вагинална кандидијаза. Како и да е, помалку од половината пациентки кои се жалат на јадеж, всушност имаат вагинална инфекција со квасници.
- Ако клиничката слика не наликува на микоза, може да се изведе тест со калиум хидроксид: неколку капки калиум хидроксид се стават на употребениот спекулум; силниот мирис на риба укажува на бактериска вагиноза.
- pH на вагиналниот исцедок може да се измери со вообичаена трака за pH.
- Можно е и да се земе бактериска култура, со цел да се идентификува микотична инфекција, трихомонијаза, како и клетки кои сугерираат бактериска вагиноза. Резултатите од културата би требало да се готови следниот ден.
- Ако имате достапен микроскоп: Ставете една капка исцедок на предметно стакло, додадете една капка физиолошки раствор и гледајте со зголемување од 400 X.
- Види табела 1.
- Габичките се во вид на кончести структури, спори (настанати со пупење, мали, прозирни и хомогени клетки) или и двете. Може да има голем број полиморфонуклеари.
- Ако вулвовагинитот рецидивира и покрај третманот, треба да се направи колпоскопија, со цел да се исклучат другите причини.

Табела. 1 Микроскопско испитување на вагиналниот исцедок

Инфекција
• Голем број леукоцити (најголем број од клетките, групирани, минимум 10/видно поле) • Голем број мали тркалезни бактерии. • *Бактериска вагиноза*: епителни клетки кои содржат тркалезни бактерии. • *Микоза*: мали, прозирни и хомогени клетки, настанати со пупење или хифи (сегментирани, разгранети). • *Трихомонијаза*: активно мобилни протозои.
Физиолошки исцедок
• Неколку леукоцити/видно поле, не во групи. • Стапчести бацили, некои од нив и многу долги (Döderlein-ови бацили). • Епителни клетки.

ТРЕТМАН

Вагинална микоза

- Се третира според клиничките манифестации. Рецидивирање на симптомите на вагиналната микоза би требало да се потврдат со понатамошни испитувања.
- Ако и партнерот има баланитис, треба и тој да се лекува (на пр. со крем).
- Се лекува со вагиналети во траење 1-3 дена или со единична доза орални антимикотици (ннд-**А**). Вагиналната микоза во бременост се третира со топични препарати (ннд-**А**).
- Ако пациентката порано имала вагинална микоза, а типичните симптоми се повториле, на пример, за време на антибиотскиот третман, може да си дозволите да ù дадете упат и без да ја прегледате.

- Рецидивантната вагинална микоза може да се должи на антибиотска терапија, земање контрацептиви или покачена гликемија.
- Кај рецидивантната микоза може да се даде профилактички третман (еднократна доза еднаш неделно), на пример, во текот на 2-3 недели. Имајте го на ум советот за исхрана (шеќер, чоколадо!).

Бактериска вагиноза
- Честа е кај пациентки со интраутерина спирала.
- Се лекува со метронидазол (ннд-**А**) 400-500 мг два или три пати на ден, 5-7 дена или 2 гр еднократно.
- Топичниот третман е достапен со вагиналети/гел метронидазол или 2% клиндамицин во крем; овој третман е погоден и за бремени жени.

Трихомонијаза
- Се лекува со метронидазол (ннд-**А**) 400-500 мг два или три пати на ден, 5-7 дена или 2 гр еднократно или со тинидазол 2 гр еднократно. Мора да се третира и партнерот на сличен начин (ннд-**А**).

Атрофичен вагинит
- Се третира со топични естрогени два пати неделно во форма на супозитории, маст или таблети. Во некои случаи, потребен е и топичен антимикробен третман, види кај Бактериска вагиноза. Потребна е континуирана топична естрогенска терапија за контрола на симптомите.

ОСТАНАТИ РЕЛЕВАНТНИ ПОДАТОЦИ

Кохранови прегледи
- Најверојатно не постои врска помеѓу експозиција на метронидазол за време на првите три месеци на бременост со малформации на плодот.
- Пробиотоци можат да бидат ефикасни при бактеријална вагиноза.
- Антибиотици се ефикасни во третман на бактеријална вагиноза за време на бременост но не спречуваат предвремено породување пред 37 недела, секако не после 20 гестациски недели. После претходно породување пред термин, третманот може да го намали ризикот од предвремена руптура на мембраните и мала тежина на раѓање.
- Метронидазол во единечна орална доза од 2гр е ефективна во третман на трихомонијаза во тек на бременост, но ефектите по исходот на бременоста не се сигурни.

Литература

- Eckert LO. Clinical practice. Acute vulvovaginitis. N Engl J Med 2006 Sep 21;355(12):1244-52. PubMed
- Sobel JD. Desquamative inflammatory vaginitis: a new subgroup of purulent vaginitis responsive to topical 2% clindamycin therapy. Am J Obstet Gynecol 1994 Nov;171(5):1215-20. PubMed
- Spence D, Melville C. Vaginal discharge. BMJ 2007 Dec 1;335(7630):1147-51. PubMed

Последен преглед одобрен како ажуриран 9.10.2013 • Последни промени 9.10.2013
Article ID: ebm00546 (025.030)
© 2014 Duodecim Medical Publications Ltd

- **EBM Guidelines, 9.10.2013,** http://www.ebm-guidelines.com
- **Упатството треба да се ажурира еднаш на 4 години.**
- **Предвидено е следно ажурирање до 2017 година.**

Упатството го ажурирал: И. Стојковски
Координатор: Проф. Др. К. Зафировска

1391.

Врз основа на член 27 став (1) од Законот за здравствената заштита („Службен весник на Република Македонија“ број 43/12, 145/12, 87/13, 164/13, 39/14, 43/14, 132/14, 188/14 и 10/15), министерот за здравство донесе

У П А Т С Т В О
ЗА МЕДИЦИНСКОТО ЗГРИЖУВАЊЕ ПРИ ВОШЛИВОСТ НА ГЛАВАТА И ПУБИЧНИ ВОШКИ

Член 1

Со ова упатство се утврдува медицинското згрижување при вошливост на главата и пубични вошки.

Член 2

Начинот на медицинското згрижување при вошливост на главата и пубични вошки е даден во прилог, кој е составен дел на ова упатство.

Член 3

Здравствените работници и здравствените соработници ја вршат здравствената дејност на медицинското згрижување при вошливост на главата и пубични вошки по правило согласно ова упатство.

По исклучок од став 1 на овој член, во поединечни случаи по оценка на докторот може да се отстапи од одредбите на ова упатство, со соодветно писмено образложение за причините и потребата за отстапување и со проценка за натамошниот тек на згрижувањето, при што истото од страна на докторот соодветно се документира во писмена форма во медицинското досие на пациентот.

Член 4

Со денот на влегувањето во сила на ова упатство престанува да важи Упатството за практикување на медицина заснована на докази при вошливост на главата и пубични вошки („Службен весник на Република Македонија“ бр. 173/13)..

Член 5

Ова упатство влегува во сила наредниот ден од денот на објавувањето во „Службен весник на Република Македонија“.

Бр. 17-2339/1
27 февруари 2015 година
Скопје

Министер,
Никола Тодоров, с.р.

Прилог

ВОШЛИВОСТ НА ГЛАВАТА И ПУБИЧНИ ВОШКИ

МЗД Упатство
13.1.2014 Последна промена 13.1.2014
Pekka Autio

- Основни податоци
- Симптоми
- Дијагноза
- Третман
- Поврзани докази
- Референци

ОСНОВНИ ПОДАТОЦИ

- Вошливост на главата често се шири преку капи и шапки кои се чуваат во ходник. Тие исто така се пренесуваат при близок контакт од човек на човек. Пубичните вошки најлесно се пренесуваат со сексуален контакт.
- Ако се откријат случаеви на вошливост на пример во во градинка или школо, ширењето треба да се процени во целата заедница.

СИМПТОМИ

- Јадеж и црвени папули на скалпот и на пубичната регија.
- Секундарна пиодермија често се развива на скалпот, а лимфните нодуси во нухалната регија се зголемуваат.
- Пубичните вошки прават црвени убодни дамки, коишто предизвикуваат силен јадеж во гениталната регија.
- Кај деца пубични вошки од родителите може да се најдат на трепките и може да има нејасни синкави макули на трупот ("maculae coerulae").

ДИЈАГНОЗА

- Гниди (јајца на вошка) се гледаат на косата и на пубичните влакна. Гнидите може да останат на косата со месеци, поради кое само гниди што се наоѓаат на растојание помалку од 6 мм од скалпот се сигурен знак за живи паразити (влакната растат приближно 1мм на месец). Гнидите најдобро се наоѓаат со чешел за вошки.
- Гниди на пубична вошка, исто така, типично се јавуваат на влакната на преден торакс и на трепките.
- Не го мешајте првутот со гниди. Гнидата не се лизга, туку е јако прицврстена за влакното, за разлика од првутот.
- Кај деца, дијагнозата пубични вошки може да се базира на maculae coerulae и гниди на трепките.

ТРЕТМАН

- Апликација на перметрин (инд-А) шампон според упатствата во пакувањето.
- Ако тој не е ефективен, може да се користи шампон или раствор на малатион.
- Друга алтернатива се лосиони кои содржат силиконски состојки, диметикон или циклометикон, или и двете. Лосионот се втрijува во косата и се остава да делува 8-12 часа, а потоа се измива со шампон. Ако е потребно, третманот се повторува по 7-10 дена.

- Оралниот ивермектин е ефикасен во третманот на вошливоста на капилициумот (ннд-**Б**). Важат специфичните закони за препишување на земјата. Се администрира доза од 400 μg/kg два пати во интервал од 7 дена.
- Гнидите би требало да се отстрануваат со чешел за вошки (растојание меѓу запците 0.2-0.3 мм), почнувајќи од самиот корен на влакното. Други чешли и четки за коса се измиваат со гореспоменатите шампони.
- Целата заедница би требало да е претпазлива за овој проблем во центрите за дневна грижа и во училиштата.

РЕФЕРЕНТНИ ИЗВОРИ

Интернет извори

- CDC information lice

Article ID: rel00696 (013.041)
© 2014 Duodecim Medical Publications Ltd

РЕФЕРЕНЦИ

1. Roberts RJ. Clinical practice. Head lice. N Engl J Med 2002 May 23; 346(21):1645-50. PubMed

Previous authors:
Raimo Suhonen
Последен пат прегледано за ажурирање на 13.1.2014 • Последна промена 13.1.2014
Article ID: ebm00270 (013.041)
© 2014 Duodecim Medical Publications Ltd

1. **EBM Guidelines, 13.1.2014,** http://www.ebm-guidelines.com
2. **Упатството треба да се ажурира еднаш на 2 години.**
3. **Предвидено е следно ажурирање до март 2016 година.**

Упатството го ажурирал: Доц. Д-р. Катарина Ставриќ
Координатор: Проф. Д-р. Катица Зафировска

1392.

Врз основа на член 27 став (1) од Законот за здравствената заштита („Службен весник на Република Македонија“ број 43/12, 145/12, 87/13, 164/13, 39/14, 43/14, 132/14, 188/14 и 10/15), министерот за здравство донесе

У П А Т С Т В О
ЗА МЕДИЦИНСКОТО ЗГРИЖУВАЊЕ ПРИ ШУГА

Член 1

Со ова упатство се утврдува медицинското згрижување при шуга.

Член 2

Начинот на медицинското згрижување при шуга е даден во прилог, кој е составен дел на ова упатство.

Член 3

Здравствените работници и здравствените соработници ја вршат здравствената дејност на медицинското згрижување при шуга по правило согласно ова упатство.

По исклучок од став 1 на овој член, во поединечни случаи по оценка на докторот може да се отстапи од одредбите на ова упатство, со соодветно писмено образложение за причините и потребата за отстапување и со проценка за натамошниот тек на згрижувањето, при што истото од страна на докторот соодветно се документира во писмена форма во медицинското досие на пациентот.

Член 4

Со денот на влегувањето во сила на ова упатство престанува да важи Упатството за практикување на медицина заснована на докази при шуга(„Службен весник на Република Македонија“ бр. 173/13).

Член 5

Ова упатство влегува во сила наредниот ден од денот на објавувањето во „Службен весник на Република Македонија“.

Бр. 17-2338/1
27 февруари 2015 година
Скопје

Министер,
Никола Тодоров, с.р.

Прилог

ШУГА

МЗД Упатство
25.4.2013 Последна промена 1.10.2010
Pekka Autio

- Основни правила
- Епидемиологија
- Симптоми
- Дијагноза
- Диференцијална дијагноза
- Терапија
- Поврзани извори

ОСНОВНИ ПРАВИЛА

- Терапијата, дадена "за секој случај", може да направи проблем. Важно е да се цели кон дијагнозата.
- Прегледајте го пациентот на добро светло и замолете го пациентот да ја тргне облеката која ги покрива типичните места.
- Шугата лесно се пренесува, важно е да се лекуваат сите членови на семејството, не само оние со симптоми.
- Облеката и постелнината мора да се исперат, односно извријат.

ЕПИДЕМИОЛОГИЈА

- Шугата не е полово пренослива болест, но спиење на иста постела е чест извор на инфекција.
- Шугата може да се пренесе и со краток контакт, дури и при лекарски преглед.

СИМПТОМИ

- Јадеж, особено навечер и во текот на ноќта, особено на стомакот, дебелите меса, рачните зглобови и меѓу прстите.
- Симптомите се јавуваат неколку недели по инокулација. Кај реинфекција, латентниот период е пократок.
- Избегнувајте да го определите времето на инокулација кај индивидуалните пациенти.

ДИЈАГНОЗА

- Здодевен, упорен јадеж.
- Кај возрасни лицето не е зафатено (со исклучок на пациенти со ментална ретардација или имуносупримирани кои имаат ретка клиничка слика на генерализиран скабиес).
- Оплодената женка копа интраепидермални канали и таму ги положува јајцата. Тие се гледаат речиси секогаш во пределот на рачниот зглоб или меѓу прстите, а кај децата на дланките и на стапалата. Полово зрели паразити може лесно да се извадат од каналите и користејќи стереомикроскоп (дури и лупа може да биде од помош) да се идентификуваат под ординарен микроскоп.

- Кај мажи, во гениталната регија појава на јадеж и еритематозни папули силно сугерира скабиес.
- Не заборавајте, преглед на рачните зглобови и помеѓу прстите кај мајката чие дете е со суспектен скабиес.

ДИФЕРЕНЦИЈАЛНА ДИЈАГНОЗА

- Везикулите може да наликуваат на оние кај егзем.
- Фоликулитисот може да потсетува на скабиес. Типична локализација на лезиите и јавувањето на симптоми кај други лица кои живеат во иста куќа, сугерира скабиес.

ТЕРАПИЈА

- Перметрин крем е ефикасна терапија за скабиес (ннд-**В**).
  - Кремот се мачка по целото тело, од прстите на нозете до врвот, вклучувајќи ги полињата околу прстите и гениталиите. Лекот треба да се измие по 8-15 часа. Рацете не треба да се мијат за време на терапијата или кремот треба повторно да се аплицира по миењето. За време на третманот, облеката која дошла во директен контакт со кожата и постелнината треба да се исперат.
  - Треба да се дадат детални инструкции како да се уништат паразитите во облеката со ладно и со топло. Една тераписка кура можеби е доволна, но терапискиот одговор ќе се зголеми со повторувањето на терапијата по една недела. Терапијата мора да се спроведе истовремено кај сите членови на фамилијата, без разлика на симптомите.
- По терапијата, подолго од еден месец, пациентот може да се жали на пруритични палули. Состојбата не бара терапија, освен ако не се детектираат паразити. Јадежот и секундарниот дерматит може да биде третиран со благи кортикостероиди и хлорхексидин крем, а појаки кортикостероиди може да се аплицираат на солитарните папули.
- Не ретко погрешна дијагноза или две коегзистирачки болести се причина за слаб тераписки одговор. Кај проблематичните случаи честопати се открива дека биле третирани само симптоматските членови од семејството.
- Кај тераписки резистентните случаи треба да се консултира дерматолог.
- Оралниот ивермектин е ефекасен третман на скабиес (ннд-**Б**).

ПОВРЗАНИ ИЗВОРИ

- Интернет извори
- Литература

Интернет извори

Cordoro K, Wilson B, Kauffman L. Scabies. eMedicine

Литература

- Currie BJ, McCarthy JS. Permethrin and ivermectin for scabies. N Engl J Med 2010 Feb 25;362(8):717-25. PubMed
- Johnston G, Sladden M. Scabies: diagnosis and treatment. BMJ 2005 Sep 17;331(7517):619-22. PubMed

Article ID: rel00697 (013.040)
© 2014 Duodecim Medical Publications Ltd

Raimo Suhonen
Последен пат прегледано за ажурирање на 25.4.2013 • Последна промена 1.10.2010
Article ID: ebm00269 (013.040)
© 2014 Duodecim Medical Publications Ltd

1. **EBM Guidelines, 1.10.2013,** http://www.ebm-guidelines.com
2. **Нема промени во упатството до 2014 година**
3. **Упатството треба да се ажурира еднаш на 3 години.**
4. **Предвидено е следно ажурирање до октомври 2016 година.**

Упатството го ажурирал: Доц. Д-р. Катарина Ставрић
Координатор: Проф. Д-р. Катица Зафировска

1393.

Врз основа на член 27 став (1) од Законот за здравствената заштита („Службен весник на Република Македонија“ број 43/12, 145/12, 87/13, 164/13, 39/14, 43/14, 132/14, 188/14 и 10/15), министерот за здравство донесе

У П А Т С Т В О
ЗА МЕДИЦИНСКОТО ЗГРИЖУВАЊЕ ПРИ РОЗАЦЕА

Член 1

Со ова упатство се утврдува медицинското згрижување при розацеа.

Член 2

Начинот на медицинското згрижување при розацеа е даден во прилог, кој е составен дел на ова упатство.

Член 3

Здравствените работници и здравствените соработници ја вршат здравствената дејност на медицинското згрижување при розацеа по правило согласно ова упатство.

По исклучок од став 1 на овој член, во поединечни случаи по оценка на докторот може да се отстапи од одредбите на ова упатство, со соодветно писмено образложение за причините и потребата за отстапување и со проценка за натамошниот тек на згрижувањето, при што истото од страна на докторот соодветно се документира во писмена форма во медицинското досие на пациентот.

Член 4

Со денот на влегувањето во сила на ова упатство престанува да важи Упатството за практикување на медицина заснована на докази при розацеа („Службен весник на Република Македонија“ бр. 173/13).

Член 5

Ова упатство влегува во сила наредниот ден од денот на објавувањето во „Службен весник на Република Македонија“.

Бр. 17-2337/1
27 февруари 2015 година
Скопје

Министер,
Никола Тодоров, с.р.

Прилог

РОЗАЦЕА

МЗД Упатство
29.4.2014 • Последни промени 29.4.2014
Alexander Salava

- Најважно
- Етиологија
- Клиничка слика
- Диференцијална дијагноза
- Третман
- Специјалистички консултации
- Поврзани извори
- Референци

НАЈВАЖНО

- Дијагнозата се базира на анамнеза и клиничка презентација
- Третманот е според субтипот на болеста
- Егзарцербација може да биде превенирана со терапија на одржување
- Да се земат во предвид симптомите предизвикани од окуларна розацеа, како и нивен третман

ЕТИОЛОГИЈА

- Ендогена и мултифакториелна
- Херединарна тенденција; во големо мнозинство на случаи, болеста може да се појави кај блиски роднини
- Најчесто се јавува помеѓу 30 и 50 години, почесто кај жените
- Брз развој на фацијални кожни промени е најчест и прв знак на розацеа. Најчесто трае подолго од физиолошкото зацрвенување
- Лицево црвенило може да биде егзарцбрирано од топли пијалаци, алкохол, зачинета храна, сонце и топлина
- Корикостероидните и такролимус кремите може да предизвикаат реакции слични на розацеа

КЛИНИЧКА СЛИКА

- Розацеата претставува хронично кожно заболување со периодични егзацербации.
- Симптомите се јавуваат во централните делови од лицето и конвексните површини на образите
- Дијагнозата е клиничка
- Розацеата се класифицира во 4 различни субтипови, кои често коегзистираат кај еден пациент
  - Еритемотеленгиектатичен тип: фацијално црвенило, како и дилатирани крвни садови (телеангиектази) се типична слика
  - Папулопустулкарен тип: пустулите и папулите јна лицето, предоминантно на централните делови лицето
  - Ринофима: себацеална хиперплазија околу носот
  - Окуларна розацеа: хроничен блефаритис и други окуларни симптоми предизвикани од розацеа
    - Минорни окоуларни симптоми, како сушење на окото се многу чести

- Мноштво на окуларни манифестации се јавуваат и дури и лезии на корнета со нарушување на видот се можни
- Окуларните манифестации кај розацеата често не се соодветно третирани или пак воопшто не се третирани

ДИФЕРЕНЦИЈАЛНА ДИЈАГНОЗА

- Диференцијалана дијагноза кај фацијалните рашови е често предизвикувачка. Камен темелник е анамнезата, клиничката презентација и прегледот на другите делови од кожата
- Акни се јавуваат кај помлади пациенти и се асоцирани со комедони.
- Периоралниот дерматит е локализиран околу устата и недостасуваат телангиектазии.
- Атопичне дерматитис се јавува околу очните капаци
- Себороичен дермамтитис во регијата на скалпот
- Алегричен конткатен дермамтитис кај кој може да се појават папули, често со чешање
- Црвенило во форма на пеперутка кое сугерира на СЛЕ може да направи тешкотии во диференцијалната дијагноза на розацеа. Системски симптоми и позитивен тест на серумски антинуклеарни антитела укажува на дијагнозата.

ТРЕТМАН

- Базата на третманот е да се избегнуваат факторите кои базирани на опсервациите на пациентот ја влошуваат состојбата
- Заштита од сонцето секогаш е интегрален дел од третманот
- Козметски препарати за прикривање можат да бидат дали се избрани за кожата на пациентот
- Еритемотеленагиектатична розацеа
  - Одговорот на локален третман е слаб и многу спор
  - Бримодин гелот еденаш на ден е симптоматаски третман на лицевите црвенила
  - Некои пациенти можат да имаат корист од ниски дозаи на пропанолол (10-20 мг три пати на ден) за да се намалат реакциите на црвенило
  - Потраен одгворо се добива со гоење на капиларите со KTP ласер Nd-YAG ласер или со пулсирачки боен ласер, како и пулсирачки светлосни уреди
- Папулопустуларна розацеа
  - Лесните случаи можат да се менаџираат со гелови или емулцјзии кои софржат метронидазол или азелаичната киселина, која се нанаесува еднаш или 2 пати на ден (ннд-**В**).
  - Има докази за ефикасност на крем permethrin (ннд-**В**).
  - Терапијата на одржување, аплицирана на пример два пати неделно е важна за превенција на егзарцербациите
  - Во потешки случаи се препрачува 6-12 неделен курс на системски антимикробни лекови, а потоа продолжување со локалаен третман
  - Антимикробните лекови фукционираат на друг принцип раличен од тагретирањето на микроорганизмите. Тие немаат ефакт на црвенилото или телеангектазите
    - Доксициклин 50-100 мг, енаш дневно, лимециклин 300-150 мг еднаш или два пати на ден, тетрациклини 500-250 мг еднаш или два пати на ден (за времетрање од 6-12 недели)
    - Нови антернативи на тртетманот се со ниска доза на доксицилин 40 мг – еднаш на ден
    - Алтернативи за тетрациклини се еритромицин 250-500 мг еднаш или два пати на ден (6-12 недели) или метронидазол 200 мг еднаш или два пати на ден (краток курс ос 4-6 недели)
- Ринофима
  - Третманот е главно хируршки
  - Само во лесни случаи терапија со изоретинол според одлука на дерматолог, може да биде доволна

- Хипертрофираното ткиво може да биде третирано со аблативна ласерска терапија, електрохирургија или радиофекфентна хирургија со јамка од жица или ексцизија. Најчесто с епостигнуваат доглорочни резуллати
- Окуларна ропзацеа (блефаритис)
  - Хигена на рабовите на очните капаци може да биде доволна при лесна окуларна симптоматологија
    - Нанесете мека крпа навлажнета со топла вода на капаците во времетраење од 5 минути навечер
    - Исчистете ги рабовите на олните капаци со памучно стапче натопено со офталомошка бирна киселина (или со кетоконазол шампон разреден 1:5 или 1:10). Ако ова не се поднесува физиолошки раствор или провриена вода може да се користи
    - На крајот нанесете маст за очи која содржи антибиотик или пак комбинација на хидрокортизон и антиботик на работ на очниот капак
    - Продлжете го третманот во тек на 2 недели, по што треба да се продолжи со терапија на оддржување со локална топлина и чистење на работ на очниот капак секоја втор вечер во време треаење од најмалку 6 месеци
- Состојбата може да биде искомплицирана со хроничен коњуктивитис и суви очи, која може да биде третирана со антиинфламаторни не-стероидни капки за очи (на пример капки за очи со хромогликат). Доколку е потребно, стандардни вештачки солзи можат да бидат употребани
- Доколку состојбата е резистентна на третман, консултација со дерматолог и системски антимкробни лекови може да биде неопходна

СПЕЦИЈАЛИСТИЧКИ КОНСУЛТЦАИИ

- Розацеата која е резистетна на соодветен третман може да бара системска терапија со изоретинол според одлуката на дерматологот
- Некои случаи на себацеална хиперплазија (на пример ринофима) бараат хируршки третман
- Пациентите со окуларна розацеа која се манифестира со очна симптоматологија, треба да бидат упатени на офталмолог

ПОВРЗАНИ ИЗВОРИ

Литература

- Thiboutot D, Thieroff-Ekerdt R, Graupe K. Efficacy and safety of azelaic acid (15%) gel as a new treatment for papulopustular rosacea: results from two vehicle-controlled, randomized phase III studies. J Am Acad Dermatol 2003 Jun;48(6):836-45. PubMed
- Del Rosso JQ, Preston NJ, Caveney SW et al. Effectiveness and safety of modified-release doxycycline capsules once daily for papulopustular rosacea monotherapy results from a large community-based trial in subgroups based on gender. J Drugs Dermatol 2012;11(6):703-7. PubMed
- Powell FC. Clinical practice. Rosacea. N Engl J Med 2005 Feb 24;352(8):793-803. PubMed
- Crawford GH, Pelle MT, James WD. Rosacea: I. Etiology, pathogenesis, and subtype classification. J Am Acad Dermatol 2004 Sep;51(3):327-41; quiz 342-4. PubMed
- Pelle MT, Crawford GH, James WD. Rosacea: II. Therapy. J Am Acad Dermatol 2004 Oct;51(4):499-512; quiz 513-4. PubMed

РЕФЕРЕНЦИ

- Thiboutot D, Thieroff-Ekerdt R, Graupe K. Efficacy and safety of azelaic acid (15%) gel as a new treatment for papulopustular rosacea: results from two vehicle-controlled, randomized phase III studies. J Am Acad Dermatol 2003 Jun; 48(6):836-45. PubMed
- Swenor ME. Is permethrin 5% cream effective for rosacea? J Fam Pract 2003 Mar; 52(3):183-4. PubMed

• Baldwin HE. Oral therapy for rosacea. J Drugs Dermatol 2006 Jan; 5(1):16-21. PubMed

Претходни автори:
Heli Majamaa
Последен преглед одобрен како ажуриран 29.4.2014 • Последни промени 29.4.2014
Article ID: ebm00286 (013.061)
© 2014 Duodecim Medical Publications Ltd

- **EBM Guidelines, 29.4.2014,** http://www.ebm-guidelines.com
- **Упатството треба да се ажурира еднаш на 5 години.**
- **Предвидено е следно ажурирање до 2019 година.**

Упатството го ажурирал: И. Стојковски
Координатор: Проф. Др. К. Зафировска

1394.

Врз основа на член 27 став (1) од Законот за здравствената заштита („Службен весник на Република Македонија“ број 43/12, 145/12, 87/13, 164/13, 39/14, 43/14, 132/14, 188/14 и 10/15), министерот за здравство донесе

У П А Т С Т В О
ЗА МЕДИЦИНСКОТО ЗГРИЖУВАЊЕ ПРИ ПСОРИЈАЗА

Член 1

Со ова упатство се утврдува медицинското згрижување при псоријаза.

Член 2

Начинот на медицинското згрижување при псоријаза е даден во прилог, кој е составен дел на ова упатство.

Член 3

Здравствените работници и здравствените соработници ја вршат здравствената дејност на медицинското згрижување при псоријаза по правило согласно ова упатство.

По исклучок од став 1 на овој член, во поединечни случаи по оценка на докторот може да се отстапи од одредбите на ова упатство, со соодветно писмено образложение за причините и потребата за отстапување и со проценка за натамошниот тек на згрижувањето, при што истото од страна на докторот соодветно се документира во писмена форма во медицинското досие на пациентот.

Член 4

Со денот на влегувањето во сила на ова упатство престанува да важи Упатството за практикување на медицина заснована на докази при псоријаза („Службен весник на Република Македонија“ бр. 173/13).

Член 5

Ова упатство влегува во сила наредниот ден од денот на објавувањето во „Службен весник на Република Македонија“.

Бр. 17-2336/1
27 февруари 2015 година
Скопје

Министер,
Никола Тодоров, с.р.

Прилог

ПСОРИЈАЗА

МЗД Упатство
13.1.2014 • Последни промени 13.1.2014
Tapio Rantanen

- Најважно
- Клинички карактеристики
- Диференцијална дијагноза
- Третман
- Фототерапија
- Системска медикаментозна терапија
- Упатување до специјалист
- Поврзани извори
- Референци

НАЈВАЖНО

- Во Скандинавија и земјите од западна Европа преваленцата на псоријаза е приблизно 2%. Ретко се јавува кај малите деца.
  - Постојат два врва на јавување и двата имаат различна генетска позадина.
  - Раното јавување на псоријазата, пред 40-та година, е фамилијарна псоријаза и обично има потешка клиничка слика од псоријазата со доцен почеток.
  - Тригерирачки фактор на псоријазата со ран почеток, особено psoriasis guttata, е стрептококна инфекција, додека псоријазата со доцен почеток е честопати асоцирана со претходна стресна животна ситуација.
  - Гојазноста, ексцесивен внес на алкохол, пушењето и некои лекови се, исто така, познати ризик фактори.
- Псоријазата е хронична, дисфигурирачка и стигматизирачка дерматоза, која може да ја промени сликата на пациентот за самиот себе и да влијае на квалитетот на животот. Може да биде асоцирана со сигнификантна анксиозност и со депресија.
- Псоријазата е асоцирана со зголемен ризик од обезност, дијабет, дислипидемија и кардиоваскуларни заболувања.

КЛИНИЧКИ КАРАКТЕРИСТИКИ

- Дијагнозата на псоријазата се базира на клиничката слика.
  - Во специјални случаи, земањето на биопсија е од корист. Парчето биопсија треба да се земе од средината на нетретирана плака со 4-6 мм биоптичен punch .
- Најчест тип псоријаза (околу 90% од сите случаи) е плакарна псоријаза (нумуларна псоријаза, вулгарна псоријаза). Карактеристичните плаки се симптоматски и со симетрична дистрибуција на лактите, колената, нозете, долниот дел од грбот и скалпот.
  - Плаките се јасно ограничени, еритемни и задебелени со дијаметар не помал од 0.5 цм. Плаките се покриени со слој од сребренести сквами, а нивната дебелина е специфична за секој пациент и варира во зависност од третманот.
    - По нежно гребење на сквамите се регистрира точкасто капиларно крвавење (Auspitz-ов знак).
    - Плакарната псоријаза понатаму се дели на големо плакарна псоријаза (плаките се со димензии над 3 цм) и мало плакарна псоријаза (плаките се помали од 3 цм).
  - Кога плаките се локализирани на прегибните регии – субмамарно, папокот, ингвинално, интерглутеално, аксиларно – сквамите се отсутни (флексурална псоријаза, инверзна псоријаза).

- Гутатна псоријаза е генерализирана кожна ерупција; типично се јавува кај млади по стрептококен тонзилит. Состојбата, обично, спонтано поминува, но таа може да се јави подоцна во вид на мали индивидуални промени или може да се развие во плакарна псоријаза.
- Пустулозните форми псоријаза се ретки. Тие се акрална псоријаза, пламоплантарна и генерализирана псоријаза, како и еритродермична псоријаза која ја зафаќа целата кожа.
- Промените на ноктите, вклучувајќи ја појавата на точкести вдлабнувања, масни дамки, дистална онихолиза, субунгвална хиперкератоза и пропаѓање на целата ноктена плоча, честопати се корисни во диференцијалната дијагноза. Тие често се гледаат кај псоријатичниот артритис.

ДИФЕРЕНЦИЈАЛНА ДИЈАГНОЗА

Скалп
- Кај себороичниот дерматитис сквамите се потенки, масни и подобро реагираат на терапија. Себороичниот дерматит тешко се разликува од псоријазата кога нема зафаќање на другите регии од кожата.
- Габичната инфекција на скалпот ретко се јавува кај населението во западна Европа. Главно се јавува кај деца. Оваа дијагноза може да биде исклучена со негативен нативен препарат и негативна култура за габички.
- Неуродермитот на вратот (lichen simplex nuchae) го карактеризира изолирана, пруритична плака, покриена со тенки сквами.

Прегибни регии
- Себороичнниот дерматит може да потсетува на флексурална псоријаза. Прегледајте ги и другите регии. Не секогаш е неопходно да се направи разлика помеѓу овие две состојби, поради тоа што третманот е ист.
- Габична инфекција (тинеа) може да потсетува на псоријаза; меѓутоа, таа обично заздравува во центарот, а се шири периферно. Позитивната култура за габички е дијагностичка.
- Кандидијазата во флекорните регии не се сретнува често кај возрасните групи кај кои се јавува псоријазата (кај млади и кај пациенти од средна возраст). Таа се манифестира како еритемна влажна промена и мацерација со околна "сателитска ерупција". Дијагнозата на кандидијазата се потврдува културелно.
- Еритразмата претставува макулозно кафено обоено поле со дискретни симптоми, најчесто се сретнува во аксилите и во препоните. Таа е предизвикана од прекумерно растење на дифтероиди на нормална кожна флора. Овие полиња флуоресцираат корално црвено под долги бранови на ултравиолетова радијација (Вудова ламба).

Дланки, стапала
- Хиперкератотичниот егзем на дланките и палмоплантарната пустулоза тешко е да се разликуваат од псоријазата. Прегледајте ја целата кожа.
- Габичната инфекција може лесно да се дијагностицира со директно микроскопско иследување од примерок со добар квалитет.

ТЕРАПИЈА

- Третманот треба да се насочи кон подобрување на болеста кога таа го нарушува квалитетот на животот на пациентот.
  - Не е потребно псоријазата да се третира ако таа нема несакани дејства врз пациентот.
  - Комплетно асимптоматска состојба ретко се постигнува со сегашните тераписки модалитети.
  - Псоријазата може да е асоцирана со анксиозност и депресија кои побаруваат понатамошен третман.

- Современата тераписка пракса е наведена во табела 1. Третманите се поделени на топични третмани, фототерапија и системска терапија и тие се обезбедуваат на различни нивоа од здравствената зажтита.
- Терапискиот избор зависи од:
  - Поттипот на псоријазата и ефектот кој таа го има врз квалитетот на животот на пациентот.
  - Нејзината распространетост, тежината и локализацијата на лезиите.
  - Расположливоста, остварливоста и чинењето на терапијата.
  - Возраста на пациентот и неговата животна ситуација, како и од анамнезата на пациентот за предходните тераписки одговори и можното присуство на коморбидитети.
- Псоријазата е хронична состојба и заради тоа освен третманот на акутната фаза, треба предвид да се земе и долготрајниот план на лекување.
- Треба да бидат земени предвид и другите болести и ризици, асоцирани со псоријазата(на пр. метаболниот синдром и асоцираните нарушувања), како и животниот стил кој има штетно влијание на псоријазата (консумирање на алкохол, пушење).

Табела 1. Класификација на псоријатичните третмани

	Топичен третман	**Фототерапија**	**Системска терапија**
Самостојна нега	• Емолиенти • Кератолитици • Шампони против првут • Хидрокортизон • Оклузивни преврски	• Природна сончева светлина • УВБ за домашна употреба	
Матичен доктор/ примарна здравствена заштита	• Деривати на витамин Д3 • Кортикостероиди • Комбинирани продукти	• Организирана климатотерапија (хелиотерапија) • СУП (УВБ)	
Специјалист/ Специјалистичка здравствена заштита	• Дитранол • Тазаротен • Катрани • Инхибитори на калцинеурин	• УВБ, широк спектар • УВБ, тесен спектар • ПУВА, локална	• Ацитретин • Метотрексат • Циклоспорин • ПУВА, системска • Биолошка терапија

ЛОКАЛНА ТЕРАПИЈА

- За лекарот од општа пракса главна форма на терапија е топичниот третман и во најголем број случаи тој е доволен за терапија на псоријазата.
- Мастите и кремовите може, исто така, да го потенцираат ефектот на другите тераписки режими (ннд-В).

Плакарна псоријаза

- Ако лезиите се покриени со дебел слој сквами, можеби е соодветно лекувањето да се започне со отстранување на сквамите. Препаратите на салицилна киселина (5%) се достапни без рецепт и треба да се употребуваат неколку дена. Сквамите не смеат да се отстрануваат со гребење или со триење.
- Емолиентите се употребуваат или истовремено со другите третмани или како третман на одржување. Во многу благите случаи тие може да се доволни за третман на псоријазата.
- Топичните препарати на витамин Д и неговите деривати (калцитриол и калципотриол) се ефикасен и безбеден долготраен третман за плакарната псоријаза (ннд-**В**). Може да се јават локални реакции. Употребата на топичниот витамин Д може да биде попречена заради потребата овој препарат да се аплицира регуларно 2 пати на ден, со цел да се постигне комплетниот ефект, а треба да се има на ум дека терапискиот одговор не е видлив првите 4-6 недели. Ова е најбезбедниот и најпрепорачливиот третман, но само мал број пациенти се во можност да продолжат со долгпотраен третман со редовна примена на лекот.

- Топичните кортикостероиди (потентни или силно потентни, на пр. група III-IV) делуваат бргу и го намалуваат јадежот кој е присутен кај 70% од пациентите. Тие би требало да се користат на почетокот континуирано во траење 2-4 недели, следено со постепено намалување и прекин на терапијата. Нагло прекинување на терапијата би требало да се избегнува, бидејќи доведува до брзи рецидиви. Треба да се направи напор да се избегне појавата на несакани дејства од долготрајната употреба, а пациентите треба соодветно да се мониторираат.
- Комбинираната маст од калципотриол и бетаметазон дипропионат е најбрзиот и најефикасниот топичен третман за плакарната псоријаза (ннд-**B**). Доволно е да се аплицира еднаш дневно. Иницијалниот третман трае 4 недели, а потоа треба да се продолжи со еден од следниве тераписки режими:
  - Калципотриол еднаш или два пати дневно како долготрајна терапија.
  - Калципотриол во текот на неделата, а комбинираната маст преку викенд.
  - Комбинирана маст по потреба.
    - Во една студија во траење од 52 недели, 4,8% од корисниците имале несакани дејства од кортикостероидната терапија.
  - Катраните и дитранол (ннд-**B**) се стари, но ефикасни третмани, но заради мирисот и валкањето на облеката не се толерираат добро и во некои земји повеќе не се употребуваат.
  - Тазаротен (ннд-**B**) е аналог на ретиноидот. Во многу земји не е регистриран како медицински продукт.
  - За оклузивните преврски, без медикамент, имаа соопштувања дека се ефикасни во третманот на локализирана плакарна псоријаза. Тие ја зголемуваат ефикасноста на кортикостероидните препарати и на калципотриолот, особено при третман на изолирани, перзистентни плаки.

Плакарна псоријаза на специфични места

- Псоријазата на скалпот се третира со често шампонирање. Ако е потребно, на почетокот може да се аплицира салицилна киселина за ексфолијација, а потоа раствор на гликокортикостероиди или комбинирани препарати.
  - Слојот на сквами ја превенира пенетрацијата на медицинските препарати.
  - Салицилната киселина често се користи како 5-10% микстура (подготвена во аптека) во крем, рициново масло или macrogol база за маст.
- Псоријазата на лице може да се третира со:
  - Средно потентни кортикостероиди.
  - Пимекролимус и такролимус.
- Флексорната псоријаза се третира со истите препарати како псоријазата на лице. Некои пациенти ги толерираат препаратите со витамин Д во флексорните регии.
- Третманот на дланките и на табаните е ист како и горенаведените препарати кои се користат за плакарна псоријаза. За да се третира хиперкератозата, се користи 20%-на салицилна киселина. Кај потешките случаи, може да се препише системски ацитрацин.

Гутатна псоријаза

- Ако гутатната псоријаза не е многу екстензивна, може да се користат локалните препарати за плакарна псоријаза, особено топичните кортикостероиди.
  - УВБ фототерапијата е терапија од избор кај екстензивната форма на psoriais guttata.

Пустуларна и еритродермична псоријаза

- Главниот третман се состои од системска терапија, со примена на емолиенти и кортикостероиди како суплементарен локален третман.

ФОТОТЕРАПИЈА

- Фототерапијата може да се користи за екстензивни форми на гутатна и плакарна кај индивидуи, чијашто кожа толерира експозиција на сонце и кои лесно потемнуваат.
- Одредени фотосензитирачки медикаменти може да бидат контраиндикација за оваа терапија.
- Изложувањето на природната сончева светлина ја подобрува псоријазата.
  - За да се постигне добар тераписки одговор, експозицијата на сонце мора да трае 3 недели.
  - Организирана хелиотерапија (климатотерапија) е ефикасен, но релативно скап метод на третман заради губењето на работните денови.
  - Хелиотерапијата би можела да се покрие од националните здравствени осигурувања. Тоа што покрива осигурувањето се разликува од земја во земја. Може да се покријат и деновите од работа.
- Ултравиолетовата Б радијација (УВБ третман). Докторот кој ја препишува оваа терапија треба да биде запознат со типот на кожата на пациентот, како и со радијационият спектар и дозата на зрачење која ја емитираат апаратите за фототерапија. Уште повеќе, дозата на зрачење и кумулативната доза мора да се забележат. Ако пациентот има корист од третманот, матичниот доктор може да препише повторни сесии.
  - Конвенционалната широкобранова УВБ фототерапија е ефикасна во третманот на psoriasis guttata и лесната форма на плакарна псоријаза. Терапијата не е асоцирана со зголемен ризик од канцер на кожата.
    - Возможно е да се инсталира единица за фототерапија во домот од пациентите. Ова претставува трошковно-ефикасен тераписки модалитет.
  - Теснобрановата УВБ терапија (311-318 нм) е поефикасна од широкобрановата УВБ терапија и претставува фототерапија од избор кај пациентите со псоријаза. Многу болници ги заменија своите широкобранови со теснобранови единици.
    - Резултатот од третманот е исто добар, или дури и подобар, од оној кој се постигнува со ПУВА-бања (со употреба на топични псорален).
    - Засега нема соодветни податоци за ризиците од долготрајната употреба на овој третман.
- Кај ПУВА терапијата (комбинира псорален со УВА зраци) (ннд-**А**), кожата на пациентот се сензибилизира на светлина со псорален кој се аплицира или локално (ПУВА-бања или ПУВА-крем) или преку уста (орална-ПУВА). ПУВА терапија денеска се користи ретко и може да препише само специјалист.

МЕДИКАМЕНТОЗНА СИСТЕМСКА ТЕРАПИЈА

- На пациенти со тешка псоријаза од дерматолог може да бидат препишувани и ацитретин, метотрексат (ннд-**С**) и циклоспорин (ннд-**А**). Нивната примена побарува искуство од специјалист и внимателно следење. Метотрексатот и циклоспоринот се речиси подеднакво ефикасни во третманот на средна до тешка форма на плакарна псоријаза.
- Биолошката терапија треба да се земе предвид во третманот на средно тешката и тешката форма на псоријаза, рефракторна на другите третмани или ако другите третмани се контраиндицирани или пациентот не ги толерира.
  - Устекинумаб е лиценциран за третман на псоријазата на кожата, а адалимумаб, етанерцепт и инфликсимаб за третман и на кожна псоријаза и на псоријатичен артрит (лиценцирањето е различно од земја до земја).
  - Употребата на биолошката терапија е асоцирана со сериозни ризици, за кои треба да се свесни сите терапевти, а особено:
    - Брза прогресија, тешка клиничка слика и атипична презентација на вообичаени бактериски инфекции.
    - Активација на латентна туберкулоза, често како милијарна туберкулоза или со атипична презентација.
    - Опортунистички инфекции.

УПАТУВАЊЕ ДО СПЕЦИЈАЛИСТ

- Децата со псоријаза и возрасните кои не реагираат на вообичаените тераписки модалитети, треба да бидат испратени кај дерматолог.
- Искусен дерматолог може да биде покорисен во дијагнозата на проблематичната псоријаза од испраќањето биопсија.
- Во случај кога се сомневаме за прекумерна употреба на кортикостероиди.

ПОВРЗАНИ ДОКАЗИ

Кохранови прегледи

- Не постојат доволно докази за оценка на топични третмани кај проријаза на ноктите. Системски и радиотерапии можат да бидат ефективни.
- Не постојат докази кои одат во прилог на антистрептококни интервенции при псоријаза.
- Орални ретиноиди, особено кога се во комбинација со псоралени и ПУВА наизглед се корисни при хронична палмоплантарна пустулоза но ниту еден третман целосно не ја супримирал состојбата.

Останати докази

- Комбинирани третмани на топичен калципотриен со ацитретин, циклоспорин и псорален - УВ-А наизглед не го подобруваат ефектот при хронична плаковна псориаза но на долг план можат да го намалат ризикот од токсични ефекти.

РЕФЕРЕНЦИ

- Parisi R, Symmons DP, Griffiths CE et al. Global epidemiology of psoriasis: a systematic review of incidence and prevalence. J Invest Dermatol 2013;133(2):377-85. «PMID: 23014338»PubMed
- Henseler T, Christophers E. Psoriasis of early and late onset: characterization of two types of psoriasis vulgaris. J Am Acad Dermatol 1985 Sep;13(3):450-6. «PMID: 4056119»PubMed
- Mallbris L, Larsson P, Bergqvist S, Vingård E, Granath F, Ståhle M. Psoriasis phenotype at disease onset: clinical characterization of 400 adult cases. J Invest Dermatol 2005 Mar;124(3):499-504. «PMID: 15737189»PubMed
- Rapp SR, Feldman SR, Exum ML, Fleischer AB Jr, Reboussin DM. Psoriasis causes as much disability as other major medical diseases. J Am Acad Dermatol 1999 Sep;41(3 Pt 1):401-7. «PMID: 10459113»PubMed
- Fortune DG, Richards HL, Griffiths CE. Psychologic factors in psoriasis: consequences, mechanisms, and interventions. Dermatol Clin 2005 Oct;23(4):681-94. «PMID: 16112445»PubMed
- Daudén E, Castañeda S, Suárez C et al. Clinical practice guideline for an integrated approach to comorbidity in patients with psoriasis. J Eur Acad Dermatol Venereol 2013;27(11):1387-404. «PMID:23134338»PubMed
- Griffiths CE, Christophers E, Barker JN, Chalmers RJ, Chimenti S, Krueger GG, Leonardi C, Menter A, Ortonne JP, Fry L. A classification of psoriasis vulgaris according to phenotype. Br J Dermatol 2007 Feb;156(2):258-62. «PMID: 17223864»PubMed
- Mason J, Mason AR, Cork MJ. Topical preparations for the treatment of psoriasis: a systematic review. Br J Dermatol 2002 Mar;146(3):351-64. «PMID: 11952534»PubMed
- Kimball AB, Szapary P, Mrowietz U et al. Underdiagnosis and undertreatment of cardiovascular risk factors in patients with moderate to severe psoriasis. J Am Acad Dermatol 2012;67(1):76-85. «PMID: 22018756»PubMed
- Ahlehoff O, Skov L, Gislason G et al. Pharmacological undertreatment of coronary risk factors in patients with psoriasis: observational study of the Danish nationwide registries. PLoS One 2012;7(4):e36342. «PMID: 22558442»PubMed
- Lee E, Koo J, Berger T. UVB phototherapy and skin cancer risk: a review of the literature. Int J Dermatol 2005 May;44(5):355-60. «PMID: 15869531»PubMed

- Yelverton CB, Kulkarni AS, Balkrishnan R, Feldman SR. Home ultraviolet B phototherapy: a cost-effective option for severe psoriasis. Manag Care Interface 2006 Jan;19(1):33-6, 39. «PMID: 16453993»PubMed
- Ibbotson SH, Bilsland D, Cox NH, et al; British Association of Dermatologists. An update and guidance on narrowband ultraviolet B phototherapy: a British Photodermatology Group Workshop Report. Br J Dermatol 2004 Aug;151(2):283-97. «PMID: 15327535»PubMed
- Snellman E, Klimenko T, Rantanen T. Randomized half-side comparison of narrowband UVB and trimethylpsoralen bath plus UVA treatments for psoriasis. Acta Derm Venereol 2004;84(2):132-7. «PMID:15206693»PubMed
- Snellman E, Maljanen T, Aromaa A, Reunanen A, Jyrkinen-Pakkasvirta T, Luoma J. Effect of heliotherapy on the cost of psoriasis. Br J Dermatol 1998 Feb;138(2):288-92. «PMID: 9602876»PubMed
- Micha R, Imamura F, Wyler von Ballmoos M et al. Systematic review and meta-analysis of methotrexate use and risk of cardiovascular disease. Am J Cardiol 2011;108(9):1362-70. «PMID:21855836»PubMed

Претходни автори:
Erna Snellman and Inkeri Helander
Последен преглед одобрен како ажуриран 13.1.2014 • Последни промени 13.1.2014
Article ID: ebm00288 (013.071)

© 2014 Duodecim Medical Publications Ltd

- **EBM Guidelines, 13.1.2014, http://www.ebm-guidelines.com**
- **Упатството треба да се ажурира еднаш на 3 години.**
- **Предвидено е следно ажурирање до јануари 2017 година.**

Упатството го ажурирал: И. Стојковски
Координатор: Проф. Др. К. Зафировска

1395.

Врз основа на член 27 став (1) од Законот за здравствената заштита („Службен весник на Република Македонија“ број 43/12, 145/12, 87/13, 164/13, 39/14, 43/14, 132/14, 188/14 и 10/15), министерот за здравство донесе

У П А Т С Т В О
ЗА МЕДИЦИНСКОТО ЗГРИЖУВАЊЕ ПРИ ПИТИРИЈАЗИС ВЕРЗИКОЛОР

Член 1

Со ова упатство се утврдува медицинското згрижување при питириjазис верзиколор.

Член 2

Начинот на медицинското згрижување при питириjазис верзиколор е даден во прилог, кој е составен дел на ова упатство.

Член 3

Здравствените работници и здравствените соработници ја вршат здравствената дејност на медицинското згрижување при питириjазис верзиколор по правило согласно ова упатство.

По исклучок од став 1 на овој член, во поединечни случаи по оценка на докторот може да се отстапи од одредбите на ова упатство, со соодветно писмено образложение за причините и потребата за отстапување и со проценка за натамошниот тек на згрижувањето, при што истото од страна на докторот соодветно се документира во писмена форма во медицинското досие на пациентот.

Член 4

Со денот на влегувањето во сила на ова упатство престанува да важи Упатството за практикување на медицина заснована на докази при питириjазис верзиколор („Службен весник на Република Македонија“ бр. 173/13).

Член 5

Ова упатство влегува во сила наредниот ден од денот на објавувањето во „Службен весник на Република Македонија“.

Бр. 17-2335/1
27 февруари 2015 година
Скопје

Министер,
Никола Тодоров, с.р.

Прилог

ПИТИРИЈАЗИС ВЕРЗИКОЛОР

МЗД Упатство
12.8.2013 • Последни промени 12.8.2013
Pekka Autio

- Најважно
- Симптоми
- Иследувања
- Третман
- Поврзани извори

НАЈВАЖНО

- Кај питиријазис верзиколор, кожните промени се должат на прекумерниот раст на *Pityrosporum ovale (Malassezia furfur).*
- Причината за порастот на овие липофилни габички во голем број на кожата кај некои пациенти е непознат.
- Состојбата не е заразна

СИМПТОМИ

- Неправилни, умерено сквамозни макули се јавуваат на трупот, на вратот и на проксималните делови од екстремитетите.
- Бојата варира од бледа до кафеава, дури и валкано сива. На светла кожа макулите се кафени, а на потемнета кожа од сонце тие се посветли од околината.

ИСЛЕДУВАЊА

- Клиничката слика е доволна за поставување дијагноза.
- Pityrosporum се наоѓа и на нормалната и затоа позитивната култура за габички не е од корист за поставување на дијагнозата.
- Под микроскоп, во киретиран материјал (обоен со метиленско сино) наодот на Pityrosporum е типичен.

ТРЕТМАН

- Локални азоли (кетоконазол, миконазол, клотримазол) во вид на маст (препорачана доза е 1-2 пати дневно во текот на 1-3 недели) или кетоконазол шампон (се аплицира на кожата еднаш дневно 5 дена; профилактички третман е еднаш дневно 3 дена пред почетокот на летната сезона) се корисен третман. Алтернативно, може да се користат тербинафин во форма на спреј, (два пати дневно во текот на една недела) или селениум сулфиде шампон (се аплицира еднаш дневно во тарење од 5-10 минути, а потоа се измива, во текот на 1-2 недели).
- Ако се избере орален третман, алтернативите се итраконазол 200 мг x 1 неделно или флуконазол 50 мг x 1 во времетраење од 2-4 недели:
  - Оралниот тербинафин не е ефикасен кај ова заболување.

- Питиријазис верзиколор не е контагиозна болест. Третманот не значи ерадикација, туку контрола на колонизацијата на овие невини сапрофитни габички.

ПОВРЗАНИ ИЗВОРИ

Извори од интернет

- Burkhart CG, Gottwald L, Burkhart CN. Tinea versicolor. eMedicine 1

Литература

- Affes M, Salah SB, Makni F, Sellami H, Ayadi A. Molecular identification of Malassezia species isolated from dermatitis affections. Mycoses 2008 Jul 15 PubMed
- Yazdanpanah MJ, Azizi H, Suizi B. Comparison between fluconazole and ketoconazole effectivity in the treatment of pityriasis versicolor. Mycoses 2007 Jul;50(4):311-3. PubMed
- Ashbee HR. Update on the genus Malassezia. Med Mycol 2007 Jun;45(4):287-303. PubMed

Последни автори:
Raimo Suhonen
Последен преглед одобрен како ажуриран 12.8.2013 • Последни промени 12.8.2013
Article ID: ebm00268 (013.051)
© 2014 Duodecim Medical Publications Ltd.

- **EBM Guidelines, 12.08.2013, http://www.ebm-guidelines.com**
- **Упатството треба да се ажурира еднаш на 4 години.**
- **Предвидено е следно ажурирање до август 2017 година.**

Упатството го ажурирал: И. Стојковски
Координатор: Проф. Др. К. Зафировска

1396.

Врз основа на член 27 став (1) од Законот за здравствената заштита („Службен весник на Република Македонија“ број 43/12, 145/12, 87/13, 164/13, 39/14, 43/14, 132/14, 188/14 и 10/15), министерот за здравство донесе

У П А Т С Т В О
ЗА МЕДИЦИНСКОТО ЗГРИЖУВАЊЕ ПРИ ПАРОНИХИЈА И ВРАСНАТ НОКОТ

Член 1

Со ова упатство се утврдува медицинското згрижување при паронихија и враснат нокот.

Член 2

Начинот на медицинското згрижување при паронихија и враснат нокот е даден во прилог, кој е составен дел на ова упатство.

Член 3

Здравствените работници и здравствените соработници ја вршат здравствената дејност на медицинското згрижување при паронихија и враснат нокот по правило согласно ова упатство.

По исклучок од став 1 на овој член, во поединечни случаи по оценка на докторот може да се отстапи од одредбите на ова упатство, со соодветно писмено образложение за причините и потребата за отстапување и со проценка за натамошниот тек на згрижувањето, при што истото од страна на докторот соодветно се документира во писмена форма во медицинското досие на пациентот.

Член 4

Со денот на влегувањето во сила на ова упатство престанува да важи Упатството за практикување на медицина заснована на докази при паронихија и враснат нокот („Службен весник на Република Македонија“ бр. 173/13).

Член 5

Ова упатство влегува во сила наредниот ден од денот на објавувањето во „Службен весник на Република Македонија“.

Бр. 17-2334/1
27 февруари 2015 година
Скопје

Министер,
Никола Тодоров, с.р.

Прилог

ПАРОНИХИЈА И ВРАСНАТ НОКОТ

МЗД Упатство
17.9.2013 • Комплетно ажурирано
Alexander Salava

- Најважно
- Етиологија
- Третман
- Враснат нокт
- Парцијална авулзија на ноктот со фенолизација на матриксот
- Референци

НАЈВАЖНО

- Акутната паронихија најчесто одговара на едностанвна дренажа на абцесот без потреба од системски антимкробни лекови
- Враснатиот нокот често изискува парцијална авулзија на нокотот
- Хронична паронихија се јавува најчесто кај луѓе чии што раце се репетитивно изложени на вода

ЕТИОЛОГИЈА

- **Акутната паронихија**
  - Може да се манифестира како болен абцес нокгената плоча или може да стане хронична кога кутукулата исчезнува и целата нокотна плоча станува еритематозна со или без лупење на кожата
  - Акутната инфекција настанува заради мали трауми (на пример гризење на ноктите или маникирски процедури) или враснат раб на нокотот.
  - Најчеста причина е Staphylococus aureus.

- **Хроничната паронихија**
  - Етиологијата е мултифакторијална и не може да биде објаснета само со инфекција
  - Може да го застане растот на ноктот и нокотната плоча може да стане парцијално одлепена
  - Се јавува кај луѓе кои често се изложени на вода. Брисот, земен од инфицираниот нокген sид, честопати покажува раст на Candida albicans или мешана бактериска флора составена од S. aureus, Pseudomonas или E. coli., клиничката сигнификантност оснува контроверзна

ТРЕТМАН

- **Акутна инфекција**
  - Кај акутната фаза абцесот треба да се дренира со локална анестезија со инцизија по должината на оската на прстот (на. Пример со скалпел бр.11)
  - Дебриментот на инфицирано некротилно ткиво се врши со соодветен инструмент, а шуплината се пере на пр. Со физиолошки раствот
  - Прстот треба да се капе наутро и навечер во тек на неколку дена (на пример раствор на хиперманган во траење од 10-15 минути)
  - Доколку паронихијата е предизвикана од враснат нокот, како доволен третман се смета парцијалната авулзија на нокотот и апликација на фенол (фенолизација).
  - Во лесни случаи, се што е потребно како дополна на купката е антибиотски крем

- Системски антимикробни лекови се индицирани само доколку постои суспектен целулитис на околното ткиво
- Антимкробните лекови, како и времетрањеето на терапијата е идентично како при апцес (на пример цефалексин 500-750 мг, три пати на ден во тек на 7-10 дена)

- **Хронична инфекција**
  - Третманот на избор е избегнување и експозиција на влажна средина и иританти
  - Медицинскиот третман се состои од комбинација на локални кортикостероиди и антифингални антисептички агенси во тек на 2-3 недели
  - Системски антифунгални агенси може да се пробаат во потешки случаи, на пр. Флуконазол 150 мг, еднаш неделно во тек на 1-2 месеци
  - Доколку паронихијата е поради професионална експозиција, боледувањето може да биде неопходно

ВРАСНАТ НОКОТ

- Враснатиот нокот го оштетува латералниот sид на нокотот што резултира со болка, хронична инфламација и, во некои случаи, создавање на гранулационо ткиво кое може да биде доста големо.
- Ако купките на палецот и носењето на соодветни обувки не резултира со подобрување, оптималниот третман се состои од парцијална авулзија на нокотот, комбинирана со фенолизација на матриксот.
- Овој пристап е поефикасен (ннд-**А**) и помалку трауматски од хируршката клинеста ресекција.
- Хроничната паронихија нема да биде излекувана со антибиотици и заради тоа е неопходно да се отстрани работ на нокотот.
- Совет од педикир за коректно сечење на нокотот и неинвазивни пристапи можат да бидат од корист за да се превенира враснувањето на нокотот. Во лесни случаи процедури на педкирот може да бидат доволни.

ПАРЦИЈАЛНА АВУЛЗИЈА НА НОКОТОТ СО ФЕНОЛИЗАЦИЈА НА МАТРИКСОТ

- Процедурата може да се изведе за време на акутна инфекција и по курс на антимикробни лекови, или за време на мирната фаза без покривање со антимикробни лекови.
- Употребете блокирање на нервите за да се анестезира палецот, користете лидокаин без епинефрин
- Покријте го прстот со завој.
- Исечете со хируршки ножици парче од 3-5 мм од латералниот раб на нокотот. Продолжете со сечењето на проксималниот раб. Продолжете со отстранување на одлепениот ноктен крај од матриксот, на пример со артериски форцепс. Целиот нарушен раб од нокотот треба да се отстрани, вклучително и неговиот “корен”.
- Исушете ја добиената регија и ставете стапче со тенок слој вата (на пр. метална туба која се користи за испирање на надворешниот ушен канал), потопено во 80% фенол во добиениот канал. Повторета ја апликацијата 2-3 пати, внимавајќи вкупното време на апликација да трае најмалку една минута. Отстранете го вишокот на фенол со инјектирајте физиолошки во раната со шприц.
- Отстранете го завојот. Нанесете парафин врз раната и покријте го со газа. Покријте го местото со еластилен завој
- Кажете му на пациентот да го промива прстот од следниот ден 10-15 мин. два пати дневно, сè додека има секрет од раната.
- По промивката да се аплицира антибиотски крем

РЕФЕРЕНЦА

- Tosti A, Piraccini BM, Ghetti E ym. Topical steroids versus systemic antifungals in the treatment of chronic paronychia: an open, randomized double-blind and double dummy study. J Am Acad Dermatol 2002;47(1):73-6. PubMed

Претходни автори:

Heli Majamaa
Последен преглед одобрен како ажуриран 17.9.2013 •
Article ID: ebm00294 (013.080)
© 2014 Duodecim Medical Publications Ltd

- EBM Guidelines, 17.09.2013, http://www.ebm-guidelines.com
- Упатството треба да се ажурира еднаш на 5 години.
- Предвидено е следно ажурирање до јуни 2018 година.

Упатството го ажурирал: И. Стојковски
Координатор: Проф. Др. К. Зафировска

1397.

Врз основа на член 27 став (1) од Законот за здравствената заштита („Службен весник на Република Македонија“ број 43/12, 145/12, 87/13, 164/13, 39/14, 43/14, 132/14, 188/14 и 10/15), министерот за здравство донесе

У П А Т С Т В О
ЗА МЕДИЦИНСКОТО ЗГРИЖУВАЊЕ ПРИ ОПАЃАЊЕ НА КОСАТА

Член 1

Со ова упатство се утврдува медицинското згрижување при опаѓање на косата.

Член 2

Начинот на медицинското згрижување при опаѓање на косата е даден во прилог, кој е составен дел на ова упатство.

Член 3

Здравствените работници и здравствените соработници ја вршат здравствената дејност на медицинското згрижување при опаѓање на косата по правило согласно ова упатство.

По исклучок од став 1 на овој член, во поединечни случаи по оценка на докторот може да се отстапи од одредбите на ова упатство, со соодветно писмено образложение за причините и потребата за отстапување и со проценка за натамошниот тек на згрижувањето, при што истото од страна на докторот соодветно се документира во писмена форма во медицинското досие на пациентот.

Член 4

Со денот на влегувањето во сила на ова упатство престанува да важи Упатството за практикување на медицина заснована на докази при опаѓање на косата („Службен весник на Република Македонија“ бр. 173/13)..

Член 5

Ова упатство влегува во сила наредниот ден од денот на објавувањето во „Службен весник на Република Македонија“.

Бр. 17-2333/1
27 февруари 2015 година
Скопје

Министер,
Никола Тодоров, с.р.

Прилог

ОПАЃАЊЕ НА КОСАТА

МЗД Упатство
5.8.2013 • Комплетно ажурирано
Alexander Salava

- Најважно
- Историја на болеста
- Дијагноза
- Машки тип на ќелавост (андрогена алопеција)
- Андрогена алопеција кај жени
- Telogen effluvium
- Alopecia areata
- Цикатрицијална алопеција
- Поврзани извори

НАЈВАЖНО

- Најчесто не постојат состојби за кои има третман, а кои предизвикуваат опаѓање на косата
- Дијагнозата се базира на клиничка презентација и анамнеза

ИСТОРИЈА НА БОЛЕСТА

- Да се земат во предвид каузативните фактори во последните 3-6 месеци
  - Сериозна инфекција
  - Некои лекарства
  - Хипотироидизам
  - Раѓање на дете, стрес
  - Надворешни причини, како што се на пример процедури за стилизирање на косата, третман на коса

ДИЈАГНОЗА

- Да се разликува дифузно губење на косата од расфрлано
- Да се прегледа скалпот (црвенила, фоликулитис)
- Да се направи тест на тегнење на косата: да се земат неколку прамени на косата и да се повлечат нежно. Нормално помалку од 5 влакна треба да испаднат
- Лабораториски испитувања за да се исклучи некој друга болест: седиментација, крвна слика, TSH, калциум
- Ретка причина за губење на косата може да биде дефицит на цинк (малабсорпција) и секундарен сифилис. Доколку е оправдано, ниво на цинк во серумот и антитела на трепонема палидум треба да бидат проверени

МАШКИ ТИП НА ЌЕЛАВОСТ (АНДРОГЕНЕТСКА АЛОПЕЦИЈА)

- Често е наследна
- Дијагнозата се базира на клиничка презентација
- Ретчењето на косата е најсилно во регијата на вертексот, темето и на слепоочниците, а линијата кон челото се повлекува погоре.
- Фармакотерапија
  - Ефектот на миноксидилот трае додека се користи.
  - Пред почетокот на третманот, пациентот би требало да биде информиран дека, за да биде ефективен третманот со миноксидил или финастерид, би требало да се користи

континуирано во текот на животот и дека тоа чини скапо. Престанокот на третманот доведува до губење на постигнатите ефекти во текот на следните 3 - 12 месеци. Повторен третман не ја враќа состојбата којашто постоела пред престанокот.

- Трансплантација на коса и други пластично хируршки техники може да бидат третманска опција за губиток на косата

АНДРОГЕНЕТСКА АЛОПЕЦИЈА КАЈ ЖЕНИ

- Кореспондира со машкиот тип андрогена алопеција и е генетски индуцирана.
- Вообичаено започнува во подоцнежната возраст, споредено со мажите.
- Косата се разретчува поедначкво и нема ретракција на линијата на косата ниту ќелавост на темето како кај мажите. Козметското нарушување, предизвикано од оваа состојба, обично не е многу големо.
- Во отсуство на останати симптоми на хиперандрогенизам, полицистични овариуми, абнормално менструално крварење, нема потреба од лабораториски тестови
- Третман
  - Треба да се направи обид со топичен миноксидил
  - Ако симптомите се многу загрижувачки за жената, може да се направи обид со анти-андрогени контрацептиви (спиронолактон или ципротеронацетат) во текот на 6-12 месеци.
  - Оптимална доза на спиролактон е 75-100 мг/ ден, дневно или поделено на две дози. Концентрацијата на натриум, калиум и нивото на креатинин треба да биде поверено 1 месец по третманот и потоа ако има потреба
  - Витамини, суплементи на микроелементите, продуктите за нега на коса, масажа на скалпот и др. се неефикасни.

ТЕЛОГЕН ЕФЛУВИУМ

- Означува состојба кога поголем процент влакна во исто време преминува од фазата на раст во телогена фаза и заради тоа опаѓа по 2-4 месеци по каузативниот фактор
- Најчести причини
  - Рана фаза на машка ќелавост
  - Фебрилна состојба
  - Хронична болест
  - Хипотиреоза
  - Анемија
  - Слаба исхрана
  - Стрес
  - Хирургија
  - Раѓање на дете
  - Лекарства
  - На пример запирање или отпочнување на орални контрацептиви, антиепилептици, хепарин, тироидни лекарства, анаболички стероиди, некои антиревматици, хлоркининг, метротрексат
- Акутната форма на оваа состојба може да е предизвикана од цитостатици и радиотерапија
- Косата опаѓа рамномерно по целиот скалп и нема создавање на ќелави полиња.
- Со тестот на повлекување на косата во раката се забележуваат повеќе влакна од вообичаено.
- Влакната повторно растат по 6 месеци.
- Хроничната форма се јавува кај средовечни жени и може да трае неколку години.

ALOPECIA AREATA

- Автоимуна болест која афектира околу 2% од популацијата во текот на животот
- Дијагнозата се базира на типични регии на алопеција кои се развиле во тек на неколку недели без да се јави лупење или црвенило

- Малите жаришта спонтано се пополнуваат во текот на неколку месеци, но состојбата може да рецидивира неколку пати во текот на годините.
- Прогнозата за опаѓањето на косата е лоша, особено ако се афектирани и трепките, веѓите и брадата.
- Овој тип на алопеција може да биде асоциран со атопија, целиаката или автоимун тироидит
  - Клиничко сомнение и евалуација на нивото на TCX или анти-трансглутаминати и анти-ендомицински антитела
- Алопецијата може да биде асоцирана и со абнормалности во ноктите

Третман
- Примената на различни третмани не е одлучувачка за прогнозата (ннд-**C**), но може да го подобри порастот на косата до одреден степен.
- Топични потентни кортикостероидни масти во времетраење од 3-4 недели.
- Перики: пациентите може да износат една или неколку перики годишно, во зависност од материјалот (синтетички влакна или природна коса).
- Дерматологот може да се обиде со имунотерапија која с е заснова на на ослободување и индукција на контактни алергени, заедно со системски кортикостероиди , но третманскиот одговор е често слаб (ннд-**C**).
- Билните продукти, витамини, суплементација на микроелементи и др. не се ефикасни.

ЦИКАТРИЈАЛНА АЛОПЕЦИЈА

- Хетерогена група на состојби од непозната етиологија
- Симптомите вклучуваат ограничено губење на косата со црвенило и лупење во афектираната регија од скалпот, со подоцнежно формирање на лузна (уништени се фоликулите)
- Најчесто асоцирани состојби се дискоиден лупус еритемаосус и лихен планус
- Состојбата бара интервенција од дерматолог

ПОВРЗАНИ ИЗВОРИ

Извори од интернет
- Bolduc C, Lui H, Shapiro J. Alopecia areata. eMedicine 1
- Hantash B, Schwartz R. Traction alopecia. eMedicine 2
- Feinstein R. Androgenetic alopecia. eMedicine 3
- Gerstner G, Lebwohl M. Alopecia mucinosa. eMedicine 4

Литература

- Messenger AG, McKillop J et al. British Association of Dermatologists' guidelines for the manage-ment of alopecia areata 2012. Br J Dermatol. 2012 May;166(5):916-26.
- Tsuboi R, Itami S, Inui S ym. Guidelines for the management of androgenetic alopecia (2010). J Dermatol 2012;39(2):113-20. PubMed
- van Zuuren EJ, Fedorowicz Z, Carter B. Evidence-based treatments for female pattern hair loss: a summary of a Cochrane systematic review. Br J Dermatol. 2012 Nov;167(5):995-1010.
- Shapiro J. Clinical practice. Hair loss in women. N Engl J Med 2007 Oct 18;357(16):1620-30. PubMed
- Otberg N, Wu WY, McElwee KJ, Shapiro J. Diagnosis and management of primary cicatricial alopecia: part I. Skinmed 2008 Jan-Feb;7(1):19-26. PubMed
- Wu WY, Otberg N, McElwee KJ, Shapiro J. Diagnosis and management of primary cicatricial alopecia: part II. Skinmed 2008 Mar-Apr;7(2):78-83. PubMed
- Sinclair R, Wewerinke M, Jolley D. Treatment of female pattern hair loss with oral antiandrogens. Br J Dermatol 2005 Mar;152(3):466-73. PubMed
- Leavitt M. Understanding and management of female pattern alopecia. Facial Plast Surg 2008 Nov;24(4):414-27. PubMed

• Scheinfeld N. A review of hormonal therapy for female pattern (androgenic) alopecia. Dermatol Online J 2008 Mar 15;14(3):1. PubMed

Претходни автори:
Eero Lehmuskallio
Последен преглед одобрен како ажуриран 5.8.2013 • Последни промени 5.8.2013
Article ID: ebm00291 (013.003)
© 2014 Duodecim Medical Publications Ltd

- **EBM Guidelines, 5.8.2013,** http://www.ebm-guidelines.com
- **Упатството треба да се ажурира еднаш на 4 години.**
- **Предвидено е следно ажурирање до 2017 година**

Упатството го ажурирал: И. Стојковски
Координатор: Проф. Др. К. Зафировска

1398.

Врз основа на член 27 став (1) од Законот за здравствената заштита („Службен весник на Република Македонија“ број 43/12, 145/12, 87/13, 164/13, 39/14, 43/14, 132/14, 188/14 и 10/15), министерот за здравство донесе

У П А Т С Т В О
ЗА МЕДИЦИНСКОТО ЗГРИЖУВАЊЕ ПРИ МАЛИГНИ ЕПИДЕРМАЛНИ КОЖНИ ТУМОРИ (БАЗОЦЕЛУЛАРЕН И ПЛАНОЦЕЛУЛАРЕН КАРЦИНОМ)

Член 1

Со ова упатство се утврдува медицинското згрижување при малигни епидермални кожни тумори (базоцелуларен и планоцелуларен карцином).

Член 2

Начинот на медицинското згрижување при малигни епидермални кожни тумори (базоцелуларен и планоцелуларен карцином) е даден во прилог, кој е составен дел на ова упатство.

Член 3

Здравствените работници и здравствените соработници ја вршат здравствената дејност на медицинското згрижување при малигни епидермални кожни тумори (базоцелуларен и планоцелуларен карцином) по правило согласно ова упатство.

По исклучок од став 1 на овој член, во поединечни случаи по оценка на докторот може да се отстапи од одредбите на ова упатство, со соодветно писмено образложение за причините и потребата за отстапување и со проценка за натамошниот тек на згрижувањето, при што истото од страна на докторот соодветно се документира во писмена форма во медицинското досие на пациентот.

Член 4

Со денот на влегувањето во сила на ова упатство престанува да важи Упатството за практикување на медицина заснована на докази при невуси и кожен карцином (базоцелуларен и сквамоцелуларен) („Службен весник на Република Македонија“ бр. 173/13).

Бр. 17-2332/1
27 февруари 2015 година
Скопје

Министер,
Никола Тодоров, с.р.

Прилог

МАЛИГНИ ЕПИДЕРМАЛНИ КОЖНИ ТУМОРИ (БАЗОЦЕЛУЛАРЕН И ПЛАНОЦЕЛУЛАРЕН КАРЦИНОМ)

МЗД УПАТСТВО
24.9.2013 • Комплетно ажурирано
Alexander Salava

- Најважно
- Превенција
- Базоцелуларен карцином (Базалиом) - BCC
- Планоцелиларен карцином (Епидермоиден карцином) - SCC
- SCC на усната
- Поврзани докази

НАЈВАЖНО

- Малигните едидермални кожни тумори се чести
- Коскената биопсија со потврдена дијагноза, и биопсија можат да бидат земени од било која кожна лезија
- Не-хирушките третмански модалитети играат важна улога во третманот на овие тумори

ПРЕВЕНЦИЈА

Превенцијата вклучува избегнување на сончева експозиција, користење на заштити од сонце, заштитна облека и шапки со широк обод (шешири)

БАЗОЦЕЛУЛАРЕН КАРЦИНОМ (БАЗАЛИОМ) - BCC

Општо

- BCC е резултат на неконтролирана мултипликација на епидермални базални ќелии
- Најчест малигном кај светли индивидуи
- Малигната природа на BCC се однесува на фактот дека тој продолжува да расте и да пететрира во подлабоките ткива
- Не метастазира

Фактори на ризик

- Генетската предиспозиција и експозиција на сонце игра улога во развој на BCC
- Половина од пациентите со BCC ќе развијат еден или повеќе BCC во текот на следните 3 години

Дијагноза

- Постојат неколку хистолошки субтипови на BCC, нодуларниот, површниот, пигментнот и склеротизирачкиот тип
- Нодуларниот BCC се манифестира како типична промена во боја на кожа и форма на плака или папула со потонат центар и телеангиектатични површни крвни садови
- Површниот BCC е типичен како чисто демаркирана еритематозна лезија со лесно лупење
- Нодуларниот BCC најчесто се јавува на лицето или ушите, додека површниот тип се јавува најчесто на трупот
- Доколку не се третира BCC продолжува да расте пополека во тек на месеци и години. Брзината на растење покажува варијации помеѓу случаите. Многу агресивните и брзо растечките типови можат да бидат видени, најчесто кај имуносупримирани пациенти

Третман
- Првата линија на третманот е хируршка ексцизија
- Општиот доктор може да го отстрани туморот од кожата, доколку е запознаен со хируршките техники во афектираната регија
- Лицевиот нодуларен и склеротизирачкиот тип најчесто се оперираат со специјалистичка установа
- Лезијата се екстрипира под локална анестезија со 3-5 мм маргина на здраво ткиво. Доколку е потребна реконструкција, тоа може да се направи со кожен флап или слободен кожен графт
- Целта е да се отстранат сите туморски клетки од кожата со земање на доволно голема маргина која се проширува во здравото ткиво
- Површниот тумор е можно да се третира со криотерапија со течен азот во единица која е доволно искусна за користење на овој модалитет. Оваа метода е исто соодветна кај обичен BCC посебно кај постари индивидуи
- Новите третмански методи вклучуваат фотодинамична терапија и локален третман

Следење
- Докторот кој го третирал пациентот ќе одлучи за честотата и институцијата каде што пациентот ќе биде следен.
- Малите тумори во безбедни зони на кожата можат да бидат екцизирани во здравени установи, каде шо годишното следење може да биде спроведено (за време од 2-3 години)
- Позитивната дијагноза мора да биде пријавена кај соодветниот регистар за рак
- Кај помладите пациенти може да има потреба од упатување на специјалист бидејќи BCC може да биде асоциран со ретки наследни болести на пример Горлин синдромот

Консултација со специјалист
- Доколку BCC е во региите каде е тешко да се третира во близина на очните капаци, ноздрите и ушниот канал

ПЛАНОЦЕЛУЛАРЕН КАРЦИНОМ (ЕПИДЕРМОИД КАРЦИНОМ) - SCC

Општо
- SCC се развива од епидермоидните клетки како резултат на долготрајна сончева експозиција. Ова е малиген кожен тумор, кој може да метастазира во лимфните јазли
- Може да се јави директно на кожа која изгледа здраво, но почесто се јавува на преканцерозни лезии
- Bowen-овата болест е површен SCC in situ. Имуносупресивната терапија кај пацинетите, која трае неколку години, на пример при трансплантиран пациенти, може да ги предиспонира за развој на SCC

Дијагноза
- При визуелна инспекција се појавува како јасно демаркирана, црвена или со боја на кожа нодула, често со хиперкератотичка површина
- Нема присутна телеангиектаза на површината како што е при типичен BCC.
- Финалната дијагноза е секогаш хистолошка
- SCC често се јавува како делумно улцерирана кожна лезија, која рапидно се зголемува во на кожата кај постари индивидуи и тоа во региите кои не биле заштитени од сонце, како што се лицето и задната страна на рацете. Колку подолго лезијата расте, толку има поголем веројатност дека ќе метастазира
- Може да порасне, дури и за една недела во завидна големина
- Кератоакнтомот е брзо растечки добро диференциран SCC

Третман
- Се третира хируршки

- Најмалку 5 мм маргина на здраво ткиво се препорачува за лезии на лицето, а кај другите регии на телото по можност поголема
- Bowen-овата болест може да се третира со фотодинамична терапија (PDT), криотерапија со течен азот или со хирургија. Целта е да се отстранат сите туморски клетки од кожата со земање на доволно големи маргини на здраво ткиво
- Во некои случаи, потребно е да се отстранат лимфните јазли, а во некои случаи може да биде индицирана и радиотерапија
- Честота и должината на следењето се определува од големината и стадиумот на туморот

Консултација со специјалист
- Малите лезии или Bowen-овата болест можат да бидат екцизирани од матичен лекар
- Во останатите случаи, пациентот треба да се упати на дерматолог за одредување на најдобриот можен третман. Дури и во тие случаи, важно е да се обезбеди кожна биопсија пред да се упати за да се потврди дијагнозата и да се забрза третманот

SCC НА УСНАТА

- Обично е локализиран на долната усна.
- Започнува како болка или рана на која и претходел акнитичен хиелит или леукоплакија
- Овој карцином се третира хируршки со ексцизија на усната на местото на туморот со слободен раб и последователна реконструкција.
- Карциномот на усните бргу метастазира во субменталните лимфните жлезди под кожата и овие треба да се палпираат во периодот на следење.

ПОВРЗАНИ ДОКАЗИ

Кохранови прегледи
- Не постојат докази во прилог на употребата на статини и фибрати би превенирала меланом.
- Некои превентивни третмани наизглед се од корист кај луѓе со висок ризик за немеланотични карциноми на кожата, но не се доволно докажани.

Други собрани докази
- Дерматоскопијата можеби има потенцијал да ја подобри дијагнозата на малигните меланоми, но тоа треба да биде верифицирано со поквалитетни студии од примарната заштита.

Претходни автори:
Heli Majamaa
Последен преглед одобрен како ажуриран 24.9.2013 • Последни промени 24.9.2013
Article ID: ebm00279 (013.077)
© 2014 Duodecim Medical Publications Ltd

- **EBM Guidelines, 24.09.2013, http://www.ebm-guidelines.com**
- **Упатството треба да се ажурира еднаш на 4 години.**
- **Предвидено е следно ажурирање во 2017 година.**

Упатството го ажурирал: И. Стојковски
Координатор: Проф. Др. К. Зафировска

1399.

Врз основа на член 27 став (1) од Законот за здравствената заштита („Службен весник на Република Македонија“ број 43/12, 145/12, 87/13, 164/13, 39/14, 43/14, 132/14, 188/14 и 10/15), министерот за здравство донесе

У П А Т С Т В О
ЗА МЕДИЦИНСКОТО ЗГРИЖУВАЊЕ ПРИ ХРОНИЧНИ БУЛОЗНИ БОЛЕСТИ (ХЕРПЕТИФОРМЕН ДЕРМАТИТ, ПЕМФИГОИД)

Член 1

Со ова упатство се утврдува медицинското згрижување при хронични булозни болести (херпетиформен дерматит, пемфигоид).

Член 2

Начинот на медицинското згрижување при хронични булозни болести (херпетиформен дерматит, пемфигоид) е даден во прилог, кој е составен дел на ова упатство.

Член 3

Здравствените работници и здравствените соработници ја вршат здравствената дејност на медицинското згрижување при хронични булозни болести (херпетиформен дерматит, пемфигоид) по правило согласно ова упатство.

По исклучок од став 1 на овој член, во поединечни случаи по оценка на докторот може да се отстапи од одредбите на ова упатство, со соодветно писмено образложение за причините и потребата за отстапување и со проценка за натамошниот тек на згрижувањето, при што истото од страна на докторот соодветно се документира во писмена форма во медицинското досие на пациентот.

Член 4

Со денот на влегувањето во сила на ова упатство престанува да важи Упатството за практикување на медицина заснована на докази при хронични булозни болести („Службен весник на Република Македонија“ бр. 173/13).

Член 5

Ова упатство влегува во сила наредниот ден од денот на објавувањето во „Службен весник на Република Македонија“.

Бр. 17-2331/1
27 февруари 2015 година
Скопје

Министер,
Никола Тодоров, с.р.

Прилог

ХРОНИЧНИ БУЛОЗНИ БОЛЕСТИ (ХЕРПЕТИФОРМЕН ДЕРМАТИТ, ПЕМФИГОИД)

EBM Упатства
13.1.2014 • Последна промени 13.1.2014

Pekka Autio

- Основни правила
- Херпетиформен дерматит
- Пемфигоид
- Поврзани докази

ОСНОВНИ ПРАВИЛА

- Херпетиформен дерматит (ХД) и пемфигоид треба да бидат земени во предвид при дијагнозата на хроничниот булозен дерматитис.
- Пациентите треба да се испратат кај дерматолог за да се постави дијагноза и да се планира третман.
- ХД пациентите секогаш треба да се испратат за биопсија на тенките црева со цел да се открие целијакија.

ХЕРПЕТИФОРМЕН ДЕРМАТИТ

Дијагноза

- Типични везикули на еритематозна кожа, екскоријации на лакти и колена, сакрум, глутеуси и скалп.
- Обичната хистопатологија е обично неспецифична, но имунохистопатолошката слика е корисна.
- Постоењето на ендомизиумот или трансглутаминазните антитела можат да сугерираат на коегзистенција на целијацната болест(абдоминални симптоми!).
- Гастроскопија и биопсија на тенко црево се индицирани пред започнување на диетарна терапија.
- Не заборавајте да прашате за други такви случаи во фамилијата.

Третман

- Диета без глутен има добар резултат на кожата кај случаите со херпетиформен дерматит, дури и ако пациентот нема целијачна болест. Соодветен совет за диетата е од голема важност.
- Употребата на Дапзон брзо ги намалува кожните симптоми, но неговата употреба носи ризик од хемолиза. Периодични лабораториски испитувања (мониторирање на крвна слика како и црнодробна и бубрежна функција) и и клиничко следење се апсолутно неопходни.
- Локалните кортикостероиди можат да ги ублажат кожните симптоми.

Индикации за консултација со специјалист

- Специјалист секогаш треба да биде консултиран за дијагноза и третман на херпетиформен дерматит. Во стабилната фаза, следењето на пациентите може да го прави и матичниот доктор.

ПЕМФИГОИД

Дефиниција

- Автоимуна болест кај постари лица која се манифестира со везикули или големи були. Може да се присутни антитела против базалната мембрана на кожата.

Симптоми
- Пемфигоидот се јавува обично кај постари лица (>60 годишна возраст)
- Понекогаш почнува со генерализиран јадеж.
- На еритематозната кожа на трупот и проксималниот дел од екстремитетите се јавуваат големи, пруритични везикули и були со дебел покров, исполнети со серозна течност.
- Слузокожните површини се обично поштедени, но постои и форма на пемфигоид кој ги зафаќа само мукозните мембрани.
- Општата состојба на пациентот е непроменета.

Дијагноза
- Над 90% од пациентите со пемфигоид имаат антитела против базалната мембрана кои се врзуваат со епидермалниот дел на базалната мембрана (хемидезмозоми). Антителата против базалната мембрана може да бидат позитивни уште во фазата на јадеж и покрај тоа што нема активни були.
- Треба да се земе биопсија од свежа (мала) везикула или од еритематозна кожна лезија. Ако се биопсира везикула целата база на везикулата треба да биде вклучена во примерокот.
- Епителот под постарите везикули е веќе регенериран и интерпретацијата на хистолошкиот наод може да е отежната. Имунохистологијата е дијагностичка.
- Потребен е свеж примерок од кожна биопсија за имунофлуоресценција. Примерокот се става директно на сув мраз или на течен азот, или во посебен контејнер со така наречен Мишелин транспортен медиум.

Диференцијална дијагноза
- Пемфигус (вулгарис, фолиацеус, еритематозус, вегетанс)
  - Дистрибуцијата во возраст е поширока.
  - Се јавува многу поретко во споредба со пемфигоидот.
  - Имунохистологијата е дијагностичка.
  - Потешко се третира од пемфигоидот. Пемфигус вулгарис може да е живото-загрозувачки.
- Булозна епидермолиза
  - Ретка генодерматоза
- Порфирија 1
  - Порфирија кутанеа тарда се презентира со везикули на дорзумот на дланките
  - Ретка дерматоза
- Херпетиформен дерматит
  - Некогаш се презентира со распространета болест, која тешко се разликува.

Третман
- Системски кортикостероиди се прва линија на третман. Дозата е индивидуална. Иницијалната доза е релативно висока (40–60 mg/ден преднизолон (ннд-**С**). Континуирана терапија е ретко потребна.
- Тетрациклините, исто така , може да бидат ефикасни.
- Третманот со дапсон, како и комбинација на кортикостероиди со други имуносупресивни лекови С или метотрексат се изведува под супервизија на дерматолог.
- Локален третмна со силни кортикостероиди може да е доволен кај ограничена болест (ннд-**С**).

Индикации за консултација со специјалист
- Потврда на дијагнозата и диференцијалните дијагнози (имунохистологија) е работа на специјалист. Пациентот мора да биде пратен кај специјалист без одложување.
- Третманот е најдобро да се започне од специјалист. Обично болеста континуирано се однесува на ист начин кај истиот пациент. Откако ќе се пронајде најсоодветен терапевтски режим за пациентот, истиот може да биде повторен под супервизија на матичен лекар ако се повтори болеста.

ПОВРЗАНИ ДОКАЗИ

Кохранови прегледи

- Циклофосфамидот комбиниран со кортикостероиди може да биде ефективен кај пемфигоидот на мукозните мембрани и epidermolysis bullosa acquisita (ннд-**С**).

Други интернет докази

- Dermatitis herpetiformis. Orphanet ORPHA1656 1.
- Bullous pemphigoid. Orphanet ORPHA703 2.
- Epidermolysis bullosa simplex. Orphanet ORPHA304 3.

Претходни автори: Raimo Suhonen
Последна ревизија 13.1.2014 • Последна промена 13.1.2014

Article ID: ebm00271 (013.070)
© 2014 Duodecim Medical Publications Ltd

1. **МЗД упатство, 13.1.2014, www.ebm-guidelines.com**
2. **Упатството треба да се ажурира еднаш на 2 години**
3. **Предвидено следно ажурирање во 2016 година**

Упатството го ажурирала: Д-р.Билјана Зафировска
Координатор: Проф.Д-р. Катица Зафировска

1400.

Врз основа на член 27 став (1) од Законот за здравствената заштита („Службен весник на Република Македонија“ број 43/12, 145/12, 87/13, 164/13, 39/14, 43/14, 132/14, 188/14 и 10/15), министерот за здравство донесе

У П А Т С Т В О
ЗА МЕДИЦИНСКОТО ЗГРИЖУВАЊЕ ПРИ ХЕРПЕС ЗОСТЕР

Член 1

Со ова упатство се утврдува медицинското згрижување при херпес зостер.

Член 2

Начинот на медицинското згрижување при херпес зостер е даден во прилог, кој е составен дел на ова упатство.

Член 3

Здравствените работници и здравствените соработници ја вршат здравствената дејност на медицинското згрижување при херпес зостер по правило согласно ова упатство.

По исклучок од став 1 на овој член, во поединечни случаи по оценка на докторот може да се отстапи од одредбите на ова упатство, со соодветно писмено образложение за причините и потребата за отстапување и со проценка за натамошниот тек на згрижувањето, при што истото од страна на докторот соодветно се документира во писмена форма во медицинското досие на пациентот.

Член 4

Со денот на влегувањето во сила на ова упатство престанува да важи Упатството за практикување на медицина заснована на докази од областа на дерматовенерологијата и на инфектологијата при херпес зостер („Службен весник на Република Македонија“ бр. 173/13)..

Член 5

Ова упатство влегува во сила наредниот ден од денот на објавувањето во „Службен весник на Република Македонија“.

Бр. 17-2330/1
27 февруари 2015 година
Скопје

Министер,
Никола Тодоров, с.р.

Прилог

ХЕРПЕС ЗОСТЕР

МЗД Упатство
25.9.2013

- Основни правила
- Етиологија
- Симптоми и знаци
- Антивирусни лекови
- Заразност и потреба од изолација
- Третман на болката кај зостер и постхерпетичната невралгија
- Превенција на херпес зостер
- Поврзани извори
- Референци

ОСНОВНИ ПРАВИЛА

- Дијагнозата на херпес зостер пожелно е да се постави во раниот стадиум од болеста.
- Започнете веднаш со антивирусни лекови кај имуносупримирани пациенти, кај локализација на промените во тригеминалната регија или ако пациентот е над 60-годишна возраст, а болеста е во тешка форма и пациентот има силни болки.
- Третирајте ги и другите пациенти со антивирусни лекови ако клиничкаа слика е тешка и ако не поминале повеќе од 3 дена од појавувањето на кожните промени. Кај имуносупримираните пациенти антивирусните лекови би требало да се започнат и во случај да поминало и повеќе време.

ЕТИОЛОГИЈА

- Херпес зостер е предизвикан од varicella-zoster вирус кој останал во параспиналните ганглии по инфекција со варичела. Не е вообичаено негово повторно јавување.

СИМПТОМИ И ЗНАЦИ

- Линеарно распоредени везикули и були, ограничени на едната страна од средната линија, со најчеста локализација на трупот или на лицето, а поретко на екстремитетите.
- Локалната болка може да се јави неколку дена пред појавата на кожните промени.
  - Имајте го на ум херпес зостер во диференцијалната дијагноза на градна болка и прегледајте ја кожата на пациентот.
  - Имајте на ум ХИВ инфекција ако се работи за млада особа со распространета, тешка клиничка слика на херпес зостер.
- Ако пациентот има треска и ако лезиите не се локализирани на еден или на два дерматоми на едната страна од телото, причината може да е примарна инфекција со херпес симплекс.

АНТИВИРУСНИ ЛЕКОВИ

Ефектот на антивирусни лекови на херпес зостер

- Антивирусната терапија ако се започне рано:
  - Го скратува траењето на болеста.
  - Го спречува ширењето на кожните промени.
  - Го забрзува излекувањето на кожата.
  - Ја редуцира потребата од аналгетици.
  - Го редуцира бројот на очни компликации.

- Дискретно ја намалува и ја олеснува акутната болка и може да ја намали и постхерпетичната невралгија) (ннд-**D**).

Апсолутни индикации

- Пациенти кои се имуносупримирани поради следниве болести или лекови би требало секогаш да се третираат со антивирусни лекови:
  - Депресија на коскена срж (леукемија, гранулоцитопенија).
  - Примарна имунодефициенција.
  - ХИВ носители.
  - Која било тешка системска болест.
  - Лошо контролиран дијабет.
  - Терапија со антинеопластични лекови.
  - континуирана орална терапија со кортикостероиди
- Херпес зостер во тригеминалната регија би требало секогаш да се третира поради ризик од очни компликации
  - Постои ризик во случај кожните промени да се локализирани на едната страна од носот .
  - Ако окото е јасно црвено, осетот на корнеата е намален кога се тестира со памучно волнена проба или ако видната острина е намалена (можен иридоциклитис) пациентот би требало да се упати кај офталмолог. Упатувањето не би требало да го одложи започнувањето на антивирусните лекови.

Релативни индикации

- На лицата постари од 60 години често им е потребна антивирусна терапија, бидејќи клиничкит тек е потежок.
- Помладите пациенти се третираат со антивирусни лекови ако болеста е со тешка клиничка слика.

Дозирање

- Валцикловир 1 г x 3 x 7 per os.
  - Валцикловирот се метаболизира во ацикловир и валин во гастроинтестиналниот тракт
  - Апсорпцијата му е подобра од онаа на ацикловирот.
  - Фамцикловир 250 мг x 3 x 7 или 500 мг x 2 x 7 per os.
  - Ефективниот агенс е пенцикловирот.
- Ацикловир 800 мг x 5 x 7 пер ос.
- Имуносупримирани пациенти би требало да се третираат интравенски со ацикловир 10 мг/кг x 3.
- Локалните антивирусни кремови имаат ограничена ефикасност во третманот на херпес зостер.

Несакани ефекти

- Ацикловир, валцикловир и фамцикловир добро се поднесуваат. Сериозните несакани ефекти се ретки, но некои пациенти може да имаат
  - Гастроинтестинални симптоми
  - Кожен исип
  - Главоболка
  - Транзиторни покачувања на концентрациите на хепаталните трансаминази.

ЗАРАЗНОСТ И ПОТРЕБА ЗА ИЗОЛАЦИЈА

- Вирусот varicella-zoster може да се пренесе за време на везикулозната фаза.

- Пациентот би требало да избегнува контакт со деца кои се под терапија со антинеопластични лекови, бидејќи последиците од херпес инфекција може да бидат сериозни за нив. Ако веќе настанал контакт, детето треба да прими зостер-хиперимуноглобулин.

ТРЕТМАН НА БОЛКАТА КАЈ ЗОСТЕР И ПОСТХЕРПЕТИЧНАТА НЕВРАЛГИЈА

- Скоро сите пациенти имаат болка или хиперестезија на кожата после исчезнувањето на кожните промени. Кај повозрасните, неуралгијата може да трае со години.
- Антивирусниот третман даден во акутната фаза лесно ја намалува акутната болка и нејзиното траење, и може да ја редуцира и инциденцата на постхерпетичната невралгија (ннд-**D**).
- Акутната болка кај зостерот се намалува со анлгетици.
- Трицикличните антидепресиви (на пр. amitriptyline 25-75 мг x1 навечер) може да се употребат за намалување на акутната болка и за превенирање на постхерпетичната невралгија (ннд-**A**).
- И акутната болка кај зостерот и постхерпетичмната невралгија може да се третираат со лековите кои се набројани подолу. Постојат силни докази од истражувањата за ефикасноста на овие лекови во третманот на постхерпетичната невралгија. Што се однесува до третманот на акутната болка, публикувана е само една студија во која е соопштено дека oxycodone доведува до сигнификантно намалување на акутната болка кај зостерот споредено со габапентин.
  - Прегабалин, со почетна доза од 75 mg × 2 и ако е потребно за 3–7 дена покачување на 150 mg × 2 се до 300 mg × 2
  - Габапентин, (ннд-**A**) со почетна доза од 300 mg навечер и покачување на дозата по 300 mg до максимум 3 600 mg/24h ако е потребно
  - Трамадол 50–100 mg × 3 (ннд-**A**)
  - Крем лидокаин (5 %) или лидокаинска лепенка (ннд-**B**) (многу скапа)
  - Капсаицин ахезивна лепенка: ако погоре споменатите лекови не се од помош или ако се контраиндицирани, терапевтски обид со капсаицин лепенка е оправдан. Пациентот се препраќа во медицинкса установа со искуство во овој вид на третман. Адхезивната лепенка се поставува на местото на болниот дел од кожата 30-60 минути. Лепенката не смее да се користи на лицето. Одговорот на третманот се следи во следните неколку денови и обично трае околу 3 месеци 9.
- Силните опиоиди како на пр. oxycodone, може да се употребуваат во третманот на силната акутна болка кај зостерот или постхерпетичната невралгија откако ќе се осигураме дека пациентот нема нелекувана анксиозна состојба или депресија или болести на зависност И дека тој/таа е кооперативен и способен да се придржува на третманот. Се користат долго-дејствувачки (slow-release) таблети на опиоиди.
- Потсетете се да ги проверите интеракциите на лековите! Земето ја особено предвид полипрагмазијата кај постарите пациенти.

ПРЕВЕНЦИЈА НА ХЕРПЕС ЗОСТЕР

- За превенција на зостерот, постои вакцина на пазарот која го намалува ризикот од херпес зостер и постхерпетична невралгија кај пациентите над 50 годишна возраст 7. Достапноста на вакцината се разликува од една земја до друга како резултат на ограничувања во производството.

ПОВРЗАНИ ИЗВОРИ

- Кортикостероидите може да не се ефективни при превенирање на постхерпетична невралгија.ннд C.

Интернет извори

- www.IHMF.org 1
- www.vzvfoundation.org 2

Литература

- Kimberlin DW, Whitley RJ. Varicella-Zoster vaccine for prevention of Herpes zoster. N Engl J Med 2007;356:1338-1343
- Johnson RW, Dworkin RH. Treatment of herpes zoster and postherpetic neuralgia. BMJ 2003 Apr 5;326(7392):748-50. PubMed

РЕФЕРЕНЦИ

1. Dubinsky RM, Kabbani H, El-Chami Z, Boutwell C, Ali H, Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology. Practice parameter: treatment of postherpetic neuralgia: an evidence-based report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology. Neurology 2004 Sep 28;63(6):959-65. PubMed
2. Kalso E, Allan L, Dellemijn PL, Faura CC, Ilias WK, Jensen TS, Perrot S, Plaghki LH, Zenz M. Recommendations for using opioids in chronic non-cancer pain. Eur J Pain 2003;7(5):381-6. PubMed
3. Hempenstall K, Nurmikko TJ, Johnson RW, A'Hern RP, Rice AS. Analgesic therapy in postherpetic neuralgia: a quantitative systematic review. PLoS Med 2005 Jul;2(7):e164. PubMed.
4. Finnerup NB, Otto M, McQuay HJ, Jensen TS, Sindrup SH. Algorithm for neuropathic pain treatment: an evidence based proposal. Pain 2005 Dec 5;118(3):289-305. PubMed
5. Attal N, Cruccu G, Haanpää M, Hansson P, Jensen TS, Nurmikko T, Sampaio C, Sindrup S, Wiffen P, EFNS Task Force. EFNS guidelines on pharmacological treatment of neuropathic pain. Eur J Neurol 2006 Nov;13(11):1153-69. PubMed
6. Dworkin RH, Johnson RW, Breuer J et al. Recommendations for the management of herpes zoster. Clin Infect Dis 2007 Jan 1;44 Suppl 1():S1-26. PubMed
7. Oxman MN et al. Shingles Prevention Study Group. A vaccine to prevent herpes zoster and postherpetic neuralgia in older adults. N Engl J Med 2005 Jun 2;352(22):2271-84. PubMed
8. Dworkin RH, Barbano RL, Tyring SK et al. A randomized, placebo-controlled trial of oxycodone and of gabapentin for acute pain in herpes zoster. Pain 2009 Apr;142(3):209-17. PubMed

Authors: Maija Haanpää, Article ID: ebm00017 (001.041), © 2012 Duodecim Medical Publications Ltd

1. **EBM Guidelines, 25.9.2013,** http://www.ebm-guidelines.com
2. **Упатството треба да се опреснува еднаш на 2 години.**
3. **Предвидено следно опреснување до август 2015 г.**

Упатството го ажурирал-Д-р.Билјана Зафировска
Координатор-Проф.Д-р. Катица Зафировска

1401.

Врз основа на член 27 став (1) од Законот за здравствената заштита („Службен весник на Република Македонија“ број 43/12, 145/12, 87/13, 164/13, 39/14, 43/14, 132/14, 188/14 и 10/15), министерот за здравство донесе

У П А Т С Т В О
ЗА МЕДИЦИНСКОТО ЗГРИЖУВАЊЕ ПРИ ДИЈАГНОСТИЧКИ ТЕСТОВИ ВО ДЕРМАТОЛОГИЈАТА

Член 1

Со ова упатство се утврдува медицинското згрижување при дијагностички тестови во дерматологијата.

Член 2

Начинот на медицинското згрижување при дијагностички тестови во дерматологијата е даден во прилог, кој е составен дел на ова упатство.

Член 3

Здравствените работници и здравствените соработници ја вршат здравствената дејност на медицинското згрижување при дијагностички тестови во дерматологијата по правило согласно ова упатство.

По исклучок од став 1 на овој член, во поединечни случаи по оценка на докторот може да се отстапи од одредбите на ова упатство, со соодветно писмено образложение за причините и потребата за отстапување и со проценка за натамошниот тек на згрижувањето, при што истото од страна на докторот соодветно се документира во писмена форма во медицинското досие на пациентот.

Член 4

Со денот на влегувањето во сила на ова упатство престанува да важи Упатството за практикување на медицина заснована на докази при примена на дијагностички тестови во дерматологијата („Службен весник на Република Македонија“ бр. 173/13)..

Член 5

Ова упатство влегува во сила наредниот ден од денот на објавувањето во „Службен весник на Република Македонија“.

Бр. 17-2329/1
27 февруари 2015 година
Скопје

Министер,
Никола Тодоров, с.р.

Прилог

ДИЈАГНОСТИЧКИ ТЕСТОВИ ВО ДЕРМАТОЛОГИЈАТА

ЕБМ Упатства
18.9.2013 • Целосно ажурирано

Alexander Salava

- Основни правила
- Кожни прицк тестови
- Интерпретација
- Епикутани тестови (патцх тестови)
- Фототестирање
- Фотопатцх тестирање
- Тестови кај физички уртикарии
- Провокативни тестови
- Кој ги изведува тестовите?
- Поврзани докази

ОСНОВНИ ПРАВИЛА

- Дијагнозата на кожните болести обично е базирана на историјата на пациентот и клиничката слика.
- Интерпретацијата на дијагностичките тестови бара експертиза од дерматолог.
- Се употребуваат кожни прицк тестови за да се испита ИгЕ посредувана алергија која се јавува во првиот момент, и која е доминантно одговорна за симптомите од респираторниот тракт.Тие се ретко индицирани при дијагностицирањето на кожните заболувања (контактна уртикарија, тежок атопичен дерматит кај млади деца и алергија на храна).
- Епикутани тестови (патцх тестови) се користат за дијагностицирање на одложена контактна алергија(алергичен контактен дерматитис).

КОЖНИ ПРИК ТЕСТОВИ (PRICK ТЕСТИРАЊЕ)

- Испитување на моментната (ИгЕ посредувана) алергија
- Кожата н пациентот се боцка со ланцета за да се воведе алергенот кој треба да се испита. Хистамински раствор се користи како позитивна контрола и разредувач кој се користи за екстрактот на алергенот како негативна контрола.
- Карактеристичен знак за позитивна моментна реакција (ИгЕ посредувана сензитизација) е круг, обично придружен со јадеж, на местото на убодот.
- Тестот се чита за 15 минути кога обично е максимална реакцијата.
- Сериите на тестот треба да вклучат алергени внатрешни и надворешни кои го рефлектираат географскиот регион. Стандардните серии користени во Финска ги вклучуваат следните алергени: бреза (*Betula sp.*), Тимоти трева (*Phleum pratense*), ливадска трева (*Festuca pratensis*), mugwort (*Artemisia vulgaris*), *Cladosporium herbarum* -мувла, кучешки, мачешки, од кукна прашина и коњски муви (*D. pteronyssimus*).
- Антихистаминиците ги превенираат реакциите, како што и треба да прават и затоа треба да се прекинат 5 дена пред тестирањето.
- Мала количина на системски кортикостероиди (помалку од 20мг/ден преднизон кај возрасни) не влијае на тест резултатите.
- Индикации
  - Атопичниот дерматит кај возрасни не е директно поврзан со ИгЕ посредуваните алергии, и не е индикација за кожно процк тестирање.
  - Индикациите кај деца вклучуваат атопичен дерматит кој е или широко распространет или има обичај да се распламтува и не се подобрил со соодветниот топичен третман.

Околу 40% од широко распространетиот атопичен дерматит кај малите деца може да се должи на ИгЕ посредувана алергија на храна.
- Кожното прицк тестирање истовремено се користи и при дијагностицирањето на контактната уртикарија, протеинскиот контактен дерматит и некои други алергии на лекови, пр. алергија на антибиотици или локални анестетици.

ИНТЕРПРЕТАЦИЈА

- Кожното прицк тестирање цели кон одговор на прашањето: дали пациентот развил ИгЕ посредувана сензитизација на алергенот кој се испитува?
- Позитивен тест резултат не докажува причинска врска со симптомите на пациентот. Позитивен тест резултат сам по себе не покажува дека пациентот има клинички сигнификантна, симптоматска алергија; тој само покажува дека лицето било сензитизирано на наведениот алерген. Резултатот од тестот мора секогаш да се гледа во однос на симптомите, и неговата интерпретација бара искуство.
- Се пресметува дијаметарот на кругот (средината на најдолгиот дијаметар и на неа перпендикуларниот дијаметар [D+d]/2).
- Долната граница на позитивната реакција е 3мм, реакциите под неа не се објавуваат.
- Интензитетот на реакцијата во однос на хистамин-предизвиканата реакција: дијаметарот на сигнификантниот круг мора да биде најмалку половина од дијаметарот на кругот од хистаминската контрола.
- Во исто време негативната контрола мора да биде негативна.

ЕПИКУТАНИ ТЕСТОВИ (PATCH ТЕСТОВИ)

- Испитување на одложената контактна алергија
- Стандардните серии вклучуваат околу 30 хемикалии. Тоа покрива 70-80% од сите контактни алергии.
- Достапни се други серии на тестови за да ги покријат другите алергени, пример, омекнувачи и козметика, пластика, лепила, хемикалии кои се користат во фризерски салони, дентални продукти итн.
- Во посебни случаи, може да се тестираат и супстанции обезбедени од пациентот
- Различни ќелии за патцх тест се комерцијално достапни. Кога се користи Фин ќелискиот систем супстанциите кои се користат се инкорпорираат во петролејска подлога или друга супстанција и се поставуваат во алуминиумски ќелии со 8мм дијаметар. Ќелиите се лепат со акрилна адхезивна лента на кожата на грбот (горниот дел од рацете) и се оставаат 2 дена. Алергиска реакција бавно се развива и деловите кои се испитуваат се набљудуваат 4-5 дена.
- Антихистаминиците не влијаат на резултатите. Топичните кортикостероиди ги намалуваат реакциите, но мала доза на системски корикостероиди (помалку од 20мг/ден преднизон кај возрасни) не влијаат на резултатите.
- Интерпретација
  - Патцх тестовите покажуваат сензитизација на тестираните алергени.
  - Но, позитивен тест резултат не докажува причинска врска со дерматитот на пациентот.
  - Тестирањето де изведува и интерпретира од дерматолог.

ФОТОТЕСТИРАЊЕ

- Дијагностичкото испитување на фотодерматитот 1 генерално се базира на историјата на пациентот поддржана од клиничката презентација и таргетираните лабораториски тестови. Услови кои треба да се исклучат: лупус еритематозус и порфирии (анализа на антинуклеарни антитела и квалитативен тест на плазма порфирии). Фототестирањето е индицирано само во специјални случаи.
- Фототестирањето и интерпретацијата се изведуваат од дерматолог.
- Деловите од кожата кои треба да се испитаат (грбот, горните делови од рацете) се зрачат со градуационо зголемување на УВБ и УВА дозите.

- Дозниот праг на еритемот се тестира со одредување на најниската УВ доза која ќе предизвика видлив еритем (МЕД = минимална еритемна доза). Дозниот праг е намален при фотосензитивност: на пример, прагот на УВА дозите кој е потребен да се провоцира МЕД е најчесто снижен кај фототоксичните реакции на лековите.
- Сончевата уртикарија реагира веднаш (во рок од 10-30 минути), но други типови на фотодерматитис се развиваат во рок од 1-3 дена.
- Кај некои случаи на полиморфна лесна ерупција (најчест тип на фотодерматитис) и дискоиден лупус еритематозус може да е индицирана репродукција на одговорот (фото провокационен тест) ; истиот дел од кожата се зрачи неколку последователни дена и се мониторира 5-7 дена.

ТЕСТИРАЊЕ СО РНОТОРАТСН

Се користи кога се сомневаме на фотоалергичен контакт дерматитис.

- Фотопеч тестирањето и интерпретацијата се изведуваат од дерматолог.
- Тестирањето се изведува на ист начин како обичното патцх тестирање но алергените се апликираат во дуплирани сетови. Тест лентите се отстрануваат за 2 дена, и еден дел се озрачуваат со лесни УВА 5–20 J/cm^2. Резултатите се читаат 2-5 дена по почетокот на тестирањето.
- Фотопатцх тестирањето идентификува стандардна контактна алергија и фотоалергичен контактен дерматит.
- Позитивна реакција само на озрачената група покажува фотоалергичен контактен дерматит, а позитивен резултат кај двете групи покажува стандарден контактен дерматит.

ТЕСТОВИ КАЈ ФИЗИЧКА УРТИКАРИЈА

- Видете го делот за Уртикарија 2.
- Камен-темелникот на дијагнозата е историјата на пациентот и провокационите тестови се ретко потребни.
- Сите пациенти со хронична уртикарија или пруритус треба да се испитаат за дермографизам.

Дермографизам

- Почешајте ја кожата на грбот со тап инструмент(пр. Спатула) и почекајте 5 минути. Тест резултатот е позитивен ако подигнати уртики се развијат над исчешаното место.
- Антихистаминиците ја спречуваат реакцијата.

Тест за уртикарија од ладно

- Ледени коцки мраз (во пластична ќеса) се стават на кожата на раката 1-10 минути. Ќе се забележи формирање на круг за време на апликацијата на мразот или веднаш откако ќе се отстранат.
- Времето на изложеност се користи за да се процени чувствителноста на пациентот за ладно. Круг што се појавува по 1-2 минути изложеност покажува дека пациентот е многу чувствителен на ладно.
- Кај локализирана уртикарија од изложеност на ладно. Тестирањето мора да биде изведено на симптоматските делови.

Тестови за уртикарија од топло

- Цевка за тестирање, или друг сад, со вода на +42°C се аплицира на кожата на раката. Алтернативно, дланката и раката може да се потопат во вода од +42°C 10 минути. Кај уртикаријата предизвикана од топло, подигнат круг ќе се развие над изложеното место.

Холинергична уртикарија

- Потењето се предизвикува на тој начин што се бара од пациентот да се качува нагоре и надолу по скали или да трча на лента. Кога ќе се отстрани облеката, на горниот дел од телото на пациентот и од страните ќе се појават поголем број на мали кругови.

ПРОВОКАЦИОНИ ТЕСТОВИ

Отворен тест на апликација

- Тест за брза контактна алергија
- Кај контактната уртикарија и протеинскиот контактен дерматит, суспектната супстанција се аплицира и нежно се втријува на кожата на надлактот. Резултатот се чите по 15-20 минути.

Повторувачки отворен апликационен тест

- Апликационен тест за одложена контактна алергија
- Суспектната супстанција се нанесува два ати на ден 7 дена на кожата на надлатот. Алергискиот контактен дерматит обично се развива на вториот до четвртиот ден по почнувањето на тестот.

Орален провокационен тест

- Се изведува во услови на специјалистичка здравствена нега со цел да се исклучи хиперсензитивност од лекови или храна. Оралната изложеност се користи за тестирање на суспектните супстанции. Кога е можно треба да се користи двојно слепа проба.
- Сомневачки алергии на храна кај деца: ако има сомневање дека симптомите се предизвикани од нутриционо важни хранливи состојки или ако се очекуваат тешки симптоми, се изведува провокационен тест под супервизија по период на избегнување на тие супстанци од времетраење околу 2 недели. Провокационите тестови кои се изведуваат во домашни услови се доволни за иследување на минорни симптоми предизвикани од нутриционо помалку важни хранливи состојки.

Субкутан провокационен тест

- Индициран во дополнување на другите тестови, при случаи на суспектна алергија на одредени лекови (пр. Локални анестетици).
- Доза од 0.5–1 ml од суспектниот алерген се инјектира субкутано, и се набљудува резултатот за 1 час, ако е потребно и до 24 часа.

КОЈ ГИ ИЗВЕДУВА ТЕСТОВИТЕ?

- Кога се испитуваат дерматолошки услови, тестовите обично се изведуваат во дерматолошки единици и резултатите се интерпретираат од дерматолог.
- Провокационите тестови обично се изведуваат во специјалистички единици, и треба да се изведуваат само кога постои силна индикација.
- Тестовите за физичка уртикарија можат да се изведуваат и од матичен лекар.

ПОВРЗАНИ ИЗВОРИ

Резиме на докази

- Реактивноста на кожните prick тестови може да биде послабо изразена кај бебиња отколку кај возрасни (ннд –**C**).
- Праксата за нарекување на резултатот од кожниот prick тест како релативна големина на кругот во однос на хистаминскиот круг ги израмнува разликите кои би постоеле во интерпретацијата ннд (ннд –**C**).

ЛИТЕРАТУРА

- Heinzerling L, Mari A, Bergmann KC et al. The skin prick test - European standards. Clin Transl Allergy 2013;3(1):3. PubMed Претходни автори:

Heli Majamaa and Matti Hannuksela

Последно проверено ажурирање 18.9.2013 • Последно ажурирање 18.9.2013
Article ID: ebm00260 (013.005)

© 2014 Duodecim Medical Publications Ltd

1. **МЗД упатство 18.9.2013, www.ebm-guidelines.com**
2. **Упатството треба да се ажурира еднаш на 2 години**
3. **Предвидено следно ажурирање до јуни 2015 година**

Упатството го ажурирала: Д-р.Билјана Зафировска
Координатор: Проф.Д-р. Катица Зафировска

1402.

Врз основа на член 27 став (1) од Законот за здравствената заштита („Службен весник на Република Македонија“ број 43/12, 145/12, 87/13, 164/13, 39/14, 43/14, 132/14, 188/14 и 10/15), министерот за здравство донесе

У П А Т С Т В О
ЗА МЕДИЦИНСКОТО ЗГРИЖУВАЊЕ ПРИ ДЕРМАТОМИКОЗИ

Член 1

Со ова упатство се утврдува медицинското згрижување при дерматомикози.

Член 2

Начинот на медицинското згрижување при дерматомикози е даден во прилог, кој е составен дел на ова упатство.

Член 3

Здравствените работници и здравствените соработници ја вршат здравствената дејност на медицинското згрижување при дерматомикози по правило согласно ова упатство.

По исклучок од став 1 на овој член, во поединечни случаи по оценка на докторот може да се отстапи од одредбите на ова упатство, со соодветно писмено образложение за причините и потребата за отстапување и со проценка за натамошниот тек на згрижувањето, при што истото од страна на докторот соодветно се документира во писмена форма во медицинското досие на пациентот.

Член 4

Со денот на влегувањето во сила на ова упатство престанува да важи Упатството за практикување на медицина заснована на докази при дерматомикози („Службен весник на Република Македонија“ бр. 173/13).

Член 5

Ова упатство влегува во сила наредниот ден од денот на објавувањето во „Службен весник на Република Македонија“.

Бр. 17-2328/1
27 февруари 2015 година
Скопје

Министер,
Никола Тодоров, с.р.

Прилог

ДЕРМАТОМИКОЗИ

МЗД Упатство
12.8.2013 • Последна промена на 16.1.2014

Hannele Heikkilä

- Основни правила
- Инфективност
- Земање примерок за култура за габички
- Антимикотици
- Тинеа на стапалата
- Онихомикоза
- Тинеа на потколениците (tinea cruris)
- Тинеа на телото (tinea corporis)
- Тинеа на капилициумот (tinea capitis)
- Инфекции со кандида
- Орална кандидијаза
- Кандидомицетичен ангуларен хеилитис
- Кандидомицетично интертриго
- Кандидомицетична паронихија
- Кандидомицетичен баланит
- Поврзани извори

ОСНОВНИ ПРАВИЛА

- Пред започнувањето на третманот треба со сигурност да се утврди дека пациентот има дерматомикоза, а не некое друго кожно заболување кое личи на дерматомикоза. Земете примерок за нативен препарат и габична култура. Кај типичната тинеа која е присутна само помеѓу прстите на стапалата, оваа постапка не е неопходна.
- Запомнете ги несаканите дејства на антимикотичните лекови, но и интеракциите со другите медикаменти.

ИНФЕКТИВНОСТ

- Експопзицијата на габички е честа, но габичните инфекции не се така чести.
- Генетските фактори играат улога во предиспозицијата кон габичните инфекции на микозите на стапалата.
- Микозите на животните (крави, морски прасиња, мачки) лесно се пренесуваат на луѓето и предизвикуваат тинеа на екстремитетите, трупот и на лицето.

ЗЕМАЊЕ ПРИМЕРОК ЗА ГАБИЧКИ

- Пред да се земе примерок за култура од габички од кожата, топичните антимикотични препарати не смее да бидат користени последните две недели, а оралните препарати последните два месеци. Пред да се земе примерок од ноктите, не треба да се користат орални препарати во траење од шест месеци.
- Исчистете ја кожата со раствор од алхохол, гребнете од сквамите од работ на лезијата на превиткана хартија или во сува епрувета и испратете го примерокот до лабораторијата со обична пошта. Како примерок може да се земат влакна или покрив од була. Од ноктите се сечат или се издлабуваат парченца од границата помеѓу здравиот и афицираниот дел, како

и од хиперкератотичните маси под нокотот се остругуваат лушпи кои се вклучуваат во примерокот.
- Примерокот за миколошка анализа треба да биде колку што може побогат со материјал, заради тоа што се употребува и за микроскопирање и за миколошка култура.
- Детекцијата на дерматофити на нативен препарат сугерира габична инфекција, но само демонстрацијата на габички од култура ја потврдува дијагнозата.
- Резултатите од испитувањето со нативен препарат се добиваат веднаш или во текот на неколку дена, а на резултатите од засеаната култура се чека од 2-4 недели.
- Доколку резултатот е негативен, а постои силен сомнеж за габична инфекција, повторно земете нов примерок за миколошко испитување.

АНТИМИКОТИЦИ

Општи карактеристики

- Инфекциите на ноктите или скалпот со дерматофити се индикација за системска терапија.
- Дерматофитозите на кожата се третираат со топична или со системска терапија, или со двете, во зависност од степенот на проширеноста на инфекцијата (ннд-**А**).
- Кај онихомикозите, трајно излекување (= клиничко излекување по следење 1-2 години) се постигнува кај половина од пациентите.

Индикации

- Тербинафин (крема и таблетки) се ефикасни кај дерматофитите.
- Нистатин и натамицин се ефикасни кај квасниците.
- Топичните азоли (клотримазол, еконазол, миконазол, тиоконазол, кетоконазол), аморолфин - кремот и лакот за нокти и системските азоли (кетоконазол, итраконазол и флуконазол) се ефикасни и против дерматофити и против квасници.
  - Нема значајни разлики во однос на ефикасноста на овие опичните лекови.

Несакани ефекти и интеракции

- Ризикот од интеракции со тербинафин е мал. Карактеристичен, но редок несакан ефект, е нарушување, па дури и комплетно губење на осетот за вкус во тек на 1-2 месеци. Опишани се случаи на егзантем кој може да е асимптоматски, да е проследен со чешање или да предизвика сериозна медикаментозна реакција со були-мултиформен еритем – за кој е индициран хоспитален третман.
- Кетоконазолот може да ја наруши функцијата на црниот дроб кај некои пациенти и негова-та употреба треба да се ограничи на кратки периоди. Лекот стапува во интеракција со други медикаменти и ова треба да се провери кај секој пациент.
- Итраконазолот (ннд-**С**) е широкоспектарлен лек кој стапува во интеракции со другите лекови кои користат CYP3A4 ензими. Треба да се проверат можните интеракции пред да се започне со третманот.

ТИНЕА НА СТАПАЛАТА (TINEA PEDIS)

Клиничка слика

- Типична клиничка слика
  - Вообичаено се јавува помеѓу 4-от и 5-от прст на стапалото.
  - Кожата помеѓу прстите е еритемна, мацерирана, може да улцерира, а можна е и појава на везикули на лезијата.
  - Има јадеж.
  - Може да се јави секундарна бактериската инфекција.

- Тинеа на стапалата може да е асоцирана со ид-реакција (микиди) на дланките и помеѓу прстите од рацете.
- Мокасина тип на тинеа на стапалото
  - Често нема субјективнми симптоми.
  - Кожата на стапалото е лесно хиперкератотична, еритемна, со десквамација.
  - Габичната инфекција може да биде унилатерална или да ги зафати само дисталните делови од предниот дел на стапалото.
  - Слична тинеа може да се јави унилатерално на дланката.

Етиолошки агенси

- Најчест предизвикувач е *Trychophyton rubrum*, поретко *Trychphyton mentagrophites*, и многу ретко *Epidermophyton floccosum*.
- Кандида може да се изолира од мацерираната кожа помеѓу прстите, но ова не е доказ за патолошка инволвираност на кандидата.

Третман

- Тинеата помеѓу прстите најефикасно се лекува со тербинафинска емулзија, која во текот на две недели се нанесува во тенок слој секоја вечер. Должината на третманот е 2 – 4 недели со азолски препарати.
- Хигиена на стапалата: Секојдневно миење на стапалата, внимателно сушење, менување на чорапите.
- Мокасина тип на тинеа на стапалато и на дланките е тешка за лекување и вообичаено бара системска терапија: тербинафин 250 мг х 1, 2-4 недели (ннд-**С**) или итраконазол, 200 мг х 2 во текот на една недела (ннд-**С**).

ОНИХОМИКОЗА

Клиничка слика

- Се јавува вообичаено на ноктите од палците на стапалата, а ноктите на рацете се поретко зафатени.
- Онихомикозите, вообичаено, почнуваат под ноктите, се шират линеарно по должината на латералниот дел кон основата на нокотот, го задебелуваат нокотот и предизвикуваат дисколорација на ноктената плоча. Заболувањето може целосно да го разори нокотот.
- Пациентите со онихомикоза често истовремено имаат интердигитална тинеа или мокасина тип тинеата на стапалата.

Третман

- Дијагнозата се потврдува со култура.
- Топичниот третман (аморолфин лак за нокти) е ефикасен само кај онихомикоза, ограничена на дисталниот крај од нокотот.
- Мастите со уреа за деформирани нокти администрирана од кироподист може да го подобри резултатот од треманот.
- Најефикасна терапија за онихомикози е тербинафин (ннд-**В**), но само околу половина од пациентите комплетно ќе бидат излекувани од овој лек. Дозата е 250мг х 1 во текот на 3-4 месеци за ноктите на стапалата и 6 недели за ноктите од рацете.
- Итраконазолот се применува во пулсна терапија: 200 мг х 2 по јадење една недела секои 4 недели, вкупно 3- 4 месеци.
- Земети ги предвид интеракциите на итраконазолот со другите лекови.
- Кај возрасните пациенти, резултатите од третманот на онихомикозите се полоши, споредено со помладите пациенти.

ИНГВИНАЛНА ТИНЕА (TINEA CRURIS)

Клиничка слика

- Се гледа добро ограничен унилатерален прстен, проследен со јадеж или неколку концентрични прстени со еритемни рабови, барем во иницијалната фаза.
- Микотичен фоликулитис или мали апцеси може да се откријат во лезијата и во околината, особено по третман со локални кортикостероиди.
- Ингвиналната тинеа се среќава речиси исклучиво кај мажите.

Третман

- Крем тербинафин на афицираната регија еднаш дневно во текот на 1-2 недели (ннд-**А**).
- Азолски кремови (ннд-**А**) се нанесуваат два пати дневно во текот на 3 - 4 недели.
- Кај рефракторните инфекции кои можат да достигнат длабоко долу во влакнените фоликули, системските лекови се комбинираат со локалниот третман во траење од 1-4 недели.

ТИНЕА НА ТЕЛОТО (TINEA CORPORIS)

Дијагноза

- Клиничката слика варира од една прстеновидна лезија до распространета ерупција каде центарот на лезијата може комплетно да биде излекуван. Ако постои сомнеж дека се работи за tinea corporis, секогаш е потребно да се земе материјал за дијагноза на габична инфекција пред да се започне со третманот.
- Одреден број инфекции се од анимално потекло. Кожните симптоми може да се поизразени од симптоматологијата кај другите габични инфекции, дури може да се јави и гноење.
- Земање на анамнеза за контакт со животни (морско прасе, мачка, куче, говеда) помага во поставувањето на дијагнозата која се потврдува со габична култура.
- Кај борачите треба да се мисли на габична инфекција, предизвикана од *Trichophyton tonsurans*. Таа може да се јави како епидемија помеѓу атлетичарите.

Третман

- Слично на ингвиналната тинеа (ннд-**А**).
- Кај раширената болест индицирана е системска терапија.

ТИНЕА НА КАПИЛИЦИУМ (TINEA CAPITIS)

Етиологија и дијагноза

- Не се јавува често во земјите на западна Европа.
- Дијагнозата се базира на позитивен резултат од културата кој треба да се земе пред започнувањето на третманот.
- Предизвикувач е вообичаено *Microsporum canis* (од мачки), или *T. mentagrophytes* (од неколку вида на миленичиња), *T. violaceum* (помеѓу децата од земјите во развој), додека *Microsporum audouinii*, *T. tonsurans*, или *T. soudanense* се ретки причинители.

Клиничка слика

- Може да има една или неколку сквамозни плаки на скалпот, со скршени или со отсутни влакна. Може да се јави и гноење на скалпот.
- Кај прогресивната форма, која се карактеризира со пустули и апсцеси (керион), неопходен е брз почеток на третманот, со цел да се превенира трајното губење на влакната.

- Земете лушпи или скршени влакна кои ќе ги извадите од корен со пинцета. Доколку има гној, треба и тој да се земе за примерок. Во случаите на керион, третманот треба да се започне веднаш по земањето на примерок за култура.
- Сите членови на семејството треба да се прегледаат и истовремено да се третираат, со цел да се превенира ширењето на болеста.
- Предметите кои се користат за нега на косата (чешли, четки, шноли и др.) не смее да се употребуваат од неколку лица.

Третман

- Тербинафин, 4 недели во доза од 250 мг/дневно (ннд-**B**). Итраконазол се дава во доза од 200 мг/дневно во текот на 4-6 недели (ннд-**B**).
- Во акутната фаза, третманот се комбинира со локален третман. Дозирањето кај децата треба да се провери кај секој случај поединечно.

ИНФЕКЦИИ СО КАНДИДА

- Инфекциите со кандида се често предијагностицирани.
  - Заболувањата кои погрешно се дијагностицираат како кандидијаза се лихен планус и "стоматодинија" во устата, атопичниот екцем во аглите на устата кај децата и себороичниот екцем во кожните набори.
  - "Кандидомицетичен баланитис" е честопати себороичен дерматитис, а "кандидомицетичното интертриго" помеѓу прстите е иритантен егзем.
- Најчестиот агенс на вистинската кандидијаза е *Candida albicans*. Инфекцијата, вообичаено, се јавува во регииите кои се веќе оштетени (со влага, со триење и др.).
- Изолацијата на *Candida albicans* од примерок од култура не е доказ дека е патоген агенс, бидејќи Candida е нормален хуман сапрофит.
- Кандидијазата во аглите на устата, под градите и во ингвиналните набори кај постарите е често мацерирана и егзулцерирана во дното на наборот и со мали сателитски лезии на периферијата.
- Предиспонирачки фактори се дијабетесот, долготрајниот третман со антибиотици, имуно-супресијата и денталните протези.

ОРАЛНА КАНДИДИЈАЗА

Клиничка слика

- Типични бели налепи на оралната мукоза, обично на јазикот, кај доенчиња на возраст од неколку недели
- Кај возрасните не е така честа како што се очекува и тешко се поставува дијагнозата. Постои ексудативна и атрофична форма на болеста.

Третман

Види го упатството за стоматитис кај деца.

КАНДИДОМИЦЕТИЧЕН АНГУЛАРЕН ХЕИЛИТ

Клиничка слика

- Се јавува со конкомитантна орална кандидијаза или засебно.
- Носењето на ниска дентална протеза го продлабочува кожниот набор на устата и се задржува влагата што создава услови, погодни за развој на инфекција со кандида.
- Види го упатството за хеилитис

Третман

- Азолска маст, понекогаш комбинирана маст за третман на секундарниот егзем и бактериската инфекција.
- Заболувањето има тенденција за рекуренција и третманот мора да се повтори.

КАНДИДОМИЦЕТИЧНО ИНТЕРТРИГО

Клиничка слика

- Да се избегне прекумерно дијагностицирање: често причината е себороичен екцем (особено во аналната регија) или псоријаза во кожните набори.
- Се јавува под градите, во папокот, во во ингвиналните набори, помеѓу двата дела на задникот и помеѓу прстите.
- Ареата е еритематозна, осетлива и често влажи, и може да има сателитски папули околу лезијата.

Третман

- Комбинирана маст која содржи благ кортикостероид и антимикотик, два пати на ден во траење 1-2 недели.
- Вообичаено, нема потреба за перорални антимикотични лекови (флуконазол, итраконазол).
- Често повторуваната кандидијаза е индикација за одредување на нивото на шеќер во крвта и повод да се размисли за постоење на имунодефициенција.
- Со цел да се превенираат рекуренциите, важно е да се намалат факторите кои ја оштетуваат кожата (прегрејување во кожните набори, влага, триење и др.).

КАНДИДОМИЦЕТИЧНА ПАРОНИХИЈА

Клиничка слика

- Инфекцијата е често мешана: *Candida albicans + S. aureus*.
- Работа со влажни раце (чистачи и персонал во кујна и др.) предиспонира за појава на болеста.
- Кај хроничната паронихија, може да се видат трансверзални бразди и нерамнини на ноктената плоча.
- Акутната болест трајно не го оштетува нокотот.

Третман

- Есенцијално е да се заштитат рацете и да се чуваат суви.
- Инфекцијата со кандида се третира со топични препарати кои содржат азоли, натамицин или нистатин.
- Ако е потребно, во иницијалната фаза на третманот може да се употреби топичен третман со комбинација на кортикостероид и антимикотик.
- Во иницијалната фаза, ако е потребно, може да се користат купки во калиум хиперманган ($KMnO_4$) во тек на 10 до 15 минути во првиот ден

КАНДИДОМИЦЕТИЧЕН БАЛАНИТ

- Дел од случаите, дијагностицирани како кандидомицетичен баланит, всушност се себороичен екцем.
- Заболувањето, обично, е со лесна клиничка слика и може да дојде до самоизлекување.
- Хипердијагностиката на кандидијазата создава непотребна грижа - партнерките може да имаат вагинални квасници и без клинички симптоми.

Клиничка слика

- Симптомите на кандидомицетичен баланит се јадеж и печење.
- На мукозните мембрани може да се видат еритемни ерозии и бел ексудат (налепи).

Третман

- Се препорачува примена на топични препарати кои содржат азоли, со или без кортикостероиди.
- Тоалета со воден раствор на калијум хиперманган (1:10000) дневно, во текот на 15 минути е ефикасен (се внимава да не се обои облеката и садовите!).

ПОВРЗАНИ ИЗВОРИ

25.1.2009

Ова упатство е создадено и ажурирано од тимот на едиторите на EBMG

Резиме на докази

- Континуирана терапија со тербинафин изгледа дека е поефикасна од интермитентнаsa терапија со итраконазол за третман на онихомикоза на ноктот на палецот на стопалото (ннд-**B**).

Интернет извори

- Lott M, Zember G. Tinea corporis. eMedicine 1
- Blumberg M, Kantor GR. Onychomycosis. eMedicine 2

Литература

- Adams BB. Tinea corporis gladiatorum. J Am Acad Dermatol 2002 Aug;47(2):286-90. PubMed
- Del Rosso JQ, Draelos ZD, Jorizzo JL, Joseph WS, Ribotsky BM, Rich P. Modern methods to treat superficial fungal disease. Cutis 2007 Feb;79(2 Suppl):6-29. PubMed
- Theos A. Diagnosis and management of superficial cutaneous fungal infections in children. Pediatr Ann 2007 Jan;36(1):46-54. PubMed
- Weinstein A, Berman B. Topical treatment of common superficial tinea infections. Am Fam Physician 2002 May 15;65(10):2095-102. PubMed

Article ID: rel00125 (013.050)
© 2014 Duodecim Medical Publications Ltd

Претходни автори:
Väinö Havu и Inkeri Helander

Последен преглед за ажурирање на 12.8.2013 • Последна промена 16.1.2014

Article ID: ebm00267 (013.050)
© 2014 Duodecim Medical Publications Ltd

1. **EBM Guidelines,** 16.1.2014**, http://www.ebm-guidelines.com**
2. **Упатството треба да се ажурира по 3 години.**
3. **Предвидено е следно ажурирање во 2017 година.**

Упатството го ажурирала Проф. Др. К. Зафировска
Координатор: Проф. Др. К. Зафировска

1403.

Врз основа на член 27 став (1) од Законот за здравствената заштита („Службен весник на Република Македонија“ број 43/12, 145/12, 87/13, 164/13, 39/14, 43/14, 132/14, 188/14 и 10/15), министерот за здравство донесе

У П А Т С Т В О
ЗА МЕДИЦИНСКОТО ЗГРИЖУВАЊЕ ПРИ АЛЕРГЕН-СПЕЦИФИЧНА ИМУНОТЕРАПИЈА

Член 1

Со ова упатство се утврдува медицинското згрижување при алерген-специфична имунотерапија.

Член 2

Начинот на медицинското згрижување при алерген-специфична имунотерапија е даден во прилог, кој е составен дел на ова упатство.

Член 3

Здравствените работници и здравствените соработници ја вршат здравствената дејност на медицинското згрижување при алерген-специфична имунотерапија по правило согласно ова упатство.

По исклучок од став 1 на овој член, во поединечни случаи по оценка на докторот може да се отстапи од одредбите на ова упатство, со соодветно писмено образложение за причините и потребата за отстапување и со проценка за натамошниот тек на згрижувањето, при што истото од страна на докторот соодветно се документира во писмена форма во медицинското досие на пациентот.

Член 4

Со денот на влегувањето во сила на ова упатство престанува да важи Упатството за практикување на медицина заснована на докази при алерген-специфична имунотерапија („Службен весник на Република Македонија“ бр. 173/13)..

Член 5

Ова упатство влегува во сила наредниот ден од денот на објавувањето во „Службен весник на Република Македонија“.

Бр. 17-2327/1
27 февруари 2015 година
Скопје

Министер,
Никола Тодоров, с.р.

Прилог

АЛЕРГЕН-СПЕЦИФИЧНА ИМУНОТЕРАПИЈА

МЗД Упатства
21.1.2014 Последна промена 21.1.2014
Erkka Valovirta

- Основни правила
- Општо
- Неопходни предуслови пред започнувањето со алерген-специфичната имунотерапија
- Индикации
- Контраиндикации
- Практични аспекти
- Претпазливост
- Реакции, поврзани со терапијата
- Сублингвална имунотерапија
- Поврзани извори

ОСНОВНИ ПРАВИЛА

- Алерген-специфичната имунотерапија може да се изведе или со давање на супкутани инјекции или како сублингвална имунотерапија кај возраст над 5 години, ако пациентот има алергиско заболување, медирано од IgE, кое го нарушува неговиот/нејзиниот квалитет на живот.
- Најчесто употребуваните алергени за овој вид терапија се бреза (*Phleum pretense)*, див пелин (*Artemisia vulgaris*), мачка, куче, коњ, оса и пчела.
- Кај сублингвалната имунотерапија, *Phleum pretense* е најкористениот достапен алерген.
- Ефектот од алерген-специфичната имунотерапија е добар кај алергискот ринитис и кај алергијата од веномот Hymenoptera и кај деца и кај возрасни.
- Алерген-специфичната имунотерапија, исто така, се користи и кај алергиската астма како дел од антиинфламаторната терапија со добри ефекти и кај децата и кај возрасните.

ОПШТО

- Алерген-специфичната имунотерапија е каузална терапија на IgE-посредуваниот
  - Алергиски ринитис и конјунктивитис.
  - Алергиска астма.
  - Алергија на отровот од оса и од пчела (*Hymenoptera*).
- Во текот на алерген-специфичната имунотерапија се намалува алергиската инфламација во таргетните органи.
- Кај алергијата на отровот од *Hymenoptera*, алерген-специфичната имунотерапија ги супримира животозагрозувачките реакции кај 80% од пациентите, а го намалува нивниот интензитетот кај другите 20%.
- Терапијата, обично, продолжува во текот на 3 години, а кај *Hymenoptera* 5 години.
- Терапијата има ефект кај 80-90% пациенти. Ефектите траат неколку години по завршувањето на третманот; кај децата со алергија на трева, покажано е дека траат 12 години.
- Одлуката за започнување на терапијата ја дава специјалист со експертиза во инвестигации и третман на алергеските болести.

НЕОПХОДНИ ПРЕДУСЛОВИ ПРЕД ЗАПОЧНУВАЊЕТО СО АЛЕРГЕН-СПЕЦИФИЧНАТА ИМУНОТЕРАПИЈА

- Пациентот има докажана IgE-посредувана алергија (алергиски риноконјунктивитис) која ги предизвикува симптомите.
- Нема контраиндикации за терапијата.
- Пациентот сака да спроведува третман.
- Треба да има едуциран персонал за давање и следење на терапијата според важечките клинички упатства.
- Третманот веќе може да започне во раниот стадиум на болеста.
  - Ризикот од развој на астма кај деца, алергични на полен од бреза или Тимотеј трева (*Phleum pretense)* се намалува ако алерген-специфичната имунотерапија се започне доволно рано.
- Пациентот треба да биде претходно информиран околу должината на терапијата, цената на чинење на третманот како и ограничувањата и можните несакани ефекти, предизвикани од неа и треба да постои желба за нејзино спроведување. Ова ја подобрува соработката со пациентот.

ИНДИКАЦИИ

- Ефектот е добар кај поленот, алергиите на животни и на домашна прашина. Кај алергијата на отровот од Hymenoptera, алерген-специфичната имунотерапија е единствениот ефикасен етиолошки третман. Астмата тешко се третира само со алерген-специфична имунотерапија.
- Алергија на отровот од Hymenoptera.
- Алергиски рино-конјунктивитис, предизвикан со:
  - Полени.
  - Домашна прашина со дерматофагоидес.
  - Животни/миленичиња кога во секојдневниот живот не може да се избегнува контакт со животното (на пример човек со оштетен вид сензибилизиран на куче водич, дете со силна алергија на домашно миленичe – мачка, царински службеник алергичен на куче трагач).
- Астма (ннд-**А**):
  - Полени.
  - Домашна прашина со Dermatophagoides pteronissimus.
  - Животни/миленичиња (во посебни случаи).
- Алергија на мувли (не се однесува за симптоми кои се асоцирани со оштетување на живеалиштата со вода, кои обично се иритирачки симптоми).
- Професионални алергии:
  - Животни.

КОНТРАИНДИКАЦИИ

- Друга имунолошка или малигна болест.
- Тешки срцеви и респираторни болести.
- Континуирана орална кортикостероидна терапија (над 10 мг prednisolone/ден или сличен стероид).
- Бета блокери (исто и како капки за очи бидејќи при тешки реакции ефектот на адреналин е намален).
- Возраст под 5 години.
- Бременост и доење.

ПРАКТИЧНИ АСПЕКТИ

- Терапијата се администрира во текот на годината со давање супкутани инјекции на депо препарат на екстракт на алерген, врзан за алуминиум хидроксид.

- Во текот на фазата на зголемување на дозата, таа се зголемува секои 1-2 недели. По оваа фаза, терапијата може да се дава во здравствени центри во соработка со центарот каде што прво била започната, во согласност со локалната практика и заемното договарање.
- Во фазата на одржување, инјекциите обично се даваат на секои 6 (4-8) недели.
- Дозата на одржување е индивидуална (најголемата доза која пациентот може да ја толерира), но не поголема од препорачаната доза од страна на производителот на алергенскиот екстракт (несаканите ефекти се зголемуваат, но ефектот останува ист).
- Следната доза е диктирана од веројатната реакција од претходната инјекција и од симптомите кои пациентот ги имал во тоа време.
- Во текот на поленската сезона дозата на алергенскиот екстракт зависи од симптомите на пациентот. Детални упатства може да се добијат од производителите на алергенските екстракти.

ПРЕТПАЗЛИВОСТ

- Инјекциите треба да ги дава квалификувана медицинска сестра и во центарот мора секогаш да биде присутен доктор.
- Пред да се даде инјекцијата, пациентот се прашува за евентуалните реакции по претходната посета.
- Пациентот треба да биде под супервизија најмалку 30 минути по инјекцијата.
- Кај сублингвалната имунотерапија, првата таблетка се дава во здравствена единица под опсервација на медицинска сестра и доктор. Потребно е пациентот да се следи најмалку наредните 30 минути после внес на таблетата.
- Пациенти под 15- годишна возраст мора да бидат придружувани.
- По инјекцијата мора да се избегнуваат интензивни физички вежби и алкохол.

РЕАКЦИИ, ПОВРЗАНИ СО ТЕРАПИЈАТА

- Различни реакции од инјекцијата се нормален дел од терапијата: локално црвенило и едем.
- Дозата на екстрактот се проценува секогаш врз база на едематозната реакција (јасна изразена папула која може да се почувствува и да се измери со прст, а не папула од убод на кожата!).
- Може да се појават генерализирани реакции (уртикарија, астма, слабост, генерализирана алергиска реакција).
- На пациентот му се ординира терапија:
  - Антихистаминици.
  - Кортикостероиден крем.
  - Бронходилататор.
  - Ако е потребно, самоинјектирачки адреналин.

СУБЛИНГВАЛНА ИМУНОТЕРАПИЈА

- Сублингвалната имунотерапија со екстрактот од *Phleum pretense* е ефикасен и безбеден третман за алергиски ринит и астма, предизвикани од полен од трева кај деца над 5-годишна возраст и кај возрасните.
- Индикациите и контраиндикациите за сублингвалната имунотерапија се исти како и за супкутаните алергиски вакцини.
- Првата брзорастворувачка сублингвална таблета се администрира во центар кој спроведува ваков тип терапија. Повеќето пациенти (околу 50% и деца и возрасни) чувствуваат јадеж на оралната мукоза кој за неколку минути се смирува и не се повторува кога терапијата трае околу една недела..
- Терапијата се спроведува во домашни услови со земање на една таблета дневно. Терапијата трае 3 години. Пациентот треба еднаш годишно да се јави во центарот каде што почнала терапијата заради следење.

ТЕРАПИСКО СЛЕДЕЊЕ

- Докторот кој прв ја започнал терапијата треба да ја евалуира ефикасноста барем еднаш годишно.
- Оваа евалуација е базирана на алергиските симптоми и на употребата на други лекови.
- Таканаречената ВАС евалуација (визуелна аналогна скала) е нов метод за евалуација на ефикасноста. Пациентот дава своја проценка за ефектот годишно со употреба на ВАС. Евалуацијата се базира на промените во симптомите и употребата на медикаменти во текот на терапијата.

ПОВРЗАНИ ИЗВОРИ

- Кохранови прегледи
- Литература

Кохранови прегледи

- Имунотерапијата е поефективна во споредба со плацебо за симптоми од астма (ннд- А)
- Сублингвална имунотерапија е поефективна за окуларни симптоми кај пациенти со алергиски ринокоњунктивитис или алергиски коњунктивитис во споредба со палцебо (ннд-В)

Литература

- Alvarez-Cuesta E, Bousquet J, Canonica GW, Durham SR, Malling HJ, Valovirta E, EAACI, Immunotherapy Task Force. Standards for practical allergen-specific immunotherapy. Allergy 2006;61 Suppl 82():1-20.**PubMed**
- Dahl R, Kapp A, Colombo G, de Monchy JG, Rak S, Emminger W, Rivas MF, Ribel M, Durham SR. Efficacy and safety of sublingual immunotherapy with grass allergen tablets for seasonal allergic rhinoconjunctivitis. J Allergy Clin Immunol 2006 Aug;118(2):434-40.**PubMed**
- Passalacqua G, Durham S. Passalacqua G, Durham SR, Global Allergy and Asthma European Network. Allergic rhinitis and its impact on asthma update: allergen immunotherapy. J Allergy Clin Immunol 2007 Apr;119(4):881-91. **PubMed**
- Rak S, Yang WH, Pedersen MR, Durham SR. Once-daily sublingual allergen-specific immunotherapy improves quality of life in patients with grass pollen-induced allergic rhinoconjunctivitis: a double-blind, randomised study. Qual Life Res 2007 Mar;16(2):191-201. **PubMed**
- Savolainen J, Jacobsen L, Valovirta E. Sublingual immunotherapy in children modulates allergen-induced in vitro expression of cytokine mRNA in PBMC. Allergy 2006 Oct;61(10):1184-90. **PubMed**
- EMEA Guidelins on the clinical development of products for specific immunotherapy for the treatment of allergic diseases. Doc .Rfe.CHMP/EWP/18504/2006, London 2008
- Alvarez-Cuesta E, Bousquet J, Canonica GW, Durham SR, Malling HJ, Valovirta E, EAACI, Immunotherapy Task Force. Standards for practical allergen-specific immunotherapy. Allergy 2006;61 Suppl 82():1-20.**PubMed**
- Canonica GW, Baena-Cagnani CE, Bousquet J, Bousquet PJ, Lockey RF, Malling HJ, Passalacqua G, Potter P, Valovirta E. Recommendations for standardization of clinical trials with Allergen Specific Immunotherapy for respiratory allergy. A statement of a World Allergy Organization (WAO) taskforce. Allergy 2007 Mar;62(3):317-24. **PubMed**
- Halken S, Lau S, Valovirta E. New visions in specific immunotherapy in children: an iPAC summary and future trends. Pediatr Allergy Immunol 2008 Aug;19 Suppl 19():60-70. **PubMed**
- van Wijk RG. When to initiate immunotherapy in children with allergic disease? Lessons from the paediatric studies. Curr Opin Allergy Clin Immunol 2008 Dec;8(6):565-70. **PubMed**
- Jacobsen L, Niggemann B, Dreborg S, Ferdousi HA, Halken S, Høst A, Koivikko A, Norberg LA, Valovirta E, Wahn U, Möller C, (The PAT investigator group). Specific immunotherapy has long-

term preventive effect of seasonal and perennial asthma: 10-year follow-up on the PAT study. Allergy 2007 Aug;62(8):943-8. **PubMed**
- Berto P, Frati F, Incorvaia C. Economic studies of immunotherapy: a review. Curr Opin Allergy Clin Immunol 2008 Dec;8(6):585-9. **PubMed**

Article ID: rel00135 (014.009)
© 2014 Duodecim Medical Publications Ltd

Последен пат прегледано за ажурирање на 21.1.2014 • Последна промена 21.1.2014
Article ID: ebm00302 (014.009)
© 2014 Duodecim Medical Publications Ltd

1. **EBM Guidelines, 21.1.2014,** http://www.ebm-guidelines.com
2. **Упатството треба да се ажурира еднаш на 2 години.**
3. **Предвидено е следно ажурирање до јуни 2016 година.**

Упатството го ажурирал: Доц. Д-р. Катарина Ставрић
Координатор:Проф.Д-р. Катица Зафировска

1404.

Врз основа на член 27 став (1) од Законот за здравствената заштита („Службен весник на Република Македонија“ број 43/12, 145/12, 87/13, 164/13, 39/14, 43/14, 132/14, 188/14 и 10/15), министерот за здравство донесе

У П А Т С Т В О
ЗА МЕДИЦИНСКОТО ЗГРИЖУВАЊЕ ПРИ АКТИНИЧНА (СОЛАРНА) КЕРАТОЗА

Член 1

Со ова упатство се утврдува медицинското згрижување при актинична (соларна) кератоза.

Член 2

Начинот на медицинското згрижување при актинична (соларна) кератоза е даден во прилог, кој е составен дел на ова упатство.

Член 3

Здравствените работници и здравствените соработници ја вршат здравствената дејност на медицинското згрижување при актинична (соларна) кератоза по правило согласно ова упатство.

По исклучок од став 1 на овој член, во поединечни случаи по оценка на докторот може да се отстапи од одредбите на ова упатство, со соодветно писмено образложение за причините и потребата за отстапување и со проценка за натамошниот тек на згрижувањето, при што истото од страна на докторот соодветно се документира во писмена форма во медицинското досие на пациентот.

Член 4

Со денот на влегувањето во сила на ова упатство престанува да важи Упатството за практикување на медицина заснована на докази при актинична (соларна) кератоза („Службен весник на Република Македонија“ бр. 173/13).

Член 5

Ова упатство влегува во сила наредниот ден од денот на објавувањето во „Службен весник на Република Македонија“.

Бр. 17-2326/1
27 февруари 2015 година
Скопје

Министер,
Никола Тодоров, с.р.

Прилог

АКТИНИЧНА (СОЛАРНА) КЕРАТОЗА

МЗД Упатство
30.5.2013 • Последни промени 26.3.2010

Pekka Autio

- Основни правила
- Дефиниција
- Епидемиологија
- Дијагноза
- Третмани и профилакса
- Прогноза
- Референци

ОСНОВНИ ПРАВИЛА

- Актиничната кератоза би требало да се третира за да се избегне ризикот од развој на карцином и од естетски причини
- Криотерапијата со течен азот и фотодинамската терапија може да се изведуваат во дерматолошка амбуланта.
- Имиквимод и диклофенак гел може да ги користат докторите од примарното здравство. Како и да е, употребата на имиквимод побарува добро познавање на лекот бидејќи тој предизвикува силна локална реакција.

ДЕФИНИЦИЈА

- Позната е и под името соларна кератоза.
- Дегенеративно пореметување на растот на епидермалните клетки; преканцерозна лезија која може да се развие во епидермален карцином кој сеуште не ја пробил базалната мембрана.
- Актиничната кератоза може да се третира без да се опфати дермисот (т.е. без да се предизвика лузна)

ЕПИДЕМИОЛОГИЈА

- Се јавува често помеѓу тие со светла кожа. Се појавува кај повозрасни на регии експонирани на сонце.
- Предилекциони места се ќелавиот скалп, горните агли на ушните школки и дорзалната страна од шаките лицето.

ДИЈАГНОЗА

- Првата манифестација е еритемна, асимптоматска добро ограничена мала плака.
- Плаката расте во дијаметар од неколку цм, се лупи и може да се појави дебела хиперкератоза, дури и цорну цутанеум.
- Во повеќето случаи се јавуваат мултипли лезии.
- Потребно е да се земе биопсија или да се испрати пациентот кај дерматолог

ТРЕТМАН И И ПРОФИЛАКСА

- Пред третманот да се исклучи сквамоцелуларен карцином
- Криотерапијата со течен азот е ефективна, ефтина постапка со добар естетски резултат.
- Ретко е потребно да се направи ексцизија; козметскиот резултат е подобар со криотерапија
- Фотодинамската терапии (nnd-**B**) се користи во многу дерматолошки амбуланти.

- Докторите од примарното здравство може да користат имиквимод (nnd-**B**). (обично предизвикува силна локална иритација) или 3% диклофенак гел (nnd-**B**). Диклофенак може да се користи за тенки лезии, но гелот треба да се нанесе два пати дневно 3 месеци.
- Може да се користи крема со третиоин (0,05%) за третирање и профилакса на многу тенки промени (ннд-**C**). Кремот може да се користи долго време, дури и континуирано.
- Евалуирајте го резултатот од лекувањето после 2-3 месеци
- Препаратите за заштитата од сонце го забавуваат развојот на новите лезии (nnd-**B**)

ПРОГНОЗА

- Во наредните години најверојатно ќе се развијат нови лезии.
- Ако не се лечи, соларната кератза може да се развие во сквамоцелуларен карцином

Претходен автор: Raimo Suhonen

Последен пат прегледано за ажурирање на 30.5.2013 • Последни промени 26.3.2010

Article ID: ebm00278 (013.076)
© 2014 Duodecim Medical Publications Ltd

1. **EBM Guidelines, 30.5.2013, http://www.ebm-guidelines.com**
2. **Упатството треба да се опреснува еднаш на 3 години.**
3. **Предвидено следно опреснување до март 2016 г.**

Упатството го ажурирала: Проф. Д-р. Катица Зафировска
Координатор: Проф. Д-р. Катица Зафировска

1405.

Врз основа на член 27 став (1) од Законот за здравствената заштита („Службен весник на Република Македонија“ број 43/12, 145/12, 87/13, 164/13, 39/14, 43/14, 132/14, 188/14 и 10/15), министерот за здравство донесе

У П А Т С Т В О
ЗА МЕДИЦИНСКОТО ЗГРИЖУВАЊЕ ПРИ АКНИ

Член 1

Со ова упатство се утврдува медицинското згрижување при акни.

Член 2

Начинот на медицинското згрижување при акни е даден во прилог, кој е составен дел на ова упатство.

Член 3

Здравствените работници и здравствените соработници ја вршат здравствената дејност на медицинското згрижување при акни по правило согласно ова упатство.

По исклучок од став 1 на овој член, во поединечни случаи по оценка на докторот може да се отстапи од одредбите на ова упатство, со соодветно писмено образложение за причините и потребата за отстапување и со проценка за натамошниот тек на згрижувањето, при што истото од страна на докторот соодветно се документира во писмена форма во медицинското досие на пациентот.

Член 4

Со денот на влегувањето во сила на ова упатство престанува да важи Упатството за практикување на медицина заснована на докази при акни („Службен весник на Република Македонија“ бр. 173/13).

Член 5

Ова упатство влегува во сила наредниот ден од денот на објавувањето во „Службен весник на Република Македонија“.

Бр. 17-2325/1
27 февруари 2015 година
Скопје

Министер,
Никола Тодоров, с.р.

Прилог

АКНИ

МЗД Упатство

29.4.2014 • Последна промена 29.4.2014
Alexander Salava

- Основи
- Епидемиологија и етиологија
- Клиничка слика
- Дијагноза
- Испитувања
- Диференцијална дијагноза
- Локална терапија
- Системска терапија
- Други третмани
- Индикации за специјалистичка консултација
- Поврзани извори
- Референци

ОСНОВИ

- Дијагнозата се заснова на историјата на болеста и клиничката презентација
- Третманот се избира според пациентовите лезии од акните и типот на кожата.
- Торічниот третман игра важна улога
- Оваа состојба предизвикува козметички проблеми и има влијание врз психосоцијалното здравје
- Пациентите треба да се мотивираат за долготрајна терапија

ЕПИДЕМИОЛОГИЈА И ЕТИОЛОГИЈА

- Тоа е честа кожна болест, која засега 60–80% од популацијата на белата раса
- Во пубертетот е почеста кај мажите, а кај возрасната популација кај жените; акните може да се манифестираат за прв пат во возрасно доба
- Ендогена и мултифакторијална етиологија
- Има наследна тенденција; во најголем дел од случаите, болеста може да се сретнува кај блиски членови на фамилијата.

КЛИНИЧКА СЛИКА

- Тоа е хронична кожна болест поврзана со периодични егзацербации
- Обично, најчесто се јавува на лицето, горниот дел на грбот и градите
- Може да остави деформирачки лузни и да предизвика психосоцијални проблеми.
- Формирањето на лузна е индивидуално и не секогаш е поврзано со тежината на болеста
- Се делат на подтипови коишто често пати се коегзистираат кај ист пациент
  - Комедонални акни (acne comedonicus)
    1. Главните кожни промени се состојат од отворени или затворени комедони. Има само блага инфламација на кожата.
  - Вообичаени акни (acne vulgaris), исто така познати како папулопустуларни акни
    - Лезиите се главно црвени папули и пустули, но, исто трака, може да се јават и комедони.

- Цистични акни (acne cystica)
  - Длабоко продирачки лезии, често болни, можат да се видат на кожата покрај комедоните, папулите и пустулите.
- Има неколку тешки и невообичаени варијанти на акни, и нивниот третман треба да го спроведува дерматолог.
  - Acne conglobata е хронична форма на систични акни и е асоцирана со пурулентни и улцеративни инфламаторни промени. Порај предилекционите места за вообичаените акни, acne conglobata може да се јават и на задникот и на превојните подрачја. Типични се двојните комедони; канал од една лојна жлезда се отвара на кожата преку два отвора.
  - Acne fulminans, ретка болест, скоро исклучително се гледа кај млади, се карактеризира со тешко инфламирани и улцеративни лезии пружени со температура, зглобни и мускулни болки и, понекогаш, со промени на коските слични на оние кај остеомијелитис.
  - Acne inversa (hidradenitis suppurativa) е хронична и тешка за лекување улцеративна инфламација на апокриниte потни жлезди, која најчесто се гледа кај возрасни пациенти во флексорните подрачја, во пазувите и препоните. При излекување на состојбата остануваат лузни.

ДИЈАГНОЗА

- Дијагнозата е клиничка
- Акните може да се дијагностицираат преку присуството на комедони (со црн врв = отворени комедони, со бел врв = затворени комедони).
- Пациентот треба да се распраша за факторите кои ги влошуваат акните.
  - Надворешни фактори (производи за хигиена и козметика, вклучувајќи ги лосионите, механичката оклузија, триењето, топла средина, кај некои случаи, работа која предизвикува многу потење, одмори и изложеност на сонце)
  - Внатрешни фактори (кортикостероиди, литиум, јод, антиепилептични лекови, тестостерон, анаболични стероиди)
  - Ретки болести кои предизвикуваат хиперандрогенизам (синдром на полицистични јајчници; конгенитална адренална хиперплазија, некласична форма)

ИСПИТУВАЊА

- Во отсуство на други знаци на хиперандрогенизам (хирзутизам, абнормално менструално крвавење, неплодност) не е потребно испитување на хормоните.
- Акни кои се јавуваат во многу млада возраст, може да бидат знак за ендокрина болест.
  - Ако има силно сомневање за хиперандрогенизам, кај пациент од женски пол треба да се испитаат серумското ниво на тестостерон и на врзувачкиот глобулин на сексуалниот хормон (SHBG).

ДИФЕРЕНЦИЈАЛНА ДИЈАГНОЗА

- Розацеа: пустули, главно го зафаќа цетралниот дел на лицето, телеангиектазии, флаш реакција
- Периорален дерматитис: често околу устата, само папули
- Фоликулитис: единечни пустули околу подрачјето на брадата или или пошироко распространети пустули на горниот дел на телото
- Слични на акни реакции на лекови се ретки исипи кои наликуваат на акни

ЛОКАЛНА ТЕРАПИЈА

- Кожните лезииспоро се излекуваат. Локалната терапија на кожата бара време, а лекарот го лекува пациентит треба да биде способен да го мотивира пациентот за лекувањето.
- Кожата се чисти наутро и навечер со сапун или со антибактериски детергенти.

- Третмнот се избира според типот на лезии и типот на кожа.
- Употребата на продукти за нега на кожата мора во детали да му се објасни на пациенто.
- Продуктите за нега на кожата обично се применуваат навечер на сите подрачја каде се јавуваат акните, а не само врз промените присутни во моментот.
- Ефектот од третманот не е видлив се дури не поминат неколку недели, и пациентите често пати го напуштаат лекувањето прерано како неефикасно.
- Локалната терапија треба да продолжи се дури не се подобри состојбата на кожата; третманот, потоа, продолжува долготрајно, на пример, два пати неделно.
- Профилактичниот локален третман се покажало дека ги намалува егзацербациите
- Производите за нега на кожата може да предизвикаат сувост на кожата и црвенило особено во раните стадиуми на третман. Ако ова се јави, производот треба да се применува поретко, третманот треба да се запре привремено или да се проба друг производ.
- За да се намали иритацијата, основна локална крема со висока содржина на вода може да се применува врз медицинската крема после неколку минути; иритацијата обично се намалува како што кожата се навикнува на производот за локална нега на кожата.
- Третманот може да започне со пониска концентрација и/или пациентот може да се советува да го имие лекот од кожата по неколку часови во раната фаза на третманот (за 2–3 недели).
- Комедонални акни
  - Tretinoin (Витамин А киселина) 0.025% и 0.05% крема (ннд-**А**).
  - Гел адапален (ннд-**С**).
  - Азелаична киселина 20% крема или 15% гел
  - Бензиол пероксид (3-10%) во форма на крем или гел (ннд-**А**).
  - Комбинација на гел од адапален и бензиол пероксид
  - Комбинација на гел од бензиол пероксид и клиндамицин
  - Комбинација на гел од третионин и клиндамицин
- Вообичаени акни
- Третманот започнува со гел кобинација (нензоли пероксид и адапален или клиндаммицин или третиноин и клиндамицин)
- Ефикасни се и други продукти за локална нега на кожата се користа кај комедоналните акни.
- Индивидуални папулопустули може, исто така, да се третираат со локални антимикробни лекови во форма на раствор, гел или крем (на пример, раствор на клиндамицин) (ннд-**А**).

СИСТЕМСКА ТЕРАПИЈА

- Индицирана е кај широко распространета или тешка форма на acne vulgaris, или кога коректно применета локална терапија не се покажало дека е доволна.
- Може да се започне и кај поблаги случаи ако пациентот, на пример, е загрижен околулузните кои може да ги дадат акните. Антимикробните лекови не се ефикасни кај комедоналните акни.
- Локалната терапија мора да продолживо тек на системскиот третман. Само системски антимикробни лекови не се доволни.
  - Доксициклин 50–100 mg еднаш дневно, лимецилин 150–300 mg еднаш или два пати дневно, тетрациклин 250–500 mg еднаш или два пати дневно, еритромицин 250–500 mg еднаш или два пати дневно.
  - Траењето на третманот е 3–6 месеци. Дневната доза може да се намали после 2–4 месеци, ако се јават несакани ефекти.
  - Доксициклинот може да доведе до преосетливост на сончева светлина.
  - Тетрациклинот и еритромицинот се еднакво ефикасни (ннд-**А**).
  - Третманот со помала доза во тек на шест месеци може да резултира со подобри долготрајни резултатиотколку кратките третмани.
  - Тетрациклините не треба да се даваат на деца помлади од 12 години.
  - Освен во исклучителни случаи, мониторингот на лабораториските параметриво тек на третманот не е неопходен.

ДРУГИ ТРЕТМАНИ

- Хормонска терапија кај жени
  - Кога е потребна контрацепција, антиандрогените особини на комбинираните орални контрацептиви може да се искористи (ципротерон ацетат или доспиренон и естроген) (ннд-**A**).
  - Контрацептиви само со ниска доза на орален прогестерон без андрогени особини се, исто така, подесни за примена кај акни.
- Фототерапија
  - Во посебни случаи, може да се користат и дополнителни терапииза да се засили третманот, на пример, SUP терапија (селективна ултравиолетна фототерапија) во тек на темните зимски месеци. Може да е возможно општите лекари да препишат ваква терапија. Третманот е доготраен и се состои од курс од 15–20 редовни сесии, кои се спроведуваат 3 пати неделно, и бара добро мотивиран пациент.
- Лузни кај акни
  - Третманот на лузните од акни со ласер (ннд- D) или дермоабразија не треба да се земат предвид се` дури активната болест не стане сосем неактивна. Треба да се направи обид за израмнување на испакнатите келоидни лузни со кортикостероидни инјекции или со криотерапија.
- Соработка со козметичар
  - Правилно спроведено длабоко чистење на кожата од козметичар често е корисно во третманот на комедонските акни. Козметичарот, исто така, ќе даде информации за правилна употреба на шминка и чистење на кожата.

ИНДИКАЦИИ ЗА КОНСУЛТАЦИЈА НА СПЕЦИЈАЛИСТ

- Дерматолог треба да се консултира за тешките форми на акни (acne cystica, conglobata, fulminans, inversa)
- Акните кој се јавуваат во многу рана возраст може да бараат консултација со ендокринолог.
- Кај тешка форма на акни со значителен број на воспалителни лезии кои водат до стварање лузни, третман од прва линија е терапија со изотретиноин, кој може да биде препишам единствено од дерматолог.
  - Може терапијата да започне и кога пациентот на одговара на сите други, правилно спроведени, тераписки спроведени опции или ако акните се јавуваат повторно после 2–3 соодветно долги курсеви на правилно дозирани антимикробни лекови комбинирани со локална терапија
  - Изотретионин понекогаш се користи и за поблаги случаи, ако пациентот е загрижен за стварањето лузни.
  - Тератогеноста е посебен проблем. Жените во репродуктивно доба мора да користат ефикасна контрацепција најмалку еден месец пред започнувањето на третманоти еден месец после завршувањето на третманот (орални контрацептиви или интраутерини влошки).
  - Пред да започне третманот следните лабораториски параметри треба да бидат проверени, што може да го направи лекарот од примарната здравствена заштита: серумското ниво на хуманиот хориогонадотропен хормон (квалитативна анализа), плазма ALT, холестерол, триглицериди
    - Негативен тест за бременост мора секогаш да се добие пред третманот и 5 недели после завршувањето, исто како и во тек на третманотако тоа се смета дека е потребно. Датумите и резултатите од лабораторискиот мониторинг мора да бидат документирани.
    - Хепаталните ензими и вреднострите на липидите мора да се проверат пред да започне лекувањето, после првиот месец од лекувањето и потоа редовно на секои 3 месеци во тек на третманот, доколку не е потребно почесто тестирање.

- Третманот со изотретионин е поврзан со зголемување на нивото на триглицеридите во плазмата.

ПОВРЗАНИ ИЗВОРИ

10.4.2014

Ова упатство е создадено и ажурирано од тимот на едитори на EBMG

Кохренови прегледи

- Миноциклин изгледа дека е ефикасен за умерено до умерено-тешка форма на инфламирани acne vulgaris, но нема доказ дека тоа е подобар третман од другите вообичаено користени третмани за акни и останува загриженоста за неговата безбедност во споредба со другите тетрациклини (ннд-**B**).
- Нема доволно податоци за процена на ефикасноста на спиронолактонот како третман за акни (ннд-**C**).

Други резимеа на докази

- Азалаичната киселина може да биде ефикасна во намалувањето на инфламаторните лезии и комедони кај пациенти со acne vulgaris (ннд-**C**).
- Локалната примена на еритромицин изгледа дека е ефикасна во намалувањето на инфламаторните лезии кај пациенти со acne vulgaris (ннд-**A**)
- Локалната примена на тетрациклин изгледа дека е ефикасна во намалувањето на тежината на акните, но предизвикува дисколорација на кожата (ннд-**A**).
- Орално даден доксициклин е исто толку ефикасен колку и орално дадени миноциклин или еритромицин во намалувањето на лезиите кај пациенти со acne vulgaris (ннд-**A**)
- Локалната терапија со изотретиноин изгледа дека е ефикасна во намалувањето на инфламаторните лезии и комедони кај пациенти со acne vulgaris (ннд-**B**).

Клинички упатства

- Nast A, Dréno B, Bettoli V et al. European evidence-based (S3) guidelines for the treatment of acne. J Eur Acad Dermatol Venereol 2012;26 Suppl 1:1-29. PubMed

Други интернет извори

- Harper J Fulton J. Acne vulgaris. eMedicine 1.
- Schwartz R, Zaba R. Acne conglobata. eMedicine 2
- Zaba R, Schwartz R. Acne fulminans. eMedicine 3

ЛИТЕРАТУРА

- Simonart T, Dramaix M, De Maertelaer V. Efficacy of tetracyclines in the treatment of acne vulgaris: a review. Br J Dermatol 2008 Feb;158(2):208-16. PubMed
- Sami NA, Attia AT, Badawi AM. Phototherapy in the treatment of acne vulgaris. J Drugs Dermatol 2008 Jul;7(7):627-32. PubMed
- Krakowski AC, Stendardo S, Eichenfield LF. Practical considerations in acne treatment and the clinical impact of topical combination therapy. Pediatr Dermatol 2008 Jun;25 Suppl 1():1-14. PubMed

Article ID: rel00127 (013.060)
© 2014 Duodecim Medical Publications Ltd

РЕФЕРЕНЦИ

1. Nast A, Dréno B, Bettoli V et al. European evidence-based (S3) guidelines for the treatment of acne. J Eur Acad Dermatol Venereol 2012;26 Suppl 1():1-29. PubMed
2. Eichenfield LF, Krakowski AC, Piggott C et al. Evidence-based recommendations for the diagnosis and treatment of pediatric acne. Pediatrics 2013;131 Suppl 3():S163-86. PubMed
3. Archer CB, Cohen SN, Baron SE et al. Guidance on the diagnosis and clinical management of acne. Clin Exp Dermatol 2012;37 Suppl 1():1-6. PubMed
4. Thiboutot D, Zaenglein A, Weiss J, Webster G, Calvarese B, Chen D. An aqueous gel fixed combination of clindamycin phosphate 1.2% and benzoyl peroxide 2.5% for the once-daily treatment of moderate to severe acne vulgaris: Assessment of efficacy and safety in 2 813 patients. J Am Acad Dermatol 2008 Sep 19. PubMed
5. Poulin Y, Sanchez NP, Bucko A et al. A 6-month maintenance therapy with adapalene-benzoyl peroxide gel prevents relapse and continuously improves efficacy among patients with severe acne vulgaris: results of a randomized controlled trial. Br J Dermatol 2011;164(6):1376-82. PubMed
6. Dréno B, Kaufmann R, Talarico S et al. Combination therapy with adapalene-benzoyl peroxide and oral lymecycline in the treatment of moderate to severe acne vulgaris: a multicentre, randomized, double-blind controlled study. Br J Dermatol 2011;165(2):383-90. PubMed

Претходни автори:
Jorma Lauharanta

Последен преглед за ажурирање на 29.4.2014 • Последни промени 29.4.2014

Article ID: ebm00285 (013.060)
© 2014 Duodecim Medical Publications Ltd

1. **EBM Guidelines, 29.4.2014, http://www.ebm-guidelines.com**
2. **Упатството треба да се ажурира по 3 години**
3. **Предвидено следно ажурирање во 2017 година**

Упатството го азурирала: Проф. Др. К. Зафировска
Координатор: Проф. Др. К. Зафировска

1406.

Врз основа на член 27 став (1) од Законот за здравствената заштита („Службен весник на Република Македонија“ број 43/12, 145/12, 87/13, 164/13, 39/14, 43/14, 132/14, 188/14 и 10/15), министерот за здравство донесе

У П А Т С Т В О
ЗА МЕДИЦИНСКОТО ЗГРИЖУВАЊЕ ПРИ ПРЕЧУСТВИТЕЛНОСТ НА ЛЕКОВИ

Член 1

Со ова упатство се утврдува медицинското згрижување при пречуствителност на лекови.

Член 2

Начинот на медицинското згрижување при пречуствителност на лекови е даден во прилог, кој е составен дел на ова упатство.

Член 3

Здравствените работници и здравствените соработници ја вршат здравствената дејност на медицинското згрижување при пречуствителност на лекови по правило согласно ова упатство.

По исклучок од став 1 на овој член, во поединечни случаи по оценка на докторот може да се отстапи од одредбите на ова упатство, со соодветно писмено образложение за причините и потребата за отстапување и со проценка за натамошниот тек на згрижувањето, при што истото од страна на докторот соодветно се документира во писмена форма во медицинското досие на пациентот.

Член 4

Со денот на влегувањето во сила на ова упатство престанува да важи Упатството за практикување на медицина заснована на докази при пречувствителност на лекови („Службен весник на Република Македонија“ бр. 14/13)..

Член 5

Ова упатство влегува во сила наредниот ден од денот на објавувањето во „Службен весник на Република Македонија“.

Бр. 17-2324/1
27 февруари 2015 година
Скопје

Министер,
Никола Тодоров, с.р.

Прилог

ПРЕЧУВСТВИТЕЛНОСТ НА ЛЕКОВИ

МЗД Упатство
15.1.2014 • Последни промени 15.1.2014
Kaija Lammintausta

- Најважно
- Општо
- Каузативни лекови
- Егзантеми
- Брзи реакции
- Пурпура
- Фиксна медикаментозна ерупција
- Акутна генерализирана егзематозна пустулоза (АГЕП)
- Дијагноза
- Третман
- Натамошна употреба на лекови
- Забелешки и пријавување

НАЈВАЖНО

- Кожните реакции се најчестите манифестации на пречувствителност кон лекови, можна е појава на промени во, на пример, крвната слика и функцијата на црниот дроб. Кај најтешките кожни реакции присутни се треска и други општи симптоми.
- Најчестите причини се антибиотици, нестероидни антиинфламаторни лекови (НСАИЛ) и лекови со дејство на централниот нервен систем.
- Некои вирусни инфекции предизвикуваат слични кожни промени како и лековите

ОПШТО

- Хиперсензитивните реакции може да бидат од алергиска или од неалергиска природа.
  - Алергиските реакции секогаш може да се повторат и се јавуваат секој пат кога пациентот ќе го употреби лекот, а новата реакција често е дури и посилна од претходните.
- Само клиничката слика не ја открива причината. Еден лек може да предизвика неколку различни видови кожни промени и, спротивно, структурно слични промени може да се предизвикани од лекови што многу се разликуваат.
- Најчестите типови кожни промени предизвикани од медикаменти се егзантем и уртикарија. Останатите манифестации вклучуваат еритема фиксум, Стивен Џонсонов синдром, токсична епдермална некроза (Лиел синдром), егземетозни реакции, еритродермиа како на пример ексфилиативен дерматитис, акутна генерализирана егзантематична пустулоза, лихеноидни реакции, лупоидни реакции, еритема нодозум и фотоалергични и фототоксични реакции.
- Кај DRESS синдромот (реакција на лекови со еозинофилија и системски симптоми англ. drug reaction with eosinophilia and systemic symptoms) Со системски симптоми и лезија на органи, кожните промени се во вид на генерализиран еритем, сквами и/или були.
- За да се јави реакцијата понекогаш е потребен некој надворешен фактор, како што е светлосната енергија.
  - Фотосензитивната реакција е најчесто предизвикана од доксициклин или хлорпромазин (но може и од други тетрациклин, сулфонамид, сулфонилуреа тијазидни диуретици, квинидин и флуорокинолони)

- Топичната кожна апликација доведува до алергија од одложен тип, која клинички се манифестира како алергиски контактен дерматитис. Сензибилизацијата на пример од неомицин или гентамицин крем, подоцна може да доведе до појава на екземска ерупција, таканаречена системски контактен дерматитис по системска администрација на истиот или сличен лек.

КАУЗАТИВНИ ЛЕКОВИ

- Најчестите причини се антибиотици (особено сулфонамиди и пеницилини и антимикотикот тербинафин), нестероидни антиинфламаторни лекови (НСАИЛ) и лекови со дејство на централниот нервен систем (обично фенитоин, карбамазепин и ламотригин).
- Сулфонамидите, триметоприм, антиепилептичните лекови, НСАИЛ и алопуринолот предизвикале најголем број случаи на тешки медикаментозни реакции (токсична епидермална некролиза, Стивенс-Џонсон-ов и DRESS Sy.).
- Реакции од тип на серумска болест се предизвикани особено од пеницилини и од други бета-лактамски антибиотици, ацетилсалицилна киселина (АСА), стрептомицин и сулфонамиди.
- Пеницилините, обично, реагираат вкрстено меѓу себе. Кај проценетите, во 10 проценти од случаите цефалоспорините вкрстено реагираат со пеницилини.

ЕГЗАНТЕМИ

- Најчестиот тип медикаментозна ерупција.
- Најчесто егзантемите се предизвикани од антибиотици и антиепилептични лекови.
- Клиничките симптоми значително се менуваат. Егзантемот го сочинуваат еритемни макули или макулопапули, кои може да коалесцираат и да формираат големи еритемни едематозни површини.
- Егзантемите предизвикани од медикаменти може да се должат на одложен тип алергиска реакција.
- Егзантемските ерупции, исто така, можат да бидат тригерирани од инфекции предизвикани од некои вируси и од други микроорганизми.
- Ампицилинот и амоксицилинот ако се ординираат на пациент со акутна мононуклеоза, често може да предизвикаат егзантематична реакција на кожата, за која точниот механизам не е познат. Како да е, за време на мононуклеозата, пациентот што прима амоксицилин, исто така може да развие Т-клеточно посредуванаалергија на лекот.

БРЗИ РЕАКЦИИ

- Брзите алергиски реакции од тип 1 се јавуваат со посредство на IgE антитело. Меѓутоа, најголемиот број случаи од брзиот тип медикаментозни реакции се псевдоалергиски, т.е. трансмиторите се ослободуваат без имунолошки механизам. Лековите, на пример, можат да ослободат хистамин директно од маст-клетки без претходна имунолошка реакција. Клиничките симптоми се слични, но разликувањето има значење во дијагностицирањето.
- Псевдоалергиските реакции не може да се репродуцираат како вистинските алергиски реакции.
- Псевдоалергиските реакции индуцирани од лекови може да бидат предизвикани, на пример, од кодеин, опиоиди, хидразин, кинини и радиографски контрасти медиуми. Ангиоедемите предизвикани од АСЕ инхибиторите, како и анафилактоидните реакции предизвикани од мускулните релаксанти и од други анестетици се примери за овие псевдоалергиски реакции.
- За време на операција, алергиска реакција од брз тип, исто така, може да биде предизвикана од природниот гумен латекс во хируршките ракавици или од хлорхексидин во дезинфициенсите за кожа.
- 5% од брзиот тип реакции предизвикани од радиографскиот контраст се од алергиска природа.

- Брз тип реакција во врска со локална анестезија може да биде индуциран дури и со вазовагален колапс.

Уртикарија
- Најчестите причини се бета-лактамски антибиотици, кинолони и многу други антибиотици (и алергиски и псевдоалергиски реакции) како и АСА и сродни супстанции (псевдоалергиски реакции).
- Уртикарија може да биде предизвикана од неколку други фактори (на пример, вирусни инфекции) и со различни патолошки механизми.
- Се карактеризира со благо елевирани уртики, кои се еритемни или бели и често пруригинозни. Тие се појавуваат, исчезнуваат и го менуваат место во тек само на неколку часови.

Ангиоедем
- Ангиоедем е инфламација што ги зафаќа подлабоките структури на кожата. Може да се појави заедно со уртикарија или посебно. Предилекциски места се усните, очните капаци и прстите на рацете. Кај тешки случаи зафатена е ларингеалната мукоза (т.е. анафилактични реакции).

Анафилактичен шок
- Види на друго место.

Пурпура
- Пурупричниот раш составен од петехии понекогаш може да е предизвикан од лекови.
- Пурпура и мали кожни ерозии може да бидат предизвикани од леукоцитокластичен васкулит.

ФИКСНА МЕДИКАМЕНТОЗНА ЕРУПЦИЈА

- Единствена кожна реакција што е единствено предизвикана од хиперсензитивност на лек.
- Најчести причински агенси се сулфонамиди, триметоприм, тетрациклини и карбамазепин.
- Тркалезна, јасно ограничена, обично интензивно црвена плака, која може да се развие во була.
- Едно или неколку жаришта на различни места на телото, исто така, и на мукозните мембрани.
- Промените регредираат со темнокафена пигментација, која може да перзистира со месеци.
- Повторно се јавува на истите места кога причинскиот лек повторно се внесува.
- Ако употребата на лекот продолжи, жариштата се шират на нови места.

АКУТНА ГЕНЕРАЛИЗИРАНА ЕГЗАНТЕМАТИЧНА ПУСТУЛОЗА (АГЕП)

- Еритем на кожата, кој почнува на лицето и се шири на трупот и на екстремитетите со предилекција за флексорните површини.
- Стерилни пустули < 5 мм дијаметар, се јавуваат на флексорните површини и на други места на еритемна кожа.
- Фебрилност до 39^0C
- Понекогаш личат на пустулозна псоријаза.
- Спонтано се повлекува (кога е прекинато внесувањето на лекот) за приближно 10 дена.
- Најчести предизвикувачи се аминопеницилини и НСАИЛ, а понекогаш цефтриаксон, блокатори на калциумовите канали, оксихлороквин, клиндамицин, тербинафин.
- Слична клиничка слика може да биде причинета од вирусна инфекција или од ингестија на жива

ДИЈАГНОЗА

- Се базира на анамнезата на пациентот и на клиничката слика.
- Кај најголемиот број случаи не се на располагање други методи.

Анамнеза на пациентот

- Дали ерупцијата е, навистина, индуцирана од лек? Егзантемска ерупција или уртикарија за која се сомнева дека е предизвикана од НСАИЛ или од антибиотик често е предизвикана од самата постојна инфекција.
- Кој од лековите користени од пациентот би можеле да бидат причината? Лековите што се земаат повремено лесно се забораваат. Прашајте, исто така, и за нив.
- Клиничката слика на ерупцијата? Само неколку лекови, на пример, АСА и пеницилини, често се асоцираат со специфичен тип кожна реакција (уртикарија).
- Дали реакцијата повторно се јавува? Често причината се открива со спонтано повторно јавување на реакцијата по спонтано повторно внесување на лекот.
- Време на јавување? Ако немало претходна експозиција, алергиската реакција може да се јави по прикриен период од неколку дена или дури две недели по почнувањето на терапијата. При повторно внесување, реакцијата се јавува побрзо, обично во тек на 24 часа и често е потешка.
- Отстранување? Повлекување на сомнителниот лек помага во препознавање на причината. Ерупцијата, обично, се излекува кога се прекинува земањето на лекот што ја предизвикува.

Провокациски медикаметонзен тест

- Овој тест одзема време и е скап. Истиот може да е и да вклучува ризки. Тестот е корисен само во случај кога на пацинетот му треба лекот во иднина и кога нема алтернативен лек и кога пациентот има неколку суспектни алергии на лекови, кога на пример наожањето на соодветен антимикробен лек е тешко.
- Апсолутни контраиндикации вклучуваат анафилактични реакции, тешки кожни реакции што го загрозуваат животот (токсична епидермална некролиза, Стивенс Џонсонов синдром), кожни промени придружени со промени во крвната слика, системски реакции од типот на системски еритематозен лупус (СЛЕ).
- Може да се изведе ако е потребно да се потврди погодноста на лек што би го заменил оригиналниот лек, кој е обвинет дека ја предизвикал реакцијата, а постои основа за можна вкрстена реакција.
- Се изведува откако реакцијата се излекувала комплетно, најрано по еден - два месеца.
- Лекот се дава во контролирани услови, најдобро во болница, орално во доза за тестирање значително пониска отколку тераписката доза. Ако не се појави реакција, тестот може да се повтори со поголема доза сè до нормалната тераписка доза.
- Тестот би требало да се почне наутро, а егзацербацијата на реакцијата, фреквенцијата на пулсот, крвниот притисок и телесната температура би требало да се следат во интервали од еден час с [illegible] еденe к 24 часа. Прекорајано најголемиот број случаи симптомите се појавуваат во тек на неколку часа. Ако не се појави реакција во текот на 24 часа и пациентот продолжи со земање на лекот во тераписката доза, следењето се продолжува за цело време на земање на лекот, при што пациентот може по потребада контактира со единицата за набљудување.

Други испитувања

- Рутински лабораториски испитувања не се од корист.
- Брзата алергија, обично, се испитува со кожни `prick` тестови и со испитување на специфично серумско IgE антитело (PACT). Испитување на специфично серумско IgE антитело може да се направи за пеницилин V и G, амоксицилин, цефаклор, некои големи молекули како ACTH и инсулин и за suksametonium.
- Кожните `prick` тестови се изведуваат кај медикаментозна алергија со посредство на IgE
  - во специјализираните дерматолошки/алерголошки единици поради ризикот од анафилактички реакции.

- кожните `prick` тестови за пеницилини се малку подоверливи отколку крвните тестови. Кожните` prick` тестови понекогаш се користат за да се испитаат брзиот тип на реакции кон локални анестетици и агенси што се користат во општа анестезија.
- Интракутани (интрадермални) тестови, исто така, понекогаш се користат за испитување на медикаментозните реакции (и од брз и од одложен тип алергиски реакции).
- `Patch` тестови не се користат рутински за да се проучуваат реакции предизвикани од системски лекови. `Patch` тестирање е метод за откривање одложена, клеточнопосредувана алергија (на пример контактен дерматитис).
  - Кога се испитува егзантематозната реакција предизвикана од системски лекови, `patch` тестовите се средно сигурни, на пример кај реакциите предизвикани од одредени антибиотици, кои се должат на одложен тип (Т-клеточнопосредувана) алергија.
  - Често се користат за испитување на причината за АГЕП
  - Се правени средно шест (3-24) месеци по реакцијата
- Ако кожните тестови се негативни, треба да се направи дозно провокациски тест ако инкриминираниот медикамент е неопходен во третманот на пациентот.

ТРЕТМАН

- Прво, пациентот мора да престане да ги зема лековите во кои се сомнева (најдобро сите лекови што ги користи).
- Престанокот на употребата на лекот, обично, е доволна терапија за благите егзантемски ерупции. Ако е неопходно, може да се употреби кортикостероиден крем.
- Уртикариските реакции се третираат со орални антихистаминици. Не се двоуми да препишеш големи дози. Ако е неопходно, се користат перорални кортикостероиди.
- Одложени и тешки реакции со општи симптоми се третираат со преорални кортикостероиди. Најтешките реакции кај кои што кожата е одлупена бараат терапија во единица за интензивна нега.
- Анафилактички реакции: види на друго место.

НАТАМОШНА УПОТРЕБА НА ЛЕКОВИ

- Ако реакцијата е верификувана (типична клиничка слика, рецидиви, позитивен тест на провокација), пациентот не смее да го употребува лекот повторно.
- Медикаментозните реакции опфаќаат многу лажно позитивни дијагнози и во овие случаи не е неопходно да се забрани употребата на одреден медикамент. Од друга страна, ризикот од рецидивантни реакции е поголем кај посериозните реакции. Уртикаријата може да се развие во анафилакса, а егзнтематозната реакција во серумска болест или во псевдо-лимфоматска реакција.
- За сигнификантноста на несигурните реакции се решава индивидуално, земајќи ги предвид типот и тежината на реакцијата и неопходноста од инкримираниот медикамент за третманот на пациентот.
- Ако пациентот имал главоболка или други гастроинтестинални тешкотии, лекот може да се препишува подоцна.
- Ако реакцијата била придружена со сериозни кожни промени (токсична епидермална некролиза, Стивенс Џонсонов синдром, АГЕП или тешки генерализирани реакции), инкриминираниот медикамент не би требало повторна да се зема.
- Ако реакцијата била од брз тип, повторното давање на истиот лек не е безбедно. Ако се достапни тестови за антитела (пеницилини, до 3-6 месеци по реакцијата), тие би требало да се направат. Позитивен резултат ја потврдува дијагнозата. Ако антителата не се детектирани, би требало да се земат предвид кожни `prick` тестови или провокацискиот тест.
- По тешки хематолошки или пулмонални реакции, лек за кој постои сомневање дека предизвикува реакции не би требало да се користи.
- Во специјални случаи, десензибилизација на пациентоте на лекот кој ја предизвикал реакцијата може да се проба, доколу лекот незаменлив или есенцијален. Десензибилизацијата секогаш се почнува во хоспитални услови

ЗАБЕЛЕШКИ И ПРИЈАВУВАЊЕ

- Забелешката за алергија мора да биде напишана на јасно видливо место во документите на пациентот, вклучувајќи го датумот и детален опис на реакцијата. Треба да се забележи и степенот на сигурност на информацијата за алергијата на лекот.
- Пациентот би требал да напише белешка за алергија на лекот за лична употреба.
- Зависно од локалната политика, реакцијата мора да биде пријавена на соодветните органи на власта. Може да се пријават и суспектни алергии.

Последен преглед одобрен како ажуриран 15.1.2014 • Последни промени 15.1.2014
Article ID: ebm00296 (014.003)
© 2014 Duodecim Medical Publications Ltd

- **EBM Guidelines, 15.1.2014, http://www.ebm-guidelines.com**
- **Упатството треба да се ажурира еднаш на три години.**
- **Предвидено следно ажурирање до јуни 2017 година.**

Упатството го ажурирал: И. Стојковски
Координатор: Проф. Др. К. Зафировска

1407.

Врз основа на член 27 став (1) од Законот за здравствената заштита („Службен весник на Република Македонија“ број 43/12, 145/12, 87/13, 164/13, 39/14, 43/14, 132/14, 188/14 и 10/15), министерот за здравство донесе

У П А Т С Т В О
ЗА МЕДИЦИНСКОТО ЗГРИЖУВАЊЕ ПРИ НУМЕРАЛНА ЕГЗЕМА

Член 1

Со ова упатство се утврдува медицинското згрижување при нумерална егзема.

Член 2

Начинот на медицинското згрижување при нумерална егзема е даден во прилог, кој е составен дел на ова упатство.

Член 3

Здравствените работници и здравствените соработници ја вршат здравствената дејност на медицинското згрижување при нумерална егзема по правило согласно ова упатство.

По исклучок од став 1 на овој член, во поединечни случаи по оценка на докторот може да се отстапи од одредбите на ова упатство, со соодветно писмено образложение за причините и потребата за отстапување и со проценка за натамошниот тек на згрижувањето, при што истото од страна на докторот соодветно се документира во писмена форма во медицинското досие на пациентот.

Член 4

Со денот на влегувањето во сила на ова упатство престанува да важи Упатството за практикување на медицина заснована на докази при нумуларна егзема („Службен весник на Република Македонија“ бр. 14/13)..

Член 5

Ова упатство влегува во сила наредниот ден од денот на објавувањето во „Службен весник на Република Македонија“.

Бр. 17-2323/1
27 февруари 2015 година
Скопје

Министер,
Никола Тодоров, с.р.

Прилог

НУМЕРАЛНА ЕГЗЕМА

МЗД Упатство
18.9.2013 • Комплетно ажурирано
Alexander Salava

- Најважно
- Етиологија и преваленца
- Клиничка слика
- Дијагноза
- Диференцијална дијагноза
- Третман
- Референца

НАЈВАЖНО

- Нумуларниот дермамтитис (исто така познат како нумуларна егзема и дискоидна егзема) е честа хронична форма на егзема

- Дијганозата се базира на анамеза и клиничка презентација

- Справувањето се состои до симптоматска терапија и профилакса

ЕТИОЛОГИЈА И ПРЕВАЛЕНЦА

- Етиологијата е еддогена и мултифакториелна
- Кај децата начесто се јавува нумурен тип на инфантилна егезама
- Голем број на пациенти имаат атопична диатеза
- Сувоста на кожата е често провоцирачки фактор кај постари пациенти (миење со сапун и абразивни четки, дневно користење на сауна, пливање)
- Во некои земји оваа состојба погрешно се вика инфективна егзема, без разлика што не може да се докаже инфективна етиологија
- Највисокота инциденца се јавува на возраста од 40-60 години, почесто кај мажите отколку кај жените

КЛИНИЧКА СЛИКА

- Најчесто пациентот развива единечна папула или була, околу која се создаваат повеќе папули. Тие потоа колидираат за да формираат добро деемркирана овална и најчесто чешлива лезија.
- Често почнуваат унилетерално на долниот дел од нозете, а подоцна стануваат симетрични
- Други предилекциски места на јавување се натколениците, екстензорните страни на надлактниците и грбот.
- Нумукарниот дерматитис е хронична и релапсира со егзарцербации
- Кожата е често се вложува во тек на зимата, но се подобрува со летното сонце

ДИЈАГНОЗА

- Дијагнозата се базира врз анамнеза и клиничката слика.
- Може да биде индицирана габична култура од единечни лезии за се исклучи тинеа.
- Бактериска култура обичнио открива Staphylococus aureus, но неговото клиничко значење е контроверзно.
- Биопсијата е ретко корисна.

ДИФЕРЕНЦИЈАЛНА ДИЈАГНОЗА

- Може да биде тешко да се се направи разлика помеѓу различни типови на егзематозни состојби. И покрај тоа што сличните карактеристики с често заеднички со атопичен дерамтитис, асеатотичен егзем и себороичен дерматитис, истото нема да има значително влијание на третманот
- Атопичниот дерматитис, посебно кај млади, може да се манифестира со нееднакви лезии. При овој случај анамнезата е неопходна
- Астеатотичен егзем, кај постари лица, често почнува од долните делови на нозете
- Дерматитична стаза, клинички знаци за венска инфисициенција
- Алегриски контактен дерматитис, неуедначени појава, најчесто широко распространет
- Псоријаза, која најчесто е невозможно да се разликува од нумуларен дерматитис
- Тинеа, која најлесто се јавsва на стапалата, но може да се прошири на доните партии од нозете
- Импентиго, на кое клиничката слика може да се препокрие со акутната фаза на нумуларен дерматитис

ТРЕТМАН

- Треба да се трерират забите и останатите инефективни фокуси

Локален третман
- Се базира на езгарцебација на и профилактичка терапија на оддржување
- Редовно миење на кожата и рашот со благи средстава за миење
- Редовна апликација на базични локални масти, најчесто веднаш по миењето, покажале дека го редуцират појаввањето на егзарцербаии
- Доколку рашот солзи, влажни преврски, заедно со кортикостероидни креми
- Адекаватно долг третмански период со средно потенти или потетни корикостероидни креми, на пример еднаш на денот навечер за време на 2-3 недели, потоа еднаш до два пати неделно во тек на 1-2 недели е потребно
- Комбинирани креми кои содржат антисептци/антимикробни и кортикостероиди можат оисто така да бидат пробани
- Такролимус крем исто така може да биде ефикасен, посебно кај атпопшчни индивуи.

Системски третман
- Антимкробните лекови се ретко потребни
- Доколку секунадра инфекција се јави од дерматитисот (импетигизација), системските антимикробни лекови можат да бидат иницирани како на пример цефалексин 500 мг 3 пати на ден, 7-10 дена. Антимикроните лекови и дозите се исти како и кај импетиго
- Антмикробните лекови не се пра линија на третман и не можат да бидат заменети со локалнта терапија
- Оралните кортикостероиди може да се земат во предвид на краток ттретман во тешки егзарцербации, како на пример преднизолон 20-40 мг, наутро за време од 1-2 недели. Посебно се ефикасни кај акутен везикуларен дерматитис, но без корист кај хроничен дерматитис
- Сиомптоматското справување со пруритусот може да биде решено со аплицирање на не седирачки антихистаминици, или пак седирачки антихистаминици навечер, на пример хидрозин 25 мг еднаш или два пати на ден

СПЕЦИЈАЛИСТИЧКА КОНСУЛТАЦИЈА

- Состојба која не одговара на третманот и хронилен нумеуларен дерматит бараат верификација на дијагнзиоата и евалкуација на можни контактни ларегии
- Алтернативите на третманот на проширен дерматитис може да вклучат светлосен тресман (UVB или SUP терапија)
- Одговорот од терапијта може да покаже голема вариација, и болсеат може да се реактивира во многу години од ремисија

РЕФЕРЕНЦА

- Tanaka T, Satoh T, Yokozeki H. Dental infection associated with nummular eczema as an overlooked focal infection. J Dermatol 2009;36(8):462-5. PubMed

Претходно автори:
Heli Majamaa and Eero Lehmuskallio
Последен преглед одобрен како ажуриран 18.9.2013 • Последни промени 18.9.2013
Article ID: ebm00284 (013.016)

© 2014 Duodecim Medical Publications Ltd

- **EBM Guidelines, 18.9.2013,** http://www.ebm-guidelines.com
- **Упатството треба да се ажурира еднаш на четири години.**
- **Предвидено е следно ажурирање до 2017 година.**

Упатството го ажурирал: И. Стојковски
Координатор: Проф. Др. К. Зафировска

1408.

Врз основа на член 27 став (1) од Законот за здравствената заштита („Службен весник на Република Македонија“ број 43/12, 145/12, 87/13, 164/13, 39/14, 43/14, 132/14, 188/14 и 10/15), министерот за здравство донесе

У П А Т С Т В О

ЗА МЕДИЦИНСКОТО ЗГРИЖУВАЊЕ ПРИ ДЕРМАТИТИС НА НОЗЕТЕ

Член 1

Со ова упатство се утврдува медицинското згрижување при дерматитис на нозете.

Член 2

Начинот на медицинското згрижување при дерматитис на нозете е даден во прилог, кој е составен дел на ова упатство.

Член 3

Здравствените работници и здравствените соработници ја вршат здравствената дејност на медицинското згрижување при дерматитис на нозете по правило согласно ова упатство.

По исклучок од став 1 на овој член, во поединечни случаи по оценка на докторот може да се отстапи од одредбите на ова упатство, со соодветно писмено образложение за причините и потребата за отстапување и со проценка за натамошниот тек на згрижувањето, при што истото од страна на докторот соодветно се документира во писмена форма во медицинското досие на пациентот.

Член 4

Со денот на влегувањето во сила на ова упатство престанува да важи Упатството за практикување на медицина заснована на докази при дерматитис на нозе болести („Службен весник на Република Македонија“ бр. 14/13).

Член 5

Ова упатство влегува во сила наредниот ден од денот на објавувањето во „Службен весник на Република Македонија“.

Бр. 17-2322/1
27 февруари 2015 година
Скопје

Министер,
Никола Тодоров, с.р.

Прилог

ДЕРМАТИТИС НА НОЗЕТЕ

МЗД Упатство
24.9.2013 • Комплетно ажурирано
Alexander Salava

- Најважно
- Испитувања
- Најчести типови на дерматитис на нозете
- Други кожни промени на нозете
- Специјалистички консултации

НАЈВАЖНО

- Кожните проблеми на долните делови од нозете се чести
- Третманот се базира на клиничка дијагноза
- Кај пациентите со дерматитис и улцерации на ногата, можноста за контактна алергија на локални агенси треба да се земе во предвид

ИСПИТУВАЊА

- Дијагнозата се базира на анамнезта и клничката презетнација
- Примероци од габи (за микроскопија и антибиограм) се неопходни за да се исклучи тинеа
- Венска инсуфициенција треба да се исклучи со доплер ултразвук
- Дематолошки тест за алрегија доколу е суспектна причнина за алергии
- Биопсија на кожа е ретко потребна

НАЈЧЕСТИ ТИПОВИ ДЕРМАТИТИС НА НОЗЕТЕ

Стазен дерматитис

- Знаците за венска исуфициенција се очигледни
- Типично се јавува како пигментен дерматитис околу улцерацијата на ногата.
- Запомни дека тие пациенти се најчесто алергични на топични лекови, посебно антибактериските препарати.
- Венската инсуфициенција би требало да се третира хируршки пред да настане улцерација.
- Доколку има едем на ногата, би требало да се носат компресивни чорапи или да се спроведе третман со интермитентна пневматска компресија.

Астетотичен егзем

- Се гледа често кај постари индивуди и е предизвикан од сувост на кожата и претерано миење (сапун, абразивни кетки, сауна)
- Кожата се суши, најчесто во зима и користењерто на средно потентни и потетнин кортискотероидни креми е индицирано кај оваа состојба
- Состојбата најчесто се подобрува спонтано во лето поради сончевата УВ ирадијација

Атопичен дерматитис

- Можно е атопичниот дерматитис да се јави на нозете, но во ваквите случаи исто така може да се појави и во другите регии
- Клучот на вистинска дијагноза е во анамнезата

Нумуларна егзема
- Типично се јавува на нозете и на горните екстремитети како тркалезни или овални промени или плаки.
- Најчесто се јавува во зима
- Немој да се збуните со дерматофитоза (ретка е на нозете)
- Нумуларната егзема бара потентни кортикостероиди (на пр. бетаметазон валерат).

Псоријаза
- Се јавува на нозете, посебно околу колената
- Најчесто пациентот би имал проријаза и во другите регии
- Псоријазата на нозете се третира според истите принципи како и псоријазата на другите делови од телото

Тинеа
- Тинеата понекогаш може да го афектира долниот дел од нозете, кога е дијагностицирана на стапалата
- Примероци од фунгите ќе ја повртат дијагнозата

Алергиски контактен дерматит
- Алергиската контактна егзема, обично, настанува по употреба на топични лекови.
  - Еритемот може да се прошири околу првичниот егземот или други делови на кожата што биле во контакт со контаминирани раце од топичниот лек одговорен за сензибилизацијата. Обично, пациентите сами забележуваат дека маста не им одговара.
  - Исто така е возможно да се јават конткатни алергии на корикостериодни креми.

Невродерматитис (хроничен лихен симплекс)
- Невродерматитисот може да се јави без евидентна причина, но најчесто е компликација од егзема проследена со јадеж, на пример атописки дерматитис.
- Типични места на јавување на невродермитотисот се скокалниот зглоб и нозете.
- Состојбата може да трае со години, дури и доживотно поради маѓепсаниот круг на јадеж и на чешање.
- Треба да се ординираат потентни стероиди во вид на масти.
- Може да се примени оклузивна терапија:
- Состојбата често рецидивира и покрај примената на соодветен третман.
- 3-та група на кортикосероидни креми или растрвори се нанесуваат на црвениолот кои се покрваат со хидроколиден завој. Оклузивниот завој се манува секои 2-4 дена 2-3 пати.

Нодуларен пруриго
- Нодуларен пруриго е најчестата хронична форма на невродерматитис отпорна на терапија.
- Нодуларен пруриго се манифестира со пругинозни нодули, најчесто локализирани на нозете, понекогаш на телото. Пациентите најчесто се на возраст помеѓу 20 и 60 години; повеќето се атопичари.
- Појавата на состојбата е предизвикана со убоди од инсекти кај секој петти пациент, а кај половина од пациентите се јавува одеднаш без позната причина.
- Елевирани нодули со дијаметар околу 1 см на пругинозен регион на кожата. Кај повеќето случаи на врвот од нодусите има краста.
- Заболувањето може да трае со години или децении.
- Вообичаено во третманот се користат потентни кортикостероиди во форма на масти, системски кортикостероиди, седирачки антихистаминици, транкилизатори, како и ПУВА И УВБ третмани.

Лихен планус
- Лихен планус типично се јавува на рачниот зглоб, скокалниот зглоб и на нозете.

- Хроничен хипертрофичен лихен планус на нозете речиси секогаш е локализиран на нозете и многу потсетува на хроничен невродерматитис.

Еризипел и целулитис
- Се јавува нагло, придружено со висока температура, добро демаркиран, болно чувствителен еритем и едем на едната нога е типично за еризипел и е лесно за дијагностицирање.

Пигментна пурпурична дерматоза (пигментозна пурпура)
- Етиологијата е непозаната, но е најчеста локализација се нозете
- Состојбата е бенигна и најчесто е козметски проблем
- Пурпурата се манифестира како мали расфрлани крварење под кожата
- Пурпурата може да се јави кај состојбите кои ги афектираат крвните садови или пак тромбоцитите, но е ретка при коагулопатии

ДРУГИ КОЖНИ ПРОМЕНИ НА НОЗЕТЕ

- Присуството на нодуларни промени на нозете вклучува голем број болести кои имаат реазлична етиологија и понекогаш бараат биопсија
- Овие болести вклучуваат
  - Еритема нодозум,
  - ертема индуратум,
  - нодозен полиартерит
  - нодозен васкулитис
- Ануларен гранулом е состојба, која најчесто се јавува кај децата од училишна возраст и младите возрасни. Најголем број од пациентите се од женски пол. Предилекциска локализација на долните екстремитети е околу скокалните зглобови и метатразалните региони. На нозете, кожните лезии може да бидат поголеми, до околу 5 см во дијаметар.
- Некробиоза липоидика е често поврзана со диабетес. Лезијата е жолтеникава, со централна атрофија, улцерација и со назначени рабови.
- При инфекции со борелиа, еритема мигранс може да се појави на ногата

СПЕЦИЈАЛИСТИЧКИ КОНСУЛАТЦИИ

- Пролонгиран и резистетен на третман дерматитис често бара коснултација со дерматолог и сомение за поретки нодуларни болести
- Кога е потребно да се направат епикутани тестови на суспектна контактна алергија.
- Потребна е консулатција со васкуларен хируг доколу се појави сомнение за венска инсуфиценција

Претходни автори:
Jaakko Karvonen
Последен преглед обобрен како ажуриран 24.9.2013 • Последни промени 24.9.2013
Article ID: ebm00262 (013.012)
© 2014 Duodecim Medical Publications Ltd

- **EBM Guidelines, 24.9.2013,** http://www.ebm-guidelines.com
- **Упатството треба да се ажурира еднаш на четири години.**
- **Предвидено е следно ажурирање до 2017 година.**

Упатството го ажурирал: И. Стојковски
Координатор: Проф. Др. К. Зафировска

1409.

Врз основа на член 27 став (1) од Законот за здравствената заштита („Службен весник на Република Македонија“ број 43/12, 145/12, 87/13, 164/13, 39/14, 43/14, 132/14, 188/14 и 10/15), министерот за здравство донесе

У П А Т С Т В О
ЗА МЕДИЦИНСКОТО ЗГРИЖУВАЊЕ ПРИ ДЕРМАТИТИС НА ДЛАНКА

Член 1

Со ова упатство се утврдува медицинското згрижување при дерматитис на дланка.

Член 2

Начинот на медицинското згрижување при дерматитис на дланка е даден во прилог, кој е составен дел на ова упатство.

Член 3

Здравствените работници и здравствените соработници ја вршат здравствената дејност на медицинското згрижување при дерматитис на дланка по правило согласно ова упатство.

По исклучок од став 1 на овој член, во поединечни случаи по оценка на докторот може да се отстапи од одредбите на ова упатство, со соодветно писмено образложение за причините и потребата за отстапување и со проценка за натамошниот тек на згрижувањето, при што истото од страна на докторот соодветно се документира во писмена форма во медицинското досие на пациентот.

Член 4

Со денот на влегувањето во сила на ова упатство престанува да важи Упатството за практикување на медицина заснована на докази при дерматитис на дланка („Службен весник на Република Македонија“ бр. 14/13).

Член 5

Ова упатство влегува во сила наредниот ден од денот на објавувањето во „Службен весник на Република Македонија“.

Бр. 17-2321/1
27 февруари 2015 година
Скопје

Министер,
Никола Тодоров, с.р.

Прилог

ДЕРМАТИТИС НА ДЛАНКА

МЗД Упатство
18.9.2013 • Комплетно ажурирано
Alexander Salava

- Најважно
- Етиологија
- Испитувања на пациентот
- Хроничен дерматитис
- Третман
- Консултации со специјалист
- Поврзани извори

НАЈВАЖНО

- Дерматитисот на дланката може да е поврзан со егземетозни состојби, кожни инфекции како и други кожни болести
- Дијагнозата се базира на анамнезата и прегледот
- Најчеста причина е иритантниот контактен дерматитис, и во овој случај, дополнителни испитувања се потребни, само доколку состојбата перзистира и понатаму
- Доволно долга и ефикасна локална терапија (време на третман најчесто 2-3 месеци) во иницијалната фаза, би превенирал состојбата да стане хронична

ЕТИОЛОГИЈА

- Егзогена
  - Иритативен (токсичен) контактен дерматитис
  - Алергиски контактен дерматитис
  - Протеински контактен дерматитис (непосредна алергија, се испитува со кутан `prick' тест)
- Ендогена
  - Атописки дерматитис со дерматитис на дланка
  - Нумуларен дерматитис
- Многу кожни болести се асоцирани со црвенило кое ги вклучува и рацете (црвенилото обично го има и на другите делови од телото), псоријаза и лихен планус
- Палмоплантарна пустулоза предизвикува пустули на дланките или на табаните. Етиологијата останува нејасна.
- Останати можни причини
  - Тинеја манум; црвенилото често е унилатерално, ги зафаќа стапалата и ноктите на нозете
  - Скабиес
  - Бактериска инфекција асоцирана си формирање на везукули (на пример стрептококи)
  - Болеста на раце, стапало и уста (ентеровироза) – 1-2 недели во ентеровирусната инфекција
  - Лупење на кожата на врвовите од прстите и дланките по шарлах или стрептококен тонзилит
  - Херпес симплекс
  - Сифилис: ретка причина на макуларен палмарен егзем

ИСПИТУВАЊА НА ПАЦИЕНТОТ

Историја на болеста

- Дали постои лична анамнеза на атопија или семејна историјана некоја кожна болест (на пр. Псоријаза)
- Дали пациентот е експониран на фактори кои можат да ги иритираат рацете при работа на пр. Влажни услови на работа? Дали пациентот бил на боледување поради дерматитис? Како состојбата реагира на времето надвор од работа (боледување) и колку брзо?
- Доколку состојбата не се подобри во 1-2 недели и дерматитисот исто така е присутен на стапалата, не е веројатно дека пациентот има професионален дерматитис

Преглед

- Прегледот на пациентот со дерматитис на дланките, мора да вклучи преглед на стапалата
- Да се земат во предвид региите за предилекција за псоријаза, скалп, нокти, колена и надлактица
- Имунолошката реакција на тинеа на стапалото може да предизвика муцидна реакција каде везикулите се развиваат на рацете, но тинеата се наоѓа само на стапалата

Испитувања

- Примероци од габи (за микроскопска анализа и култура)
- Тестирање со лепенки доколку е воспостави сомнение за алергиски дерматитис
- Кожни биопсии се ретко индицирани за да се дијагностицираат други кожни болести (биопсијата се зема обично од кожните регии, кои не се раце)

ХРОНИЧЕН ДЕРМАТИТИС

- Хронична егзема е дијагноза со исклучување. Оваа „дијагноза“ се поставува по внимателна и насочена анамнеза на болеста и по добро планирано тестирање, кое не ја идентификувало причината за егземата.
- Земи ја предвид можната алергија на кортикостероиди ако пациентот има рефрактерна егзема.
- Егземата на наборот на накотот може да го наруши растењето на нокотот. Во хроничниот стадиум може да навлезат стафилококи, како и кандида. Сето ова може да доведе до појава на набраздени нокти.

ТРЕТМАН

- Дефинитивниот третман на дерматитисот на дланка се насочува наспроти причинителите на болеста и вклучува избегнување на агенсот кој иритирал

Топичен третман

- Доволно долг и ефективен третман во иницијалната фаза на болеста ќе превенира состојба која ќе стане хронична. Најчеста причина за хроничниот дерматитис на дланките е инсуфициентиот третман со топични кортикостероиди во иницијалната фаза
- Средно потентни или потентни кортикостероиди кремови еднаш или два пати на ден додека кожата не оздрави, во времетраење од 2-6 недели соодветно на тежината на дерматитисот. Контролата е потребна доколку состојбата целосно не се повлече
- Доколку се забележи подобрување на контролата, кортикостероидната крема можат да биде продолжена се додека дерматитисот целосно не се разреши
- Терапијата на одржување со кортикостероиди креми често е потребна за да се избегна рецидивирање (два пати неделно за 1-3 месеци)
- Кај пациенти со атопија може да се користи крем такролимус.

Системска терапија

- Ако егземата на дланката е јасно инфицирана или ако пациентот има лимфангит и зголемени лимфни жлезди, индициран е орален антибиотик: цефалексин или цефадроксил 500 мг x 2-3 во тек на 7-10 дена се добар избор. Истовремено третирај ја егземата.
- Другите антимикробни лекови и нивните дози се исти како и кај импетиго
- Тие не се прва линија на третман при дерматитис на длаките и не го заменуваат локалниот третман

- Системските кортикостероиди може да се земат предвид во краток временски период во акутната фаза (преднизолон, 20-40 мг, дневно во времетраење од 1-2 недели).

- Ефикасен при акутен везикуларен дерматитис на дланка. Не е индициран при хроничен дерматитис на дланка

Останати мерки

- Заштитата на рацете е од огромна важност. Памучни ракавици можат да се носат под заштитни ракавици
- Треба да се обезбедат информации за соодветни заштита на рацете на работно место
- Во егзогениот дерматитис, треба да се направи напор за да се отстрани причинителот
- Треба да биде даден совет за заштита на рацете и како да се користат основни локални масти и замени на сапун
- Таму каде што постои иританс во работната средина, мора да се препише боледување за должината на времето за разрешување на дерматитисот
- Доколку постои сомнение за професионален дерматитис на раце, потребна е контрола при крајот на боледувањето, за да се документира состојбата на кожата

КОНСУЛАТЦИИ СО СПЕЦИЈАЛИСТ

- Таму каде што дерматисот нема да се реши во рамките на 3 месеци и покрај соодветен и редовен локален третман, пациентот е потребно да биде упатен на дерматолог за консултација и тест со лепенки за да се исклучи алергиски контактен дерматитис
- Прво што треба да се земе во предвид при пролонгиран дерматитис на рака е можноста за егзоген дерматитис со причинител кој треба да биде елиминиран
- Тестот со лепенки може да биде повторен подоцна, а работните задачи треба да се поместат внатре во работниот простор
- Дерматологот може, доколку е индицирано да отпочне локален третман со светло (PUVA-крем) или системска имоносупресија (metotrexate, cyclosporine) или ретиноиди (acitrein, aliretonoin).

ПОВРЗАНИ ИЗВОРИ

Литература

- Perry AD, Trafeli JP. Hand dermatitis: review of etiology, diagnosis, and treatment. J Am Board Fam Med 2009;22(3):325-30. PubMed
- Coenraads PJ. Hand eczema. N Engl J Med. 2012 Nov 8;367(19):1829-37.
- Johansen JD, Hald M, Andersen BL et al. Classification of hand eczema: clinical and aetiological types. Based on the guideline of the Danish Contact Dermatitis Group. Contact Dermatitis 2011;65(1):13-21. PubMed
- Van Coevorden AM, Coenraads PJ, Svensson A, Bavinck JN, Diepgen TL, Naldi L, Elsner P, Williams HC, European Dermato-Epidemiology Network (Eden). Overview of studies of treatments for hand eczema-the EDEN hand eczema survey. Br J Dermatol 2004 Aug;151(2):446-51. PubMed

Претходни автори:
Heli Majamaa, Pekka Autio and Raimo Suhonen
Последен преглед одобрен како ажуриран 18.9.2013 • Последни промени 18.9.2013
Article ID: ebm00265 (013.010)
© 2014 Duodecim Medical Publications Ltd

- **EBM Guidelines, 18.09.2013, http://www.ebm-guidelines.com**
- **Упатството треба да се ажурира еднаш на четири години.**
- **Предвидено следно ажурирање до 2017 година.**

Упатството го ажурирал: И. Стојковски
Координатор: Проф. Др. К. Зафировска

1410.

Врз основа на член 27 став (1) од Законот за здравствената заштита („Службен весник на Република Македонија“ број 43/12, 145/12, 87/13, 164/13, 39/14, 43/14, 132/14, 188/14 и 10/15), министерот за здравство донесе

У П А Т С Т В О
ЗА МЕДИЦИНСКОТО ЗГРИЖУВАЊЕ ПРИ АЛЕРГИСКИ ДЕРМАТИТИС

Член 1

Со ова упатство се утврдува медицинското згрижување при алергиски дерматитис.

Член 2

Начинот на медицинското згрижување при алергиски дерматитис е даден во прилог, кој е составен дел на ова упатство.

Член 3

Здравствените работници и здравствените соработници ја вршат здравствената дејност на медицинското згрижување при алергиски дерматитис по правило согласно ова упатство.

По исклучок од став 1 на овој член, во поединечни случаи по оценка на докторот може да се отстапи од одредбите на ова упатство, со соодветно писмено образложение за причините и потребата за отстапување и со проценка за натамошниот тек на згрижувањето, при што истото од страна на докторот соодветно се документира во писмена форма во медицинското досие на пациентот.

Член 4

Со денот на влегувањето во сила на ова упатство престанува да важи Упатството за практикување на медицина заснована на докази при алергиски дерматитис („Службен весник на Република Македонија“ бр. 14/13)..

Член 5

Ова упатство влегува во сила наредниот ден од денот на објавувањето во „Службен весник на Република Македонија“.

Бр. 17-2320/1
27 февруари 2015 година
Скопје

Министер,
Никола Тодоров, с.р.

Прилог

АЛЕРГИСКИ ДЕРМАТИТИС

МЗД Упатство
17.9.2013 • Комплетно ажурирано
Alexander Salava

- Најважно
- Етиологија
- Симптоми
- Дијагноза
- Испитувања
- Третман
- Непосреден контактен дерматитис
- Специјалистички консултации
- Релевантни извори на податоци

НАЈВАЖНО

- Често не е возможно да се разликува алергиски контактен дерматитис од други видови на дерматитис врз база на клиничка презентација
- Можноста за алергиски контактен дерматитис, треба да се земе во предвид, доколу дерматитисот не се смири и покрај соодвентиот третман

ЕТИОЛОГИЈА

- Одложена клеточнопосредуачка алергија (кожна контактна алергија)
- Обично е резултат на долготрајна експозиција
- Најчести етиолошки агенси се никел, парфеми и други компоненти што се наоѓаат во козметските хигенските продукти.
- Останатите каузативни агенси се хемикалиите кои се пронајдени во гумата, состојките во пластиката и лепилата, компоненетите на хром, кобалт, како и состојките користени во препаратите за нега на кожа

СИМПТОМИ

- Симптомите, обично, се јавуваат на местото на контакт, но може да се прошират и на други места.
- Симптомите повторно се јавуваат за еден до два дена од почетокот на новата експозиција и постепено се губат откако експозицијата ќе исчезне.

ДИЈАГНОСТИКА

- Треба да постои сомневање за алергиски дерматитис според локализацијата, посебно во следниве регии:
  - Пазуви (облека, дезодоранси)
  - Рачни зглобови и дланки (метали, кожа, алатки, хемикалии)
- Алергискиот дерматитис може да се јави секаде по телото
  - Лице и врат (козметички препарати)
  - Половина (латекс, метали)
  - Глутеус (масти за хемороиди и супозитории)
  - Бедра и нозе (чорапи, гумени чизми, топични третмани за улкуси на нозе)
  - Стапала (метали, гума, кожа, бои, контактни лепила, хром, антимикотици)

ИСПИТУВАЊА

- Алерго-тестовите со лепенки не се индицирани, доколу анамнезата идентифицира каузативен алерген, на пример никел
- Дијагнозата на кожен контактна алергија, како и алергиски дерматитис, користат кутани тестови, кои покажуваат можна осетливотс на алергенит
- Позитивен тест, не секогаш ја потврдува причинската релација со дерматитисот кај пациентите
- Тестот треба да се спроведе и интерпретира од дерматолог

ТЕРАПИЈА

- Дефинитивниот третман се сотои во избегнување или отстранување на алергенот (заштитни средства, промена на материјалите или на методите, кои се користат на работното место, промена на работното место)
- Локални кортикостероидни прапарати.
- Кај хроничните случаи понекогаш може да се употребат имуносупресивни лекови по препорака на дерматолог.

Локална терапија

- Третман на алергиски дерматитис на дланката
- Средно потентни или потентни креми со кортикостероиди, еднаш или два пати дневно, додека кожата не оздрави за време од 2-6 недели, соосветно од тежината на дерматитисот. Контрола е потребна доколу состојбата не се реши
- При акутен везикуларен дерматитис тегобите можат често да се отстранта со влажни завои (10-20 минуто два или три пати на ден)

Системска терапија

- Во случај на тежок и ширечки алергиски дерматитис, краток курс на системски кортикостероиди можат да бидат индицирани (на пример преднизолон 20-40 мг – еднаш дневно за време од 1-2 недели)
- Антимикробни лекови, се ретко потребни при алергиски дерматитис и не можат да бидат заменети со локалната терапија. Доколу црвенилото дава знаци за инфекција, антимикробни лекови можат да бидат индицирани (cephalexin 500 mg – три пати дневно 7-10 дена).

НЕПОСРЕДЕН КОНТАКТЕН ДЕРМАТИТИС

- Втемелена на непосредна, IgE-посредувана алергија
- Контактна уртикарија и протеински контактен дерматитис
- Црвенило, пруритус и/или уртикарија се развиваат веднаш (помалку од 30 минути) на местото на алергенскиот контакт. Алергени можат да бидат природна гума (латекс), мачки или кучиња (перут или влакна), коренести и останати зеленчуци
- Секако поредок од алергичен контактен дерматитис, при хронична состојба презентацијата може да наликува на алергичен дерматитис.

СПЕЦИЈАЛИСТИЧКИ КОНСУЛТАЦИИ

- Тешки и екстензивно проширени случаи како и хронични форми на состојбата
- Кожни тестови и верификација на дијагнозата
- Сомнение за професионален алергиски контактен дерматитис или дерматитис на рака

РЕЛЕВАНТНИ ИЗВОРИ НА ПОДАТОЦИ

Останати извори од интернет

- Hogan D, May J. Contact dermatitis, allergic. eMedicine

Литература

- Bourke J, Coulson I, English J et al. Guidelines for the management of contact dermatitis: an update. Br J Dermatol 2009;160(5):946-54. PubMed
- Nicholson PJ, Llewellyn D, English JS et al. Evidence-based guidelines for the prevention, identification and management of occupational contact dermatitis and urticaria. Contact Dermatitis 2010;63(4):177-86. PubMed
- Belsito D, Wilson DC, Warshaw E, Fowler J, Ehrlich A, Anderson B, Strober BE, Willetts J, Rutledge ES. A prospective randomized clinical trial of 0.1% tacrolimus ointment in a model of chronic allergic contact dermatitis. J Am Acad Dermatol 2006 Jul;55(1):40-6. PubMed
- Pacor ML, Di Lorenzo G, Martinelli N, Mansueto P, Friso S, Pellitteri ME, Di Fede G, Rini G, Corrocher R. Tacrolimus ointment in nickel sulphate-induced steroid-resistant allergic contact dermatitis. Allergy Asthma Proc 2006 Nov-Dec;27(6):527-31. PubMed

Претходни автори:
Heli Majamaa
Последен преглед одобрен како ажуриран 17.9.2013 • Последни промени 17.9.2013
Article ID: ebm00280 (013.013)
© 2014 Duodecim Medical Publications Ltd

- **EBM Guidelines, 17.9.2013,** http://www.ebm-guidelines.com
- **Упатството треба да се ажурира еднаш на четири години.**
- **Предвидено следно ажурирање до 2017 година**

Упатството го ажурирал: И. Стојковски
Координатор: Проф. Др. К. Зафировска

1411.

Врз основа на член 27 став (1) од Законот за здравствената заштита („Службен весник на Република Македонија“ број 43/12, 145/12, 87/13, 164/13, 39/14, 43/14, 132/14, 188/14 и 10/15), министерот за здравство донесе

У П А Т С Т В О
ЗА МЕДИЦИНСКОТО ЗГРИЖУВАЊЕ ПРИ АЛЕРГИЈА НА ЛАТЕКС

Член 1

Со ова упатство се утврдува медицинското згрижување при алергија на латекс.

Член 2

Начинот на медицинското згрижување при алергија на латекс е даден во прилог, кој е составен дел на ова упатство.

Член 3

Здравствените работници и здравствените соработници ја вршат здравствената дејност на медицинското згрижување при алергија на латекс по правило согласно ова упатство.

По исклучок од став 1 на овој член, во поединечни случаи по оценка на докторот може да се отстапи од одредбите на ова упатство, со соодветно писмено образложение за причините и потребата за отстапување и со проценка за натамошниот тек на згрижувањето, при што истото од страна на докторот соодветно се документира во писмена форма во медицинското досие на пациентот.

Член 4

Со денот на влегувањето во сила на ова упатство престанува да важи Упатството за практикување на медицина заснована на докази при алергија на латекс („Службен весник на Република Македонија“ бр. 14/13).

Член 5

Ова упатство влегува во сила наредниот ден од денот на објавувањето во „Службен весник на Република Македонија“.

Бр. 17-2319/1
27 февруари 2015 година
Скопје

Министер,
Никола Тодоров, с.р.

Прилог

АЛЕРГИЈА НА ЛАТЕКС

МЗД Упатство
21.1.2014 • Последна промена 21.1.2014
Kaija Lammintausta

- Најважно
- Етиологија и епидемиологија
- Тригер фактори за појава на алергиска реакција
- Симптоми
- Ризични групи
- Вкрстена реакција
- Дијагноза
- Третман и профилакса
- Релевантни извори на податоци
- Референци

НАЈВАЖНО

- Суспектна алергија на латекс кај индивидуи со симптоми, кои им се јавуваат од ракавици, кондоми, балони, бебешки играчки или од инструменти што содржат латекс.
- Секој пациент што има закажана хируршка интервенција треба да се праша за евентуални симптоми кои можат да сугерираат за алергија на латекс

ЕТИОЛОГИЈА И ЕПИДЕМИЛОГИЈА

- Алергијата на латекс е брза реакција (тип 1) на протеините од дрвото од кое се вади латексот. Одложена (тип 4) реакција се јавува од хемикалиите што се додаваат во природниот гумен латекс и се нарекуваат алергија на гума.
- 14 различни алергени се идентицирани во латексот. Симптомите асоцирани со сезибилизацијата на овие алергени може да се манифестира различно и тоа од тешка форма на анафилакса то благи симптоми
- Околу 0,1 процент од популацијата и 2 проценти од медицинскиот персонал страда од алергија на летекс.
- Во 2000 година, преваленцата на алергија на латекс е намалена, посебно помеѓу медицинскиот персонал. Ова се должи на намалента содржина на протеини во латексните ракавици, како и воведување на ракавици без талк, како и на предностите на употребата на пластика и синтетска гума. Избегнувањето или намалувањето на употреба на латексните протеини во другите медицински продукти е исто така намалено

ТРИГЕР ФАКТОРИ ЗА ПОЈАВА НА АЛЕРГИСКА РЕАКЦИЈА

- Хируршки, прегледни или ракавици за домаќинство
- Понекогаш (во зависност од материјалот): Катетери, радиографски балони, манометарски балони, туби за интубација, маски за анестезија, туби од свингоманометар
- Стоматолошка апаратура
- Играчки од гума и балони
- Кондоми
- Гумени ленти

СИМПТОМИ

- Најтешките реакции, обично, се предизвикани од директниот контакт на латексот со слузниците за време на операцијата, породувањето и различните инвестигациски процедури. Контактот со кожата е опасен во случај на егзема.
- Локализирана или генерализирана уртикарија и јадеж.
- Егзема на рацете
- Конјунктивитис
- Ринитис
- Астма
- Анафилактичка реакција

РИЗИЧНИ ГРУПИ

- Пациенти со атопија или со егзема на рацете
- Чести операции (посебно кај деца) (на пример, спина бифида)
- Медицински персонал, посебно докторите и сестрите од салите за операција, стоматолозите
- Лица што користат ракавици од гума за дома
- Деца што страдаат од алергија на храна

ВКРСТЕНА РЕАКЦИЈА

- Вкрстена реакција на овошје и на зеленчук (на пр. банана, авокадо, киви, костен). Кај кожните тестови, блага вкртена реакција на латекс е опсервирана кај пациенти со алергија на бреза, овошје или коренести растенија. Треба да се распрашате за симптомите на пациентите.

ДИЈАГНОЗА

- Се базира на аманезата или моменталните симптоми асоцирани со експозиција на латекс, поради тоа што кожните реакции или тестовите со антитела, понекогаш можат да бидат позитивни кај асимптоматки пациенти исто така.
- Кожен `prick` тест се врши со стандарди алергени
- Антитела на латекс можат да бидат одредени
- Потребно е да се одредат антителата на специфични алрегени, кога е суспектна специфична алергија
- Тестот на експозиција (кожа, пулмо) се прави во специјализирани клиники

ТРЕТМАН И ПРОФИЛАКСИЈА

- Да се избегнуваат производите што содржат природен латекс
    - Персоналот што работи во иста околина треба да носи нискоалергени ракавици бидејќи алергените од природниот латекс се шират во воздухот со помош на контаминираната пудра од ракавиците
    - Персоналот што е подложен на алергии треба да носи хипоалергени ракавици ако немаат симптоми, во секој друг случај треба да се користат ракавици што не се од природна гума или ракавици од винил.
- Здравствениот персоналот мора да користи ракавици без латекс ако пациентот има алергија на латекс
- Проверете кај снабдувачите каква алтернатива имаат за ракавици што не содржат латекс.

РЕЛЕВАНТНИ ИЗВОРИ НА ПОДАТОЦИ

- Turjanmaa K, Alenius H, Mäkinen-Kiljunen S, Reunala T, Palosuo T. Natural rubber latex allergy. Allergy 1996 Sep;51(9):593-602. PubMed

РЕФЕРЕНЦИ

- Palosuo T, Reinikka-Railo H, Kautiainen H, Alenius H, Kalkkinen N, Kulomaa M, Reunala T, Turjanmaa K. Latex allergy: the sum quantity of four major allergens shows the allergenic potential of medical gloves. Allergy 2007 Jul;62(7):781-6. PubMed

Претходни автори:
Kristiina Turjanmaa
Последен преглед одобрен како ажуриран 21.1.2014 • Последни прегледи 21.1.2014
Article ID: ebm00298 (014.005)

© 2014 Duodecim Medical Publications Ltd

- **EBM Guidelines, 21.1.2014, http://www.ebm-guidelines.com**
- **Упатството треба да се ажурира еднаш на пет години.**
- **Предвидено следно ажурирање до јануари 2019 година.**

Упатството го ажурирал: И. Стојковски
Координатор: Проф. Др. К. Зафировска

1412.

Врз основа на член 27 став (1) од Законот за здравствената заштита („Службен весник на Република Македонија“ број 43/12, 145/12, 87/13, 164/13, 39/14, 43/14, 132/14, 188/14 и 10/15), министерот за здравство донесе

У П А Т С Т В О
ЗА МЕДИЦИНСКОТО ЗГРИЖУВАЊЕ ПРИ КЕЛОИД

Член 1

Со ова упатство се утврдува медицинското згрижување при келоид.

Член 2

Начинот на медицинското згрижување при келоид е даден во прилог, кој е составен дел на ова упатство.

Член 3

Здравствените работници и здравствените соработници ја вршат здравствената дејност на медицинското згрижување при келоид по правило согласно ова упатство.

По исклучок од став 1 на овој член, во поединечни случаи по оценка на докторот може да се отстапи од одредбите на ова упатство, со соодветно писмено образложение за причините и потребата за отстапување и со проценка за натамошниот тек на згрижувањето, при што истото од страна на докторот соодветно се документира во писмена форма во медицинското досие на пациентот.

Член 4

Со денот на влегувањето во сила на ова упатство престанува да важи Упатството за практикување на медицина заснована на докази при келоид во дерматологијата („Службен весник на Република Македонија“ бр.14/13)..

Член 5

Ова упатство влегува во сила наредниот ден од денот на објавувањето во „Службен весник на Република Македонија“.

Бр. 17-2318/1
27 февруари 2015 година
Скопје

Министер,
Никола Тодоров, с.р.

Прилог

КЕЛОИД

МЗД Упатство
30.5.2013 • Последна промена 17.5.2009
Pekka Autio

- Цел
- Дефиниција
- Дијагноза
- Типични карактеристики
- Индикации за третман
- Третман

ЦЕЛ

- Да се превенира создавање на келоиди (претходна појава на келоиди е ризик за појава на нов)
- Третиран келоид кој предизвикува естетски или механички проблеми или симптоми. Новиот келоид е полесен зе третман од стариот.

ДЕФИНИЦИЈА

- Келоид е патолошка лузна која наликува на тумор и се јавува на местото на хируршките рани, изгореници, дупки од обетки или како последица од акни на трупот.

ДИЈАГНОЗА

- Типичната промена лесно се препознава. Келоидот на почетокот е како гума, црвен - темноцрвен, солиден, обично е мек. Изграден е од нежно сврзно ткиво покриено со тенка кожа.
- Големината може да варира од многу мало до големина на портокал.
- Бенигната хипертрофична лузна во рок од 6 месеци станува мека и се намалува за разлика од келоидот кој ги нема тие својства.
- Може да постои фамилијарна предиспозиција.

ТИПИЧНИ КАРАКТЕРИСТИКИ

- Појавата на лузна се детектира во рок од 3 до 4 недели од повредата. Растењето продолжува неколку месеци до години.
- Со најголем ризик од појава на келоид се младите жени (од пубертет до 30 години).
- Инфекциите и напорот го зголемуваат ризикот за појава на келоиди.
- Предилекциони места се: усната шуплина, горниот дел на трупот (посебно над стернумот), рамењата, образите, вратот и лумбалниот дел. Ретко се зафатени дланките, стапалата и лицевата регија

ИНДИКАЦИИ ЗА ТРЕТМАН

- Естетски
- Рестрикција во подвижноста на кожата, болна осетливост или силен јадеж.

ТРЕТМАН

- Ветувачки резултати има комбинацијата на криотерапија со течен азот и кортикостероидни инјекции (ннд-С). Келоидите се смрзнуваат со спреј со течен азот. После 5 минути во набабрениот келоид се инфилтрира methylprednisolon 40mg/ml. Третманот се повторува 1 до 2 пати во интервал од 6 недели. Третманот треба да го направи дерматолог.
- Терапијата со притисок може, исто така, да биде ефикасна, но третманот е мачен и долготраен.
- Кај тешките случаи треба да се консултира пластичен хирург. И најмала ексцисија без примена на притисок или на прекривка со силиконски гел (ннд-С) обично провоцира појава на нов келоид.

РЕФЕРЕНЦИ

1. Layton AM,Yip,Cunliffe WJ.A comprasion of intalesional triamcinolone and cryosurgery in the treatment of acne keloids.British Journal of Deermatology 1994;130;498-501
2. Pekka Autio, Article ID: emb00263*(o13.079),©2009Duodecim Madical publications Ltd

Последен пат прегледано за ажурирање на 30.5.2013• Последна промена 17.5.2009

Article ID: ebm00996 (020.050) © 2014 Duodecim Medical Publications Ltd

1. **EBM Guidelines, 2.7.2013, www.ebm-guidelines.com**
2. **Нема промени во упатството до 2014 година**
3. **Упатството треба да се ажурира по 2 години**
4. **Предвидено следно ажурирање во 2016 г**

Упатството го ажурирал: И. Стојковски
Координатор: Проф. Др. К. Зафировска

1413.

Врз основа на член 27 став (1) од Законот за здравствената заштита („Службен весник на Република Македонија“ број 43/12, 145/12, 87/13, 164/13, 39/14, 43/14, 132/14, 188/14 и 10/15), министерот за здравство донесе

У П А Т С Т В О
ЗА МЕДИЦИНСКОТО ЗГРИЖУВАЊЕ ПРИ ЕРИЗИПЕЛОИД

Член 1

Со ова упатство се утврдува медицинското згрижување при еризипелоид.

Член 2

Начинот на медицинското згрижување при еризипелоид е даден во прилог, кој е составен дел на ова упатство.

Член 3

Здравствените работници и здравствените соработници ја вршат здравствената дејност на медицинското згрижување при еризипелоид по правило согласно ова упатство.

По исклучок од став 1 на овој член, во поединечни случаи по оценка на докторот може да се отстапи од одредбите на ова упатство, со соодветно писмено образложение за причините и потребата за отстапување и со проценка за натамошниот тек на згрижувањето, при што истото од страна на докторот соодветно се документира во писмена форма во медицинското досие на пациентот.

Член 4

Со денот на влегувањето во сила на ова упатство престанува да важи Упатството за практикување на медицина заснована на докази при еризипелоид во дерматологијата („Службен весник на Република Македонија“ бр.14/13)..

Член 5

Ова упатство влегува во сила наредниот ден од денот на објавувањето во „Службен весник на Република Македонија“.

Бр. 17-2317/1
27 февруари 2015 година
Скопје

Министер,
Никола Тодоров, с.р.

Прилог

ЕРИЗИПЕЛОИД

МЗД Упатство
12.2.2013 • Последна промена 4.6.2010
Petteri Carlson

- Епидемиологија
- Симптоми
- Дијагноза
- Третман
- Превенција
- Поврзани извори

ЕПИДЕМИОЛОГИЈА

- Бактеријата која го предизвикува еризипелоидот (Erysipelothrix rhusiopathiae) може да се најде кај многу животни (свињи, риби, птици).
- Луѓето најчесто се инфицираат преку оштетена кожа.
- Се јавува како ретка професионална инфекција кај сточарите, месарите, рибарите, ветеринарите итн.

СИМПТОМИ

- На јчесто се јавува оток и црвенило, и тоа обично на рацете. Нема гноење.
- Проследено е со силна болка, чешање и иритација
- Локалните лимфни јазли често се потечени, но системските симптоми се ретки
- Понекогаш можат да се јават и септикемија и ендокардит.
- Болеста е самоограничувачка за неколку недели. На местото на инфекцијата останува резидуална хиперпигментација.

ДИЈАГНОЗА

- Дијагноза може да се постави на база на историјата на болеста или типичната клиничка слика. Може да се засади култура од примерок од биопсија или од аспирирана течност, но тоа ретко кога е индицирано.

ТРЕТМАН

- Пеницилин 1.5 милиони единици два пати дневно во тек на 10 денаго скратува траењето на болеста. Исто така, веројатно се ефикасни и цефалоспорините, макролидните антибиотици и флуорокинолоните (ннд-**D**).

ПРЕВЕНЦИЈА

- Добра професионална пракса, заштита (покривање) на рацете и раните и повредите на нив.

РЕФЕРЕНЦИ

1. Barnet JH,Estes Sa,Wirman JA Erysipeloid. J Am Acad Dermatol 1983;9:116-123
2. Venditti M,Gelfusa V,Tarasi A ntimicrobial Erysipelothrix rhusiopathiae.Antimicr Agents Chemother 1990;34:2038-2040
3. Petteri Carlson, Article ID: ebm00033 (001.022), © 2010 Duodecim Medical Publications Ltd

Последен пат прегледано за ажурирање на 12.2.2013 • Последна промена 4.6.2010

Article ID: ebm00033 (001.022) © 2014 Duodecim Medical Publications Ltd

1. **EBM Guidelines, 12.2.2013, www.ebm-guidelines.com**
2. **Нема промени во упатството до 2014 година**
3. **Упатството треба да се ажурира по 2 години**
4. **Предвидено следно ажурирање во 2016 година**

Упатството го ажурирал: И. Стојковски
Координатор: Проф. Др. К. Зафировска

1414.

Врз основа на член 27 став (1) од Законот за здравствената заштита („Службен весник на Република Македонија“ број 43/12, 145/12, 87/13, 164/13, 39/14, 43/14, 132/14, 188/14 и 10/15), министерот за здравство донесе

У П А Т С Т В О
ЗА МЕДИЦИНСКОТО ЗГРИЖУВАЊЕ ПРИ ЗАШТИТА НА КОЖАТА ОД ЗАМРЗНУВАЊЕ, СОНЦЕ И ОСУШУВАЊЕ

Член 1

Со ова упатство се утврдува медицинското згрижување при заштита на кожата од замрзнување, сонце и осушување.

Член 2

Начинот на медицинското згрижување при заштита на кожата од замрзнување, сонце и осушување е даден во прилог, кој е составен дел на ова упатство.

Член 3

Здравствените работници и здравствените соработници ја вршат здравствената дејност на медицинското згрижување при заштита на кожата од замрзнување, сонце и осушување по правило согласно ова упатство.

По исклучок од став 1 на овој член, во поединечни случаи по оценка на докторот може да се отстапи од одредбите на ова упатство, со соодветно писмено образложение за причините и потребата за отстапување и со проценка за натамошниот тек на згрижувањето, при што истото од страна на докторот соодветно се документира во писмена форма во медицинското досие на пациентот.

Член 4

Со денот на влегувањето во сила на ова упатство престанува да важи Упатството за практикување на медицина заснована на докази за заштита на кожата од замрзнување, сонце и исушување во дерматологијата („Службен весник на Република Македонија“ бр.14/13)..

Член 5

Ова упатство влегува во сила наредниот ден од денот на објавувањето во „Службен весник на Република Македонија“.

Бр. 17-2316/1
27 февруари 2015 година
Скопје

Министер,
Никола Тодоров, с.р.

Прилог

ЗАШТИТА НА КОЖАТА ОД ЗАМРЗНУВАЊЕ, СОНЦЕ И ИСУШУВАЊЕ

МЗД Упатство
5.6.2009
Heli Majamaa

- Заштита на кожата од замрзнување;
- Заштита на кожата од сонце;
- Заштита на кожата од исушување
- Поврзани извори

ЗАШТИТА НА КОЖАТА ОД ЗАМРЗНУВАЊЕ

- Да се избегнуваат сапуни и производи за миење.
- Да се избегнуваат лосиони и пени за бричење.
- Кремови за заштита од студено, вклучувајќи многу масни кремови, го зголемуваат ризикот од замрзнување бидејќи ја намалуваат температурата на кожата.
- Надворешната страна на облеката треба да е непропустлива за ветер, а внатрешната да го задржува воздух и да е волуминозна.
- Да се избегнува перспирација со облекување на алишта додека се вежба: неколку тенки облеки се подобри отколку една дебела.
- Да се избегнува изложување на главата и вратот на воздушна струја (ветер).
- Топлинската изолација на стапалата може да биде подобрена со носење на покомотни чевли, со пластична навлака помеѓу два слоја на чорапи, и со аплицирање на талк на стапалата.

ЗАШТИТА НА КОЖАТА ОД СОНЦЕ

- Според резултатите на епидемиолошките студии, УВБ зрачењето ја предиспонира кожата за добивање на базалиоми, епидермални карциноми и соларни кератози.
- УВБ е најважен ризик-фактор за настанување на епидермален карцином, и ризикот од базалиом е директно пропорционален на кумулативната доза на УВА радијација.
- Повторувачките изгореници се почести отколку високата кумулативна светлина.
- Рефлексијата од песок, вода и особено снег го зголемуваат количеството на ултравиолетово зрачење. Адекватна заштита на кожата е задолжителна во состојби каде има многу рефлектирачко светло.
- Адекватно облекување и избегнување на експозиција на светлина посебно околу пладне помага при заштитата од сонце.
- Кремови за заштита од сонце со фактор 15 и повеќе се од корист (ннд-**B**), но не ја заменуваат адекватната облека.

ЗАШТИТА НА КОЖАТА ОД ИСУШУВАЊЕ

- Заштитни кремови секогаш треба да се користат кога кожата се чувствува сува, рапава или кога има фисури.
- Повторното намокрување и делумното користење на сапуни ја предиспонираат кожата кон сушење. Рацете би требало да се мијат само еднаш на ден, а пациентите со контактна алергија би трбало да користат заштитни ракавици.

- Заштитата е мошне важна кај пациенти со атопија и контактен дерматитис. Лицата со атопија треба да користат кремови на поголема површина на кожа од онаа која ја чувствуваат сува.
- Кератолитични масти (на пример, салицилна киселина или препарати со карбамид) се потребни кај петици со фисури.

РЕФЕРЕНЦИ

1. Thompson SC, Jolley D, Marks R. Reduction of solar keratoses by regular sunscreen use. N Engl J Med 1993;329:1147-51
2. Naylor MF, Boyd A, Smith DW, Cameron GS, Hubbard D, Neldner KH. High sun protection factor sunscreens in the suppression of actinic neoplasia. Archives of Dermatology 1995;131:170-5
3. Editors, Article ID: ebm00266 (013.081), © 2009 Duodecim Medical Publications Ltd

Последна промена 17.5.2009

Article ID: ebm00266 (013.091) © 2014 Duodecim Medical Publications Ltd

1. **EBM Guidelines, 17.5.2009, www.ebm-guidelines.com**
2. **Нема промени во упатството до 2014 година**
3. **Упатството треба да се ажурира по 2 години**
4. **Предвидено следно ажурирање во 2016 г**

Упатството го ажурирал: И. Стојковски
Координатор: Проф. Др. К. Зафировска

1415.

Врз основа на член 27 став (1) од Законот за здравствената заштита („Службен весник на Република Македонија“ број 43/12, 145/12, 87/13, 164/13, 39/14, 43/14, 132/14, 188/14 и 10/15), министерот за здравство донесе

У П А Т С Т В О
ЗА МЕДИЦИНСКОТО ЗГРИЖУВАЊЕ ПРИ КОЖНИ БОЛЕСТИ И УСТА

Член 1

Со ова упатство се утврдува медицинското згрижување при кожни болести и уста.

Член 2

Начинот на медицинското згрижување при кожни болести и уста е даден во прилог, кој е составен дел на ова упатство.

Член 3

Здравствените работници и здравствените соработници ја вршат здравствената дејност на медицинското згрижување при кожни болести и уста по правило согласно ова упатство.

По исклучок од став 1 на овој член, во поединечни случаи по оценка на докторот може да се отстапи од одредбите на ова упатство, со соодветно писмено образложение за причините и потребата за отстапување и со проценка за натамошниот тек на згрижувањето, при што истото од страна на докторот соодветно се документира во писмена форма во медицинското досие на пациентот.

Член 4

Со денот на влегувањето во сила на ова упатство престанува да важи Упатството за практикување на медицина заснована на докази при промени во устата при кожни болести („Службен весник на Република Македонија“ бр. 14/13)..

Член 5

Ова упатство влегува во сила наредниот ден од денот на објавувањето во „Службен весник на Република Македонија“.

Бр. 17-2315/1
27 февруари 2015 година
Скопје

Министер,
Никола Тодоров, с.р.

Прилог

КОЖНИ БОЛЕСТИ И УСТА

МЗД Упатства
23.12.2013 • Последни промени 23.12.2013
Tuula Salo and Maria Siponen

- Erythema multiforme
- Pemphigus vulgaris
- Pemphigoid
- Lichen planus (lichen ruber planus)
- Лихеноидни реакции
- Discoid lupus erythematosus (DLE)
- Рекурентен Stomatitis aphtosa (улцери)
- Leukoplakia and erythroplakia
- Пигментации на оралната мукоза
- Венска петелка
- Поврзани извори
- Референци

Табела 1. Листи на можните клинички наоди на оралната мукоза и нивните можни причинители

Клиничка слика	Можна причина
Светла пребоеност (белузлави наслаги)	
Може да се отстранат	Candidiasa, фибрински улцери (хемиска /термичка траума), лупење на мукозата предизвикано од паста за заби
Не може да се отстранат	Иритативна хиперплазија, лихеноидни реакции, реакции на лекови, Lichen planus, хиперпластична кандидијаза, леукоплакија, Leukoedema, white sponge nevus, хередитарна бенигна интраепителиална дискератоза, M. Darier, промени предизвикани од тутун за џвакање, никотин стоматитис, соларен хеилит, влакнеста леукоплакиа, влакнест глоситис, географски јазик, субмукозна фиброза, Fordyce-ови папули, ектопично лимфатично ткиво, гингивални цисти, гингивален апсцес, липом.
Еритематозни	Candidiasis atrophica, lichen planus, реакции на лекови, контактна алергија, pemphigoid, дефицит на железо или витамин Б, морбили (Копликови дамки), хемангиом, granuloma pyogenicum, периферен гранулом на гигантски клетки, ромбоиден медијален глосит, erythroplakia, Kaposi-ев сарком, географски јазик, псоријаза, скарлатина, гингивитис на плазма клетки, петехии и модрини (траума и хематилошки заболувања)
Улцерозни	Траума, афти, сифилис гонореа, ТБЦ, лепра, актиномикоза, нома, микотични заболувања, M. Behçet, Reiter–ов синдром, lichen planus, erythema multiforme, lupus erythematosus, реакции на лекови контактна алергија, Wegener –ова грануломатоза, "средишен" гранулом, хронична грануломатозна болест (granulomatosis disciformis chronica et progressiva), циклична неутропенија, епидермоиден карцином, карцином на синус максиларис.
Булозни	Херпес симплекс, варичела, херпес зостер, ентеровирус, херпангина, пемфигоид, пемфигус, дерматитис херпетиформис, epidermoliysis bullosa, реакции на лекови, контактна алергија
Верукозни	Палатинална папиломатоза, papilloma sqamosa, condylomata accuminata, condylomata lata, verruca vulgaris oris, фокална епителијална хиперплазија, keratoacanthoma, leukoplakia verrucosa, carcinoma verrucosus, pyostomatitis vegetans, xantoma verrucosa

Хипер-пигментации	Амалгамска тетоважа, меланотична макула, физиолошка пигментација, тутун, инфламации, лекови, тешки метали, M.Addison, S. Peutz Jeghers, S. Laugier-Hunziker, невуси, меланом, неуроектодермален тумор на детска возраст
Субмукозни отоци	
Гингиви	Granuloma pyogenicum, периферен гранулом на гигантски клетки, периферен фибром, гингивален апсцес, exostosis, гингивална циста, еруптивна циста, epulis congenitalis на новородени, генерализирана гингивална хиперплазија
Под на устат	Ранула, дермоидна циста, лимфоепителијална циста, тумор на саливарни жлезди, мезенхимални тумори
Букална и лабијална мукоза	Тумори на саливарни жлезди, мукокела, fibroma traumatica, мезенхимален тумор
Јазик	Fibroma traumatica, granuloma pyogenicum, тумор на грануларни клетки, неурофибром, мукозен неуром, тумор на саливарни жлезди, лингвален тироид
Непце	Мукокела, тумор на саливарни жлезди, дентален апсцес, лимфом, торус, тумори на горна вилица или максиларен синус

ERYTHEMA MULTIFORME

- Erythema multiforme е акутно инфламаторно, булозно заболување, кое предизвикува ексудативни лезии на оралната мукоза и усните. Се јавуваат промени на кожата, вообичаено на екстремитетите; тие се еритемни, прилично добро ограничени во концентрични кругови (таргетни лезии).
- Болеста е самоограничувачка, но може да се повтори повеќе пати.
- Етилогијата е непозната, но во 50% на случаи може да се идентификува провокативниот фактор. Во такви фактори се вклучуваат: инфекции (особено HSV или mycoplazma), лекови, бременост, хемикалии, храна, малигни заболувања, системски болести, стрес или радијација.
- Во генерализираните форми на заболувањето (S. Stevens-Johnson) се јавуваат тешки ексфолијативни лезии и на кожата и на најмалку две мукозни површини. Најтешката форма на болеста е Lyell-ов синдром (токсична епидермална некролиза) каде е зафатена преку 30 % од површината на кожата.
- Дијагнозата вообичаено се базира на клиничката слика и анамнезата со цел да се идентификуваат можните провоцирачки фактори. Таа може да биде верифицирана со провокациони тестови.
- *Дијагнозата* може да се потврди со тест на провокација
  - Доколку инфекции на микоплазма или HSV е суспектна, дијагнозата треба соодветно да биде потврдена
  - Имунофлуресценција или примерок на свежа биоспија може да се искористи за да се исклучат остаантите клинички слични дијагнози, доколку има потреба
- *Терапија*
  - Се состои од елиминација на причината, доволна хидратација и антихистаминици кога се неоходни.
  - Локалните кортикостероиди обично се ефикасни во намалување на симптомите предизвикани од оралните лезии.
  - Локалните анестетици или гел, може да бидат нанесени за да се олесни исхраната и пиењето
  - Chlorhexidine (2мг/мл) за плакнење на уста 2 до 3 пати на ден обично ги превенира компликациите и е добар за оралната хигиена.
  - Ако повторената болест е предизвикана од Herpes Simplex Virus потребна е профилактичка терапија со ацикловир
  - Тешките форми на болеста бараат хоспитализација и системски кортикостероиди.

PEMPHIGUS VULGARIS

- Ретко, хронично автоимуно булозно заболување. Кај околу 75 % од случаите, болеста прво се манифестира со појава на були на оралната мукоза. Булите лесно руптуираат предизвикувајќи болни ерозии. Интактните були ретко се среќаваат во оралната празнина.
  - Типични места за лезиите се палатумот, букалната мукоза и долната усна.
  - Притисокот на неинволвираната мукоза, околу булата, со тап инструмент, после 1 минута, ќе предизвика булозна формација или одлепување на епителот од подолните слоеви (позитивен Nikolsky тест).
- Кожните лезии кои се појавуваат претставуваат були со тенок флакциден покрив и се исполнети со бистра течност. Промените се задржуваат на едно место неколку месеци, а потоа се јавуваат и на други регии од кожата.
- Најчесто во средната возраст, почести кај жените отколку кај мажите
- *Дијагноза* се базира на клиничката слика, хистопатологијата (интраепидермална була) и тестовите на директна и индиректна имунофлуоресценција (ИФ).
  - Примерокот за директната ИФ треба да биде земен од незасегната мукозна мембрана или кожа блиску до лезијата. Примерокот мора да биде испратен до лабораторијата додека е свеж (или веднаш, завиткан во газа натопена во физиолошки солен раствор или во специјален медиум даден од лабораторијата кој ќе ја одржува свежината на примерокот во рок од три дена.
- *Терапијата* се состои од системски кортикостероиди, сами или во комбинација со methotrexate, azathioprine, cyclophosphamid. Доколку болеста е рефарктрна на овие третмански модалитети, останатите опции како интравенозни имуноглобулини (IVIG), имуноабсорпција, плазмафереза или rituxibam може да се употреби.
  - Во локалната терапија може да се употребуваат кортикостероидни кремови.

PEMPHIGOID

- Група на хронични, автоимуни булозни заболувања. Двете основни форми се pemphigoid bullosus и цикатрициелен пемфигоид на слузокожи. Кај pemphigoid bullosus, лезии се појавуваат кај 15 до 20 % од случаите. Кај цикатрициелен пемфигоид на слузокожи, секогаш се присутни оралните симптоми и во 85 % од случаите примарните лезии се во оралната празнина.
- Булите во устата се исполнети со бистра течност или крв и руптуираат лесно. Мукозната мембрана околу булите е еритемна. Откако ќе руптуираат булите, површината на раната бавно зараснува и може да остави лузна.
- Честа клиничка манифестација кај цикатрициелниот пемфигоид во устата е гингивален еритем и улцерации ткн. десквамативен гингивит. Лезиите обично се лоцирани на палатумот, букалната мукоза и јазикот.
- Пред да се појават кожните були, може да се јави чешање на кожата, екскоријација, уртикарија, егзем и папиларни лезии.
- *Дијагноза,* возраст (обично од 60 до 70 години); Клиничка слика; Хистопатологија (субепидермална була), ИФ методи; серологија, Позитивен Nikolsky тест (види Pemphigus vulgaris).
- *Терапијата* на лезиите на оралната мукоза во блага или локализирана болест се остои од локални кортикостероиди. Потешките случаи и пациентите со орална манифестација се третираат со системски кортикостероиди и/или со имуносупресиви. Пациентот мора да биде советуван да избегнува каква било траума на кожата и мукозите кои би предизвикале булозни формации (на пример, тврда храна).
- Сите пациенти со цикатрициелен пемфигоид на слузокожата треба да бидат прегледани од офламолог.

LICHEN PLANUS (LICHEN RUBER PLANUS)

- Етиологијата е непозната, клеточно-посредуван имун одговор на надворешен или алогеничен антиген. Честа појава, кај 2 % од популацијата.

- Околу 2/3 од пациентите се жени, инциденцата е највисока во средната возраст.
- Според клиничките манифестации лихен планусот кој ја зафаќа оралната мукоза е поделен во следните форми: папуларна, ретикуларна, плакарна (лушпеста), атрофична, ерозивна и булозна форма. Ретикуларниот облик, со бели Wickham-ови стрии на мукозната мембрана е најчеста форма на заболувањето. Може да коегзистираат промени од најразлични форми. Лезиите од лихен планус обично се симетрично распоредени на букалната мукоза, јазикот и/или на гингивите.
- Околу 30-40% од пациентите со орален лихен планус манифестираат и кожни лезии. Од друга страна, 70% од пациенти со кожни лезии имаат и коегзистирачки орални промени.
- Кожните промени се интермитентни по карактер, додека оралните лезии се перзистентни.
- Болеста е често (во околу 50% од пациентите) придружена со секундарна габична орална инфекција
- *Дијагноза* се базира на клиничката слика, која доколу има потреба може да се потврди со биопсија.
- *Терапијата* се состои од елиминација на можни аграварачки фактори (забен камен, остар раб на пломби, протеза), добра орална хигиена и третман на можни габичната инфекција (пред да се отпочне третман со кортикостероиди да се потврди дијагнозата со култура).
  - Секоја симптоматична еритемна и/или улцеративна лезија да се третира локално со кортикостероидни препарати (на пример Triamcinolon acetonid маст или назален спреј, betamethazon 0,1 % маст, clobetazol propionat 0,1 % маст)
  - Добар метод за апликација на хидрокортизонски крем (betamethazon 0,1 % крем) за лезии лоцирани претежно на гингиви е употребата на специјални медицински апликатори.
  - Кај тешките случаи може да се инјектира директно кортикостероид во лезијата.
  - Добри прелиминарни резултати се постигнати со употреба на топичен такролимус и пемекролимус во третман на лихен планус на орална мукоза; постојат ограничувања за користење на мукозната мембрана
  - Кај рефракторни, болни обливи, каде што локалните третмани не обезбедуваат доволен терапевтски одговор, системска терапија со кортикостероиди може да се земе во предвид
- Забелешка Околу 1% од лезиите од лихен планус стануваат малигни. Следењето е важно, а потребни се повторувани биопсии.

ЛИХЕНОИДНИ РЕАКЦИИ

- Лихеноидните реакции ги немаат сите критериуми на лихен планус, ниту клинички, ниту хистолошки.
- Често е поединечна, локализирана лезија (споредиси со лихен планус).
- Лихеноидните реакции може да бидат провоцирани од:
  - Лекови (АСЕ инхибитори, алопуринол, бета блокери, карбамазепин, хлорпромазин, хлороквин, цитостатици, фуросемид, златни соли, кетоконазол, литиум, левомепромазин, метилдопа, НСАИЛ, пеницилмин, пеницилин, фенотијазини, квинидин, салазопирин, сулфонилуреа, тетрациклини, талидомид, тијазиди, зидовудин).
  - Автоимуни болести (myasthenia gravis, SLE, colitis ulcerosa, alopecia areata, витилиго, хепатални дисфункции).
  - Материјал за полнење на заби
- Етиолошкиот фактор не може секогаш да биде идентификуван.

LUPUS ERYTHEMATODES DISCOIDES (ДЛЕ)

- Хронична, инфламаторна, фотосензитивна автоимуна болест, се јавува на кожата и оралната мукоза, со непозната етиологија. Системскиот лупус еритематозус (СЛЕ) е системска манифестација на истата состојба.
- Најголем број од пациентите се жени.
- ДЛЕ се карактеризира со јасно ограничени еритемни лезии на кожата. Како што лезиите заздравуваат тие стануваат лушпести во центарот, по што настанува атрофија и формирање на лузна како и нарушена пигментација. Лезиите во устата се тркалезни, недефинирани, еритемни ареи, ограничени со радијален бел раб и можат да асоцираат на бели точки. Најчесто

тие се лоцирани на букалната слузница, палатумот и долната усна. Лезиите во устата обично се безболни.

- *Дијагнозата* се базира на клиничката слика и хистолошкиот наод од биопсијата. Ако е суспектен ДЛЕ, треба да се земе биопсија од лезијата и половината од примерокот да се испрати за ИФ иследување (да се одржи свежина на ткивото). Системската форма на болеста може да биде дијагностицирана со земање биопсија од неинфицирана кожа.
- Помалку од 5% од пациентите со ДЛЕ ќе развијат СЛЕ.
- *Терапија* се состои од примена на топични кортикостероиди како и ако има потреба се применуваат системски хидрохлорокинин, ретиноиди или други имуносупресивни/имуномодулаторни лекови (ннд-D). Се препорачуваат средства со заштитен фактор од сонце. Се смета дека ДЛЕ лезиите, особено тие на усните, носат зголемен ризик за карцином.

РЕКУРЕНТЕН STOMATITIS APHTOSA (УЛЦЕРИ)

- Рекурентниот, афтозен стоматит е честа состојба која се јавува кај 20 до 60% од популацијата.
- Етиологијата е непозната; сепак, понекогаш е јасна асоцијација со стрес, механичка иритација, одредена храна, хематолошки абнормалности (дефицит на железо, фолна киселина, витамин Б и цинк) и хормонски нарушувања.
  - Генетска предиспозиција е пронајдена како причина кај бројни пациенти
  - Афтозните улцерации може да бидат асоцирани понекогаш со системска болест, како Bahcet-ов синдром, Кроновата болест, улцеративен колитис или циклична неутропенија
- Според клиничката слика се класифицира како: минорен, мајорен и Херпетиформен стоматит.
- Улцерациите обично се јавуваат на лабијалната и букалната мукоза, многу ретко на јазикот и на гингивите. Вообичаено, тие се болни и заздравуваат за една до шест недели, што зависи од големината на улцерацијата.
- *Дијагноза* се базира на клиничката слика и анамнезата.
- *Терапија:* Ако е потребно, може да се проба со кортикостероидни препарати (оромукални таблети или орална паста) исто како и со испирања со chlorhexidine. Рекурентните големи улцери можат да се третираат со испирања со тетрациклини (300 mg на тетрациклини се раствора во чаша вода и устата се плакне со раствор без голтање – 4 пати на ден во времетраење од 4-5 дена)
- Локални анестетици, како и продукти кои формираат заштитен слој врз афтите, можат да бидат исто така од помош за болката
- Дел од пациентите реферираат подобрување со употреба на растителни и витамински продукти иако научните докази на нивната ефикасност се недоволни (ннд-**D**) .
- Кај некои пациенти се препорачува употреба на паста за заби без натриум lauryl sulphate.

LEUCOPLAKIA И ERYTHROPLAKIA

- Леукоплакија е клинички израз кој означува бела, добро ограничена дамка или ареа на оралната мукоза која не може да се отстрани со гребење и не може да биде дијагностицирана како кое било друго специфично заболување.
- Еритроплакијата означува еритемна лезија на мукозна мембрана која не може да се дијагностицира како кое било друго специфично заболување.
- Леукоплакијата може да се класифицира според етиологијата како идиопатска или индуцирана од употреба на тутун или на алкохол.
- Леукоплакијата клинички се презентира како хомогена или нехомогена (нодуларна, верукозна, пролиферативно верукозна леукоплакија или еритроплакија). Главниот ризик од малигнитет е околу 4% кај хомогената леукоплакија, но сигурно е повисок кај нехомогената леукоплакија. Особено пролиферативната верукозна леукоплакија, секогаш прогресира во карцином.
- Статистички најопасна регија е подот на устата и долната страна од јазикот (50% стануваат малигни).
- Еритроплакијата секогаш е асоцирана со дисплазија и во 90% од случаите се развива во карцином, што зависи од локализацијата на промената.
- *Дијагнозата* се базира на клиничката слика и хистологијата.

- *Терапија* е хируршка. Ако биопсијата покаже умерена, до изразена дисплазија, потребно е клиничко следење на шест месечни интервали. Забележано е дека отстранувањето или неотстранувањето на леукоплакијата не е во корелација со прогнозата на лезијата. Следењето е најважно.

ПИГМЕНТАЦИИ НА ОРАЛНАТА МУКОЗА

- Физиолошката пигментација на гингивите обично е симетрична. Воспалителните заболувања, како лихен планус, можат да предизвикаат пигментации на мукозите.
- Меланозата предизвикана од пушење обично се појавува на гингивите во предниот дел од устата.
- Честа пигментна лезија на оралната мукоза е амалгамската. Причинета е од партиклите амалгам, кои навлегуваат во мукозата. Амалгамската тетоважа обично е во облик на темносиви дамки на гингивата блиску до пломбираниот заб.
- Во некои случаи пигментацијата се должи на лекови (на пр. антималарици, цитостатици, зидовудин)
- Многубројни и/или екстензивни пигментации можат да се должат на системски болести како M. Addison, S. Peutz-Jeghers, S. Albright или неурофиброматоза. Ако кај пациентот е присутна дифузна пигментација на оралната мукоза и усните без системска болест, можно е дека се работи за C. Laugier-Hunziker.
- Меланотичните макули се локализирани пигментни лезии. Може да бидат идиопатски или да се должат на горенаведените фактори.
- Невусите и меланомот ретко, но се среќаваат на оралната мукоза.
- Без сомнение е дека дијагнозата мора да се потврди со биопсија.

ВЕНСКА ПЕТЕЛКА

- Венската петелка е задебелено проширување на вена кое може да се третира со течен азот.

ОСТАНАТИ РЕЛЕВАНТНИ ПОДАТОЦИ

Кохранови прегледи

- Не постојат доволно докази во прилог на системски интервенции кај рекурентни афтозни стоматити.
- Витамин А, ретиноиди и бета каротен можат да бидат ефикасни при клиничко решавање на леукоплакични лезии, но релапсите се чести и не постојат докази за ефективни конзервативни третмани при превенција на малигна трансформација.
- Циклоспорин може да ја намали болката и клиничките знаци на орален лихен планус. Не постојат докази во прилог на поголемата ефикасност на стероидите во споредба со плацебо како и за поголемата ефикасност на одреден стероид во однос на друг при намалувањето на болката при ОЛП.
- Циклоспорин и азатиоприн наизглед имаат барем некакво заштитно дејство за инволвирањето на окото, како и бензатин-пеницилин при артритис но повеќе рандомизирани студии се потребни за нивно докажување.

Извори од интернет

- Pemphigus vulgaris. Orphanet ORPHA704

Литература

- Neville BD, Damm DD, Allen CM, Bouquot JE. Oral and Maxillofacial pathology. 2.painos. Philadelphia: W.B. Saunders Company, 2002.
- Regezi JA, Sciubba J. Oral Pathology. Clinical-Pathologic Correlations. 2. painos. Philadelphia: W.B. Saunders Company, 1993.

- Siponen M, Salo T. Idiopathic lenticular mucocutaneous pigmentation (Laugier-Hunziker syndrome): a report of a case. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod 2003 Sep;96(3):288-92. PubMed
- Jurge S, Kuffer R, Scully C, Porter SR. Mucosal disease series. Number VI. Recurrent aphthous stomatitis. Oral Dis 2006 Jan;12(1):1-21. PubMed
- Reichart PA, Philipsen HP. Oral erythroplakia--a review. Oral Oncol 2005 Jul;41(6):551-61. PubMed

РЕФЕРЕНЦИ

- Chan ES-Y, Thornhill M, Zakrzewska J. Interventions for treating oral lichen planus. The Cochrane Database of Systematic Reviews, Cochrane Library number: CD001168. In: The Cochrane Library, Issue 2, 2002. Oxford: Update Software. Updated frequently.
- Lodi G, Sardella A, Bez C, Demarosi F, Carassi A. Interventions for treating oral leukoplakia. The Cochrane Database of Systematic Reviews, Cochrane Library number: CD001829. In: The Cochrane Library, Issue 2, 2002. Oxford: Update Software. Updated frequently
- Saenz A, Ausejo M, Shea B, Wells G, Welch V, Tugwell P. Pharmacotherapy for Behcet's syndrome. The Cochrane Database of Systematic Reviews, Cochrane Library number: CD001084. In: The Cochrane Library, Issue 2, 2002. Oxford: Update Software. Updated frequently.
- Tuula Salo and Maria Siponen, Article ID: ebm00153 (007.023), © 2009 Duodecim Medical Publications Ltd

Претходни автори:
Stina Syrjänen
Последен преглед обобрен како ажуриран 23.12.2013 • Latest change 23.12.2013
Article ID: ebm00153 (007.023)
© 2014 Duodecim Medical Publications Ltd

- **EBM Guidelines, 23.12.2013, http://www.ebm-guidelines.com**
- **Упатството треба да се ажурира еднаш на 4 години.**
- **Предвидено е следно ажурирање до 2017 година.**

Упатството го ажурирал: И. Стојковски
Координатор: Проф. Др. К. Зафировска

1416.

Врз основа на член 27 став (1) од Законот за здравствената заштита („Службен весник на Република Македонија“ број 43/12, 145/12, 87/13, 164/13, 39/14, 43/14, 132/14, 188/14 и 10/15), министерот за здравство донесе

У П А Т С Т В О
ЗА МЕДИЦИНСКОТО ЗГРИЖУВАЊЕ ПРИ СЕБОРОИЧЕН ДЕРМАТИТИС

Член 1

Со ова упатство се утврдува медицинското згрижување при себороичен дерматитис.

Член 2

Начинот на медицинското згрижување при себороичен дерматитис е даден во прилог, кој е составен дел на ова упатство.

Член 3

Здравствените работници и здравствените соработници ја вршат здравствената дејност на медицинското згрижување при себороичен дерматитис по правило согласно ова упатство.

По исклучок од став 1 на овој член, во поединечни случаи по оценка на докторот може да се отстапи од одредбите на ова упатство, со соодветно писмено образложение за причините и потребата за отстапување и со проценка за натамошниот тек на згрижувањето, при што истото од страна на докторот соодветно се документира во писмена форма во медицинското досие на пациентот.

Член 4

Со денот на влегувањето во сила на ова упатство престанува да важи Упатството за практикување на медицина заснована на докази при себороичен дерматитис во дерматологијата („Службен весник на Република Македонија“ бр. 14/13)..

Член 5

Ова упатство влегува во сила наредниот ден од денот на објавувањето во „Службен весник на Република Македонија“.

Бр. 17-2314/1
27 февруари 2015 година
Скопје

Министер,
Никола Тодоров, с.р.

Прилог

СЕБОРОИЧЕН ДЕРМАТИТИС

МЗД Упатства
18.9.2013 Комплетно ажурирано
Alexander Salava

- Најважно
- Епидемиологија и етиологија
- Симптоми и знаци
- Дијагноза
- Differential diagnosis
- Третман
- Референци

НАЈВАЖНО

- Дијагнозата се базира на типична појава и локација на црвенилото
- Себороичниот дерматитис има многу клинички манифестации
- Третманот се состои од симптоматски третман и профилакса
- Терапијата на одржување е важна

ЕПИДЕМИОЛОГИЈА И ЕТИОЛОГИЈА

- Преваленца од околу 3-5%
- Ендогена и мултифакторијална
- Зголемена продукција на себум (себореа), карактеристиките на себумот и имунолошкиот статус на пациентот, стимулираат растење на мувлата Malassezia и останати микроорганизми
- мувлата Malassezia го деградира себумот до масни киселени, што резултира со коскена иритација и дерматитис
- Постојат извештаи на асоцираност на оваа состојба со други состојби (имуносупресија, паркинсонизам) како и лекарства (литиум, халоперидол, системски кортикостероиди)

СИМПТОМИ И ЗНАЦИ

- Јасно ограничени, скалести и еритематозни расфрални лезии кои можат да колидираат за да формираат поголеми лезии на лицето и на други регии
- Интермитерните симптоми се јавуваат во кожни регии богати со себум.
  - Скалп
  - Лице, веѓи, назолабијални бразди истакнати делови.
  - Уши и ушни канали.
  - Средно-горните партии на градите и некогаш на грбот ("перспирациони делови")
  - Дебело месо, ингвиналната регија, гениталиите регии
  - Пазуви.
- Различни клинички манифестации вклучуваат:
  - Масни или суви лушпи на скалпот, понекогаш лесно десквамирачки егзематозни плаки
  - Чешање и инфламација на ушниот канал.
  - Дерматитис на очните капаци, себороичен блефаритис.
  - Добро демаркирани егзематозни плаки во средината на горниот дел на трупот.
  - Добро демаркиран еритем и екскоријација на флексурните регии - Интертриго.
  - Себороичен дерматитис (баланитис) или на тестисите

ДИЈАГНОЗА

- Се базира на типичната клиничка презентација и локализацијата на егземата.
- Во некои случаи фунгални примероци (за микроскопирање и култура) се индицирани за да се исклучи тинеа

ДИФЕРЕНЦИЈАЛНА ДИЈАГНОЗА

- Псоријаза - лушпите се подебели, предилекциските регии се различни (лакти, колена, дланки). Промени на ноктите и псоријазата најчесто се среќаваат во семејствата
- Атопичен дерматитис: лезијата на капилициумот се понекогаш идентични со тие предизвикани од себороичен дерматитис
- Тинеа: треба да се земе во предвид
- Тинеа верзиколор – на телото

ТРЕТМАН

- Третманот трајно не ја лекува болеста. Мора да се повтори кога и симптомите ќе се повторат (курсеви во времетраење од 1-2 недели)
- Терапија на одржување, најверојатно еднаш неделно, треба да се продолжи за да се редуцира честотата на егзарцебација (ннд-А)
- Редукција на првутот и себо-супресија
  - Себоричните регии треба да се мијат почесто од нормано (дневно)
  - Основни локални масти во гелиодна форма (на пример продукти што содржат пропилен гликол) за миење, или основни локални масти по миењето на регијата
- Намалување на резерварот на Malassezia габичката
  - Топичен третман со кремови кои содржат азол антифунагални деривати
  - Може да се користат при акутна егзацербација два пати на ден во тек на 1-2 недели или како профилакса
  - Метронидазол и азелатична кислеина во форма на гел или крем се покажале како ефикасни

- Справување со инфламација
  - Локални благи до умерено потентни корткосероидни креми
  - Креми кои содржат комбинација од кортикосероиди и золски атифукгални деривати
  - Еднаш или два пати дневно за време на екзарцербација за 1-2 недели
  - Маст такролимус или пимекролимус еднаш или два пати дневно

- Скалп
  - Плаките на скалпот можат да бидат омекнати со салицилна киселина/сулфурна маст и испрани
  - Скаплот може да се мие со кетоконазол шампон (ннд-**А**), циклопирокс шампон или шампон со селен сулфит (ннд-**В**)
  - Кортикостероидни раствори (еквивалентни дози) на скалпот (Класа I-III) (ннд –**С**).
  - Пациентите кои не одговориле на останатите третмани, можат да пробаат комбинација на два пати неделно корикостероиден шампон, наизменично со два пати неделно кетоконазол шампон
- Ушен канал – благи до умерено потентни кортокостеридни раствори
- Флексуралните регии
  - Треба да бидат обоени со антисептички раствори, многу од нив ја бојат и кожата (ретко користени)
  - Апликација на пудра која содржи на пример азолни антифунгални препарати, наутро и кортикосероиди масти по миењето навечер во времетраење од 1-2 недели

- Системските антифунгални лекови се индицирани во сериозни случаи, на пример флуконазол 50 мг – дневно или 150 мг – неделно (за време од 2-4 недели) или итрацоназоал 100 мг два пати на ден (за време од 1-2 недели)

РЕФЕРЕНЦИ

1. Warshaw EM, Wohlhuter RJ, Liu A et al. Results of a randomized, double-blind, vehicle-controlled efficacytrial of pimecrolimus cream 1% for the treatment of moderate to severe facial seborrheic dermatitis. J AmAcad Dermatol 2007;57(2):257-64. «PMID: 17188780»PubMed
2. Seckin D, Gurbuz O, Akin O. Metronidazole 0.75% gel vs. ketoconazole 2% cream in the treatment of facial seborrheic dermatitis: a randomized, double-blind study. J Eur Acad Dermatol Venereol 2007;21(3):345-50. «PMID: 17309456»PubMed
3. Cicek D, Kandi B, Bakar S et al. Pimecrolimus 1% cream, methylprednisolone aceponate 0.1% cream and metronidazole 0.75% gel in the treatment of seborrhoeic dermatitis: a randomized clinical study. J Dermatolog Treat 2009;20(6):344-9. «PMID: 19954391»PubMed
4. Ortonne JP, Nikkels AF, Reich K et al. Efficacious and safe management of moderate to severe scalp seborrhoeic dermatitis using clobetasol propionate shampoo 0·05% combined with ketoconazole shampoo2%: a randomized, controlled study. Br J Dermatol 2011;165(1):171-6. «PMID: 21707573»PubMed

Последен преглед одобрен како ажуриран 18.09.2013 Последни промени 18.09.2013
Article ID: ebm00282 (013.015),
© 2014 Duodecim Medical Publications Ltd

1. **EBM Guidelines, 18.9.2013,** http://www.ebm-guidelines.com
2. **Упатството треба да се ажурира еднаш на 5 години.**
3. **Предвидено е следно ажурирање до 2018 година.**

Упатството го ажурирал: И. Стојковски
Координатор: Проф. Др. К. Зафировска

1417.

Врз основа на член 27 став (1) од Законот за здравствената заштита („Службен весник на Република Македонија“ број 43/12, 145/12, 87/13, 164/13, 39/14, 43/14, 132/14, 188/14 и 10/15), министерот за здравство донесе

У П А Т С Т В О
ЗА МЕДИЦИНСКОТО ЗГРИЖУВАЊЕ ПРИ ЈАДЕЖ ВО АНАЛНАТА РЕГИЈА - PRIRITUS ANI

Член 1

Со ова упатство се утврдува медицинското згрижување при јадеж во аналната регија - priritus ani.

Член 2

Начинот на медицинското згрижување при јадеж во аналната регија - priritus ani е даден во прилог, кој е составен дел на ова упатство.

Член 3

Здравствените работници и здравствените соработници ја вршат здравствената дејност на медицинското згрижување при јадеж во аналната регија - priritus ani по правило согласно ова упатство.

По исклучок од став 1 на овој член, во поединечни случаи по оценка на докторот може да се отстапи од одредбите на ова упатство, со соодветно писмено образложение за причините и потребата за отстапување и со проценка за натамошниот тек на згрижувањето, при што истото од страна на докторот соодветно се документира во писмена форма во медицинското досие на пациентот.

Член 4

Со денот на влегувањето во сила на ова упатство престанува да важи Упатството за практикување на медицина заснована на докази при јадеж во аналната регија во дерматологијата („Службен весник на Република Македонија“ бр.14/13)..

Член 5

Ова упатство влегува во сила наредниот ден од денот на објавувањето во „Службен весник на Република Македонија“.

Бр. 17-2313/1
27 февруари 2015 година
Скопје

Министер,
Никола Тодоров, с.р.

Прилог

ЈАДЕЖ ВО АНАЛНАТА РЕГИЈА - PRURITUS ANI

МЗД Упатство
31.5.2013 • Последна промена 7.12.2009
Matti V. Kairaluoma

- Основни правила
- Симптоми
- Терапија

ОСНОВНИ ПРАВИЛА

- Исклучителна причина за која треба третман (проктоскопијата е често индицирана).
- Да не се мешаат површните кожни екскоријации со анални фисури .
- Запамети дека причина за аналниот јадеж може да биде инфекција со Enterobius vermicularis.
- Кај најголем број (60%) од пациентите, не може да се идентификува причината за аналниот јадеж. Претерано миење, хемороиди (кои ја влажат перианалната регија) како и локалните реакции од топично применетите медикаменти може да се причина за перианален дерматитис.

СИМПТОМИ

- Јадежот е главен симптом, но многу пациенти се жалат и на болка при палпација.
- Може да биде зафатена и околината на заболената перианална кожа.

ТЕРАПИЈА

- Основна е хигиената во аналната регија (туширање и миење после дефекација со сушење на регијата) и одржување на регијата сува.
- Мастите со цинк може да се користат локално. Кај силен јадеж, како локална терапија се користи 1 % hydrocortison крем или антимикотици (во комбинација со hydrocortison).
- Кај случаи кога јадежот перзистира, индицирана е кожна биопсија од зафатената кожа.

РЕФЕРЕНЦИ

1. Kari-Matti Hiltunen, Article ID: ebm00204 (008.061), © 2009 Duodecim Medical Publications Ltd

Последен пат прегледано за ажурирање на 31.5.2013 • Последна промена 7.12.2009

Article ID: ebm00204 (008.061) © 2014 Duodecim Medical Publications Ltd

1. **EBM Guidelines, 31.5.2013, www.ebm-guidelines.com**
2. **Нема промени во упатството до 2014 година**
3. **Упатството треба да се ажурира по 2 години**
4. **Предвидено следно ажурирање во 2016 година**

Упатството го ажурирал: И. Стојковски
Координатор: Проф. Др. К. Зафировска

1418.

Врз основа на член 27 став (1) од Законот за здравствената заштита („Службен весник на Република Македонија“ број 43/12, 145/12, 87/13, 164/13, 39/14, 43/14, 132/14, 188/14 и 10/15), министерот за здравство донесе

У П А Т С Т В О
ЗА МЕДИЦИНСКОТО ЗГРИЖУВАЊЕ ПРИ КОНТАГИОЕН МОЛУСКУМ

Член 1

Со ова упатство се утврдува медицинското згрижување при контагиоен молускум.

Член 2

Начинот на медицинското згрижување при контагиоен молускум е даден во прилог, кој е составен дел на ова упатство.

Член 3

Здравствените работници и здравствените соработници ја вршат здравствената дејност на медицинското згрижување при контагиоен молускум по правило согласно ова упатство.

По исклучок од став 1 на овој член, во поединечни случаи по оценка на докторот може да се отстапи од одредбите на ова упатство, со соодветно писмено образложение за причините и потребата за отстапување и со проценка за натамошниот тек на згрижувањето, при што истото од страна на докторот соодветно се документира во писмена форма во медицинското досие на пациентот.

Член 4

Со денот на влегувањето во сила на ова упатство престанува да важи Упатството за практикување на медицина заснована на докази при контагиозен молускум во дерматологијата („Службен весник на Република Македонија“ бр.14/13)..

Член 5

Ова упатство влегува во сила наредниот ден од денот на објавувањето во „Службен весник на Република Македонија“.

Бр. 17-2312/1
27 февруари 2015 година
Скопје

Министер,
Никола Тодоров, с.р.

Прилог

КОНТАГИОЗЕН МОЛУСКУМ

МЗД Упатство
25.4.2013 • Последна промена 17.5.2009
Pekka Autio

- Основно правило
- Епидемиологија
- Дијагностика
- Терапија
- Компликации
- Индикации за специјалистичка консултација

ОСНОВНО ПРАВИЛО

- Лезиите исчезнуваат спонтано без терапија. Ако детето има само неколку папули и соработува, заздравувањето може да се забрза по механички пат.

ЕПИДЕМИОЛОГИЈА

- Molluscum contagiosum е вообичаен кај деца, посебно кај оние со атопична сува кожа. Очигледно, развојот на специфичниот имунитет го превенира повторното појавување.
- Нема причина да се ограничат контактите со други деца поради еден вообичаен вирус и детето нормално може да посетува градинка или училиште.
- Понекогаш се појавуваат папули кај возрасни. Појавата на многубројни папули може да биде знак за имунодефициенција (на пример, ХИВ инфекција).

ДИЈАГНОСТИКА

- Типичните лезии се претставени како мали папули (неколку мм) со вдлабнување во центарот кои не предизвикуваат никакви проблеми што се однесува на диференцијалната дијагноза, особено кога се во голем број.
- Во многу раниот стадиум може да отсуствуваат типични карактеристики, така што тешко може да се идентификува солитарна папула. Кај возрасен пациент може да личи на ран базоцелуларен карцином или на хиперплазија на себацеалните жлезди.

ТЕРАПИЈА

- Активен третман на првите неколку папули може да го стопира ширењето на болеста. Наједноставен третман е кинење на папулата со специјален форцепс, игла или кирета. Кај исплашени деца, 20-30 минути пред процедурата се аплицира крем lidocaine/prilocaine кој обезбедува адекватна анестезија (нид-**B**)[1]. Негова апликација на поголеми површини на кожата не се препорачува.
- Криотерапија со течен азот е ефикасна, но не и безболна.
- Ако механичкиот третман кај дете не може да се спроведе без настојување, подобро да се чека на спонтано оздравување.

[1] нид – ниво на доказ

- Кај возрасни адекватен е третманот киретажа без анестезија. Треба да се внимава на можноста за ХИВ инфекција.
- Општа анестезија не е индицирана за третман на лезиите. Терапија на атопична егзема со кортикостероиди и емолиенти со истовремена појава на лезии на molluscum contagiosum не го компромитира заздравувањето на лезиите и воедно му помага на пациентот.

КОМПЛИКАЦИИ

- Ако лезиите се иритираат и околу нив се развие егзема, веројатна причина е појавата на имун одговор, а не бактериска инфекција.
- Ако се развие пиодермија треба да се третира со антибиотици. Во практиката ретко се гледа вистинска пиодермија.

ИНДИКАЦИИ ЗА СПЕЦИЈАЛИСТИЧКА КОНСУЛТАЦИЈА

- Не постои реална индикација за специјалистичка консултација. Општиот доктор може да ги третира сите лезии.

РЕФЕРЕНЦИ

1. de Waard van der Spek FB, Oranje AP, Lillieborg S, Hop WC, Stolz E. Treatment of molluscum contagiosum using a lidocaine/prilocaine cream (EMLA) for analgesia. J Am Acad Dermatol 1990;23:685-8
2. Pekka Autio, Article ID: ebm00277 (013.031), © 2009 Duodecim Medical Publications Ltd

Последен пат прегледано за ажурирање на 25.4.2013 • Последна промена 7.12.2009

Article ID: ebm00277 (013.031)© 2014 Duodecim Medical Publications Ltd

1. **EBM Guidelines, 25.4.2013, www.ebm-guidelines.com**
2. **Нема промени во упатството до 2014 година**
3. **Упатството треба да се ажурира по 2 години**
4. **Предвидено следно ажурирање во 2016 година**

Упатството го ажурирал: И. Стојковски
Координатор: Проф. Др. К. Зафировска

1419.

Врз основа на член 27 став (1) од Законот за здравствената заштита („Службен весник на Република Македонија“ број 43/12, 145/12, 87/13, 164/13, 39/14, 43/14, 132/14, 188/14 и 10/15), министерот за здравство донесе

У П А Т С Т В О
ЗА МЕДИЦИНСКОТО ЗГРИЖУВАЊЕ ПРИ ХИЕЛИТ

Член 1

Со ова упатство се утврдува медицинското згрижување при хиелит.

Член 2

Начинот на медицинското згрижување при хиелит е даден во прилог, кој е составен дел на ова упатство.

Член 3

Здравствените работници и здравствените соработници ја вршат здравствената дејност на медицинското згрижување при хиелит по правило согласно ова упатство.

По исклучок од став 1 на овој член, во поединечни случаи по оценка на докторот може да се отстапи од одредбите на ова упатство, со соодветно писмено образложение за причините и потребата за отстапување и со проценка за натамошниот тек на згрижувањето, при што истото од страна на докторот соодветно се документира во писмена форма во медицинското досие на пациентот.

Член 4

Со денот на влегувањето во сила на ова упатство престанува да важи Упатството за практикување на медицина заснована на докази при хеилитис во дерматологијата („Службен весник на Република Македонија“ бр. 14/13).

Член 5

Ова упатство влегува во сила наредниот ден од денот на објавувањето во „Службен весник на Република Македонија“.

Бр. 17-2311/1
27 февруари 2015 година
Скопје

Министер,
Никола Тодоров, с.р.

Прилог

ХЕИЛИТ

МЗД Упатства
28.5.2013 • Последни промени 8.4.2009
Tuula Salo and Maria Siponen

- **Ангуларен хеилит кај повозрасни лица**
- **Ангуларен хеилит кај деца**
- **Други форми на хеилит**

АНГУЛАРЕН ХЕИЛИТ КАЈ ПОВОЗРАСНИ ЛИЦА

- Често е асоциран со губење на забите, лошо затворање на устата, што води до нагласување на кожните набори на аглите на устата. Константното слевање на плунка во кожните набори создава идеални услови за габични и бактериски инфекции.
- Кај 20% од случаите причинител е Candida albicans, кај 60% е комбинација на Candida albicans и Staphylococcus aureus и во 20% од случаите Staphylococcus aureus самостојно.
- Дефицитот на железо или Б-витамини предиспонира за развој на хеилит.
- Третман
  - Третман на предиспонирачките фактори (корекција на лошата дентална оклузија, корекција на дефицитот на железо или Б-витамини).
  - Комбинација на масти со hydrocortisone, natamycin и neomycin sulphate, комбинација на hydrocortisone и chlorhexidine, chlorhexidine гел.

АНГУЛАРЕН ХЕИЛИТ КАЈ ДЕЦА

- Обично е резултат на атописките дерматит, поретко е предизвикан од габична инфекција
- Хеилитот може да стане перзистентен, доколку кожата, која е инаку склона на алергии, постојано е во контакт со алергени од храна на пример, зеленчуци и овошје. Се препорачува една до две недели да не се даваат слатки.

ДРУГИ ФОРМИ НА ХЕИЛИТ

- Актиничен (соларен) хеилит е промена која е со зголемен ризик за појава на канцер на долната усна. Може да биде третиран со криотерапија со течен азот или со ласер
- M.Chron и ХИВ инфекцијата може да бидат асоцирани со хеилит.
- Види и за периорален дерматит

Последен преглед одобрен како ажуриран 28.5.2013 • Последни промени 8.4.2009
Article ID: ebm00154 (007.011)
© 2014 Duodecim Medical Publications Ltd

- **EBM Guidelines, 28.5.2013, http://www.ebm-guidelines.com**
- **Упатството треба да се ажурира еднаш на 4 години.**
- **Предвидено е следно ажурирање до мај 2017 година.**

Упатството го ажурирал: И. Стојковски
Координатор: Проф. Др. К. Зафировска

ДИГЕСТИВНА ХИРУРГИЈА

1420.

Врз основа на член 27 став (1) од Законот за здравствената заштита („Службен весник на Република Македонија“ број 43/12, 145/12, 87/13, 164/13, 39/14, 43/14, 132/14, 188/14 и 10/15), министерот за здравство донесе

У П А Т С Т В О
ЗА МЕДИЦИНСКОТО ЗГРИЖУВАЊЕ ПРИ ПРЕГЛЕД НА ПАЦИЕНТ СО РЕКТАЛНО КРВАРЕЊЕ

Член 1

Со ова упатство се утврдува медицинското згрижување при преглед на пациент со ректално крварење.

Член 2

Начинот на медицинското згрижување при преглед на пациент со ректално крварење е даден во прилог, кој е составен дел на ова упатство.

Член 3

Здравствените работници и здравствените соработници ја вршат здравствената дејност на медицинското згрижување при преглед на пациент со ректално крварење по правило согласно ова упатство.

По исклучок од став 1 на овој член, во поединечни случаи по оценка на докторот може да се отстапи од одредбите на ова упатство, со соодветно писмено образложение за причините и потребата за отстапување и со проценка за натамошниот тек на згрижувањето, при што истото од страна на докторот соодветно се документира во писмена форма во медицинското досие на пациентот.

Член 4

Со денот на влегувањето во сила на ова упатство престанува да важи Упатството за практикување на медицина заснована на докази при преглед на пациент со ректално крвавење („Службен весник на Република Македонија“ бр. 50/14)..

Член 5

Ова упатство влегува во сила наредниот ден од денот на објавувањето во „Службен весник на Република Македонија“.

Бр. 17-2357/1
27 февруари 2015 година
Скопје

Министер,
Никола Тодоров, с.р.

Прилог

ПРЕГЛЕД НА ПАЦИЕНТ СО РЕКТАЛНО КРВАВЕЊЕ

МЗД Упатства
31.05.2013 • Последна промена на 31.05.2013
Matti V. Kairaluoma

- Општи правила
- Анамнеза
- Физикален преглед
- Понатамошни испитувања

ОПШТИ ПРАВИЛА

- Под ректално крвавење се подразбира присуство на свежа или коагулирана крв во фецесот или крвавење сврзано со дефекација.
- Бојата на фецесот може да биде нормална, наспроти тоа, кога станува збор за мелена, столицата е црна како катран и често може да се види при цекално крвавење.
- Идентификувајте го местото и причината за крвавењето, при што е најважно да се разграничи дали тоа потекнува од аналниот канал или од проксималниот колон. Првото би се решавало локално, а во вториот случај е потребен глобален пристап.
- Идентификувајте ги пациентите со тумор, инфламаторна цревна болест или друга причина за којашто е потребен специфичен третман.
- Идентификувајте ги пациентите со хемороиди, анални фисури, ексоријација на аналната кожа или други состојби кои можат да се третираат симптоматски.

АНАМНЕЗА

Типови на ректално крвавење

- Дали крвавењето е асоцирано со дефекација или не?
- Дали крвта е свежа (светло црвена), коагулирана или темна?
- Дали крвавењето се гледа?
  - На тоалетната хартија (надворешни или пролабирани хемороиди, анална фисура или екскоријација).
  - Капе во тоалетната вода (внатрешни хемороиди).
  - На површината на столица (тумор).
- Каква е бојата и конзистенција на столиците?
- Постојат ли други симптоми асоцирани со крвавењето?
  - Анална болка (анална фисура)?
  - Абдоминална болка или тенезми (тумор, воспаление на цревото)?

Други податоци од анамнезата

- Прашајте за тресењето, фреквенцијата и евентуална егзацербација на симптомите.
- Дали перисталтиката на цревата е нормална? Дали има промени во празнењето?
- Има ли други симптоми (абдоминални или системски, губиток на тежина)?
- Претходни иследувања или хируршки интервенции?
- Дали пациентот употребува нестероидни антинфламаторни лекови или антикоагуланти?
- Дали пациентот има анамнеза за болести на хепарот или цревата?
- Колоректален карцином во семејството?

ФИЗИКАЛЕН ПРЕГЛЕД

- Палпација и аускултација на абдоменот (осетливост?).
- Инспекција на анусот: фисура, набор стражар, рагади, фистулозни отвори.
- Дијагностицирање на евентуален мукозен и ректален пролапс, се шират аналните набори, а пациентот прави напон како при дефекација.
- Ректално туше: тонус на анален сфинктер, фисура, анални крипти, ампуларна мукоза, простата, боја на столица.
- Проктоскопија кај хемороиди: големина, површина, тенденција за пролапс (применете блага компресија на хемороидите додека пациентот напнува и бавно се извлекува проктоскопот).

ПОНАТАМОШНИ ИСПИТУВАЊА

- Секогаш идентификувајте го потеклото на ректалното крвавење.
- Ако е дијагностицирана фисура кај млад пациент (под 50 години), доволно е таа да се третира и да се следи. Кај сите други пациенти да се направи барем сигмоидоскопија за да се испита детално причината за крвавењето, дури и кога изгледа дека крвавењето е предизвикано од хемороиди.
- Кај сите пациенти над 50 години се препорачува колоноскопија за да се исклучи малигна болест.

Автор: Matti V. Kairaluoma Претходен автор: Jukka-Pekka Mecklin; Последен преглед за ажурирање 31.05.2013 • Последна промена 31.05.2013 Article ID: ebm00178(008.050)©2014 Duodecim Medical Publications Ltd

1. **EBM Guidelines 31.05.2013 www.ebm-guidelines.com**
2. **Упатството треба да се ажурира еднаш на 3 години.**
3. **Предвидено е следно ажурирање до јуни 2016 година.**

Ажурирал: Проф. д-р Миле Петровски
Координатор: Проф. д-р Катица Зафировска

1421.

Врз основа на член 27 став (1) од Законот за здравствената заштита („Службен весник на Република Македонија“ број 43/12, 145/12, 87/13, 164/13, 39/14, 43/14, 132/14, 188/14 и 10/15), министерот за здравство донесе

У П А Т С Т В О
ЗА МЕДИЦИНСКОТО ЗГРИЖУВАЊЕ ПРИ БОЛЕСТИ КОИ ПРЕДИЗВИКУВААТ РЕКТАЛНО КРВАРЕЊЕ

Член 1

Со ова упатство се утврдува медицинското згрижување при болести кои предизвикуваат ректално крварење.

Член 2

Начинот на медицинското згрижување при болести кои предизвикуваат ректално крварење е даден во прилог, кој е составен дел на ова упатство.

Член 3

Здравствените работници и здравствените соработници ја вршат здравствената дејност на медицинското згрижување при болести кои предизвикуваат ректално крварење по правило согласно ова упатство.

По исклучок од став 1 на овој член, во поединечни случаи по оценка на докторот може да се отстапи од одредбите на ова упатство, со соодветно писмено образложение за причините и потребата за отстапување и со проценка за натамошниот тек на згрижувањето, при што истото од страна на докторот соодветно се документира во писмена форма во медицинското досие на пациентот.

Член 4

Со денот на влегувањето во сила на ова упатство престанува да важи Упатството за практикување на медицина заснована на докази при болести кои предизвикуваат ректално крвавење („Службен весник на Република Македонија“ бр. 50/14).

Член 5

Ова упатство влегува во сила наредниот ден од денот на објавувањето во „Службен весник на Република Македонија“.

Бр. 17-2356/1
27 февруари 2015 година
Скопје

Министер,
Никола Тодоров, с.р.

Прилог

БОЛЕСТИ КОИ ПРЕДИЗВИКУВААТ РЕКТАЛНО КРВАВЕЊЕ

МЗД Упатства
31.05.2013 • Последна промена на 31.05.2013

Matti V. Kairaluoma

- Анална фисура
- Хемороиди
- Крвавење од дивертикули
- Крвавење од ангиодисплазија
- Инфламаторни цревни болести
- Ректално крвавење, асоцирано со тумор
- Исхемичен колитис

АНАЛНА ФИСУРА

- Види: Анална фисура
- Честа кај млади и средновечни кај кои тонусот на аналниот сфинктер е висок.
- Болката при дефекација е иницијален симптом. Како што фисурата станува хронична, така болката трае од еден до два часа по дефекацијата.
- Светла крв се забележува на тоалетната хартија.
- Фисурата се наоѓа обично на дорзалната страна од аналниот канал. Аберантна локација на фисурата (надвор од средна линија), мултипни, туку речи асимптоматски фисури и мацериран анус може да сугерираат на Кронова болест. Други причини за фисури се анални неоплазми, леукемија, лимфоми, полово преносливи болести, туберкулоза.

Иследувања

- Ако млад адулт има наоди конзистентни на симптомите, доволен е внимателен надворешен преглед на анусот. Ширење на надколениците често е доволно за преглед.

Третман

- Види: Анална фисура

ХЕМОРОИДИ

- Види: Хемороиди
- Хемороидите се таканаречени перничиња на анални сфинктери, кои содржат крвни садови и сврзно ткиво. Тие се нормална структура на аналниот канал.
- Напнувањето предизвикува конгестија која што ги дилатира хемороидите и повремено резултира со нивен пролапс надвор од аналниот канал.
- Конгестиран хемороид може да крвави за време на дефекација, доколку постои раскин на мукозата. Крвавењето е асоцирано со напон при дефекација, а светлата крв капе или прска и ја менува бојата на водата во тоалетот. Пролабирани (градус III и IV) хемороиди можат да крваваат под дејство на триење и во други прилики.
- Други симптоми асоцирани со хемороидите се перианална иритација, јадеж којшто е резултат на мукозното празнење, поврзано со пролапсот. Само инкарцерирани или тромбозирани хемороиди предизвикуваат болка. Хемороидите можат да предизвикаат неконтролирана столица како резултат на некомплетно затворање на аналниот канал поради нивниот едем.

Испитувања

- Хемороидите се дијагностицираат со проктоскопија, но, сепак, кај сите пациенти со ректално крвавење препорачливо е да се направи барем сигмоидоскопија. Ендоскопија треба да се направи и кај пациенти без ректално крвавење, но со анамнеза и наоди коишто не се типични. Доколку пациентот е на возраст над 50 години, треба да се направи колоноскопија или иригографија за да се исклучи карцином, дури и ако хемороидите се очигледно присутни.

Третман

- Види: Хемороиди

КРВАВЕЊЕ ОД ДИВЕРТИКЛИ

- Една од најчестите причини за ректална хеморагија кај возрасни пациенти. Дијагнозата се поставува per exclusionem (со исклучување на други причини за крварење). Местото на крвавењето ретко се гледа.
- Крвавењето потекнува од артерија или артерио-венска малформација, при што може да биде обилно и да предизвика крвав пролив, а понекогаш и шок.

КРВАВЕЊЕ ОД АНГИОДИСПЛАЗИЈА

- Ангиодисплазиите се субмукозни артерио-венозни малформации кои што се наоѓаат предоминантно кај старите. Потеклото е непознато. Крвавењето може да биде профузно или бавно, па може да предизвика анемија, потреба од трансфузии или хируршка интервенција.

Третман

- Корегирај хиповолемија
- Локализирајте
- Корегирајте коагулопатија
- Само со оваа терапија крвавењето ќе престане кај 80-90% од пациентите.
- Понатамошниот нехируршки третман вклучува венски или артериски питресин, емболизација, ендоскопска коагулација и, најпосле, хируршка ресекција.

ИНФЛАМАТОРНИ ЦРЕВНИ БОЛЕСТИ

- Види: Хронични цревни болести
- Кај овие болести крвавењето и/или дијарејата се асоцирани со егзацербација на болеста. Претходно дијагностицирана болест или претходни симтоми со потекло од цревата се најважни анамнестички факти.
- Дијагнозата се поставува најчесто со сигмоидоскопија. Во помалку акутни ситуации, со колоноскопија, а, во поургентни ситуации со скен со радио-маркирани леукоцити.
- Третманот е медикаментозен, доколку е потребно со корекција на општата состојба и парентерална нутриција.
  - Фулминантен колитис резистентен на друг третман треба да се третира хируршки.

РЕКТАЛНО КРВАВЕЊЕ АСОЦИРАНО СО ТУМОР

- Посомневајте се на тумор кај сите пациенти на возраст над 50 години, со крв или примеси на крв во фецесот или, пак, кај млади индивидуи со спонтан губиток на телесната тежина, позитивна фамилијарна анамнеза или позитивен наод на абдоменот при физички преглед.
- Фецес во форма на лента, абдоминална болка, палпабилен тумор, губиток на телесната тежина и симптоми на интестинална опструкција се алармантни знаци.
- Метод на избор кога е суспектен колоректален карцином е колоноскопија.

ИСХЕМИЧЕН КОЛИТИС

- Исхемичниот колитис е слабо окарактеризирана болест, којашто причинува крвави проливи кај постари индивидуи.
- Постариот пациент типично има позитивна анамнеза за кардиоваскуларна болест.
- Атаката почнува со абдоминална болка, следена со крвав пролив. Постои крвав пролив и палпабилна осетливост над афектираниот дел од цревото. Крвавењето е ретко толку профузно за да е потребна трансфузија од крв. Ризикот од исхемичен колитис е најголем во првите неколку постоперативни дена по репарација на аневризма на абдоминална аорта.
- Може да се дијагностицира со колоноскопија. Диференцијалната дијагноза треба да вклучи псевдомембранозен колит и инфективни ентеритиси, особено кај помлади пациенти.

Третман

- Одржување на витални функции, рехидратација
- Локализација
- Оптимизирање на мезентеричниот крвен проток: ова обично значи прекинување на третманот со дигиталис и други медикаменти кои што можат да причинат мезентеричен спазам.
- Ендоскопијата е најважната дијагностичка метода.
- КТ ангиографија може да се употреби за да се локализира акутното профузно крварење. Кога ќе се локализира местото на крварење може ангиографски да се сопре крварењето.
- Внимателно следење на присуството на знаци кои укажуваат на трансмурална исхемија и некроза, состојби што бараат ургентна хируршка интервенција.
- Ендоскопија со капсула може да се употреби во случаи кога постои крварење во тенкото црево.

Автор: Matti V. Kairaluoma Претходен автор: Jukka-Pekka Mecklin; Последен преглед за ажурирање 31.05.2013 • Последна промена 31.05.2013 Article ID: ebm00179(008.051)©2014 Duodecim Medical Publications Ltd

1.EBM Guidelines 31.05.2013 www.ebm-guidelines.com
2.Упатството треба да се ажурира еднаш на 3 години.
3.Предвидено е следно ажурирање до 2016 година.

Ажурирал: Проф. д-р Миле Петровски
Координатор: Проф. д-р Катица Зафировска

1422.

Врз основа на член 27 став (1) од Законот за здравствената заштита („Службен весник на Република Македонија“ број 43/12, 145/12, 87/13, 164/13, 39/14, 43/14, 132/14, 188/14 и 10/15), министерот за здравство донесе

У П А Т С Т В О
ЗА МЕДИЦИНСКОТО ЗГРИЖУВАЊЕ ПРИ КОЛОРЕКТАЛЕН КАРЦИНОМ

Член 1

Со ова упатство се утврдува медицинското згрижување при колоректален карцином.

Член 2

Начинот на медицинското згрижување при колоректален карцином е даден во прилог, кој е составен дел на ова упатство.

Член 3

Здравствените работници и здравствените соработници ја вршат здравствената дејност на медицинското згрижување при колоректален карцином по правило согласно ова упатство.

По исклучок од став 1 на овој член, во поединечни случаи по оценка на докторот може да се отстапи од одредбите на ова упатство, со соодветно писмено образложение за причините и потребата за отстапување и со проценка за натамошниот тек на згрижувањето, при што истото од страна на докторот соодветно се документира во писмена форма во медицинското досие на пациентот.

Член 4

Со денот на влегувањето во сила на ова упатство престанува да важи Упатството за практикување на медицина заснована на докази при колоректален карцином („Службен весник на Република Македонија“ бр. 50/14)..

Член 5

Ова упатство влегува во сила наредниот ден од денот на објавувањето во „Службен весник на Република Македонија“.

Бр. 17-2355/1
27 февруари 2015 година
Скопје

Министер,
Никола Тодоров, с.р.

Прилог

КОЛОРЕКТАЛЕН КАРЦИНОМ

МЗД Упатства
03.09.2010
Kai Klintrup

- Класификација и прогноза
- Ризици за рекурентност
- Радиотерапија и антинеопластични лекови
- Наследност
- Поврзани докази

КЛАСИФИКАЦИЈА И ПРОГНОЗА

- TNM класификацијата е најегзактна. TNM стадиумите често се комбинираат за да кореспондираат на класичната Dukes-ова класификација. Класификацијата е базирана врз преглед на целиот хируршки препарат и на лимфните јазли, заедно со метастазите кои биле идентификувани за време на операцијата или за време на иследувањата. Бројот на прегледантите лимфни јазли има прогностичка вредност (се препорачуваат повеќе од 12-15 лимфни јазли).
- Прогнозата и веројатноста за рекурентност на карциномот може грубо да се процени со користење на Dukes-овите класи и степените на диференцијација на туморите (слабо, средно, високо диференциран). Во блиска иднина, додатна помош се очекува од молекуларна детекција на микрометастази.
- Види Табела 1.

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

Класа по Dukes	Стадиум	Процент од вкупниот број	5- годишно преживување
A	Ограничен на мукоза (T1 N0 M0)	20-25%	> 90%
B	Инвадира мускулен слој (T2-3 N0 M0)	40-45%	60-70%
C	Метастази во лимфните јазли (T1-3 N1 M0)	15-20%	35-45%
D	Далечни метастази или резидуален тумор (T4 или T1-3 M1)	20-30%	0-5%
Од сите пациенти (во најдобрите серии)			60 %

РИЗИЦИ ЗА РЕКУРЕНТНОСТ

- Dukes A тумор, ако исправно е степенуван, не е рекурентен.
- Добро диференциран Dukes B ретко, слабо диференцирани тумори се рекурентни почесто.
- Добро диференциран Dukes C со метастази во лимфните јазли близу до туморот (Dukes C1) може перманентно да се излечи.
- Слабо диференциран Dukes C со метастази близу до рабовите на ресецираниот мезентериум (Dukes C2) е скоро секогаш рекурентен.
- Dukes D тумор може да се излечи перманентно само доколку е присутна солитарна црнодробна метастаза која може да се отстрани хируршки. Прогнозата на овие пациенти е идентична со просечната прогноза кај сите пациенти со колоректален карцином.

РАДИОТЕРАПИЈА И АНТИНЕОПЛАСТИЧНИ ЛЕКОВИ

- Адјувантната антинеопластична терапија ја подобрува прогнозата кај пациенти со Dukes C тумори (ннд[1]-А). Радиотерапијата и цитостатиците можат да ја намалат големината на солитарната метастаза времено (делумен одговор), но без хируршко отстранување на метастазата преживувањето не може сигнификантно да се зголеми.
- Според одделни студии, преоперативната радиотерапија или хемотерапија даваат целосен одговор во 10-20% од случаите (во препаратот не е најдено туморско ткиво), ја намалува локалната рекуренција и ја подобрува прогнозата. Радиотерапијата може да ја намали големината на инвазивниот тумор и да овозможи хируршка ресекција. Радиотерапија, од друга страна, има несакани ефекти кои го намалуваат квалитетот на животот на долг рок (ннд-В).

НАСЛЕДНОСТ

- 1-5% од сите пациенти со колоректален карцином припаѓаат на семејства каде карциномот се наследува доминантно.
- Млада возраст и/или колоректален карцином во семејството сугерира хередитарност.
- Генетската основа на фамилијарниот колоректален карцином е утврдена, можат да се направат иследувања за да се идентификува предиспонирачкиот генетски дефект преку имунохистохемиски анализи за HNPCC (хередитарен неполипозен колоректален карцином).
- За да се идентификуваат индивидуите што се високоризични да развијат карцином, треба да се инсистира на фамилијарна анамнеза (дали родителите, браќата или сестрите имале карцином).

ПОВРЗАНИ ДОКАЗИ

КОХРАНОВИ ПРЕГЛЕДИ

- Постоперативната адјувантна хемотерапија го подобрува периодот без прогресија кај пациенти со ректален карционом и без предоперадитва радиотерапија. Достапните докази не дефинираат кога ефикасноста на овој третман е поголема во одредени TNM степени (ннд-В).
- Хемотерапијата го продолжува периодот без прогресија и вкупното преживување, во споредба со најдобрата супортатаивна терапија кај пациентите со напреднат или метастатски колоректален карцином (ннд-А).
- Не постојат едногласни докази дека квалитетот на живот по сфинктерпрезервирачка предна ресекција за ректален карцином е подобар, во споредба со абдоминоперинеална ресекција со колостома (ннд-D).
- Лапароскопската колоректална ресекција, во споредба со конвенционалната ресекција, има клинички релевантни предности кај селектирани пациенти при традиционален периоперативен третман (ннд-В).
- Хемотерапија преку хепаталната артерија по хируршка ресекција на хепарот за црнодробни метастази кои потекнуваат од колоректален карцином може да го подобри преживувањето (ннд-С).
- Колоанална реконструкција со колоничен J пауч по ниска предна антериорна ресекција за ректален карцином дава подобра функција на цревото до 18 месеци постоперативно и сличен процент на постоперативни компликации, во споредба со директна колоанална анастомоза (ннд-В).
- Пре и пери-оперативна употреба на еритропоетин, веројатно, не ги намалува трансфузиите на крв при операции поради колоректален карцином, иако доказите се инсуфициентни (ннд-D).

[1] ннд – ниво на доказ

- Во споредба со преоперативна радиотерапија, преоперативната хеморадијација може да не го зголеми вкупното преживување или периодот без болест, иако го зголемува патолошкиот одговор и ја подобрува локалната контрола кај ресектавилни стадиуми II и III ректални карциноми. Ефектите од периоперативна хеморадиотерапија на функционалните резултати и квалитет на живот не се комплетно разбрани (ннд-C).
- Хемотерапијата од втора линија е ефективна во продолжувањето на времето до прогресија и преживувањето кај пациентите со напреднат колоректален карцином (ннд-A).
- Bevacizumab во комбинација со хемотерапија го продолжува периодот без прогресија и вкупното преживување на пациентите со метастаски колоректален карцином, во споредба само со хемотерапија (ннд-A).
- Хипертермијата, веројатно, има дополнителен ефект заедно со радиотерапијата во третманот на напреднат ректален карцином, иако доказите се инсуфициентни. Не е познато дали овој ефект е јак како комбинацијата на хемотерапија и радиотерапија (ннд-D).
- Инфузија на хепаталната артерија со флуоропиримидин во третманот на пациентите со нересектабилни метастази во црниот дроб од колоректален карцином веројатно не го зголемува преживувањето, во споредба со системската хемотерапија со флуоропиримидин, иако доказите се инсуфициентни (ннд-D).
- Постојат инсуфициентни докази за бенефитите и за негативните страни на селективна интерна радиотерапија во дополнение на хемотерапија кај пациенти со колоректален карцином и црнодробни метастази (ннд-D).
- Пократко траење (3-6 месеци) на адјувантна хемотерапија за неметастаски колоректален карцином не е сврзано со полошо преживување без релапс и вкупното преживување, во однос на подолготрајната хемотерапија (9-12 месеци) (ннд-A).
- Хемотерапијата (единечна и комбинирана) го продолжува преживувањето без прогресија и вкупното преживување кај сите пациенти со напреднат или метастатски колоректален карцином, во споредба со најдобрата супортативна терапија (ннд-A).

ДРУГИ ПОВРЗАНИ ДОКАЗИ

- Инфузија на порталната вена со 5-флуороурацил може да предизвика апсолутно подобрување во 5- годишното преживување за околу 5% (ннд-C).
- Хормоналната терапија го намалува ризикот од колоректален карцином (ннд-A).
- Генетското тестирање за хередитарен неполипозен колоректален карцином може да го намали бројот на колонскопите и да помогне вниманието да се насочи кон следење на високоризичните популации (ннд-C).

РЕФЕРЕНЦИ

1. Cunningham D, Atkin W, Lenz HJ, Lynch HT, Minsky B, Nordlinger B, Starling N. Colorectal cancer. Lancet 2010 Mar 20;375(9719):1030-47. PubMed
2. Ballinger AB, Anggiansah V. Colorectal cancer. BMJ 2007; 335:715-71
3. Figuerdo ym. Clin Oncol 2004;16:3395-407 tai Gill S ym Pooled analysis of fluorouracil-based adjuvant therapy for stage II and III colon cancer: who benefits and how much? J Clin Oncol 2004;10:1797-806.
4. Folkesson J, Birgisson H, Påhlman L, Cedermark B, Glimelius B, Gunnarson U. Swedish rectal cancer trial: long lasting benefits from radiotherapy on survival and local recurrence rate. J Clin Oncol 2005, 235644-50.
5. Bosset JF, Collette L ym. Chemotherapy with preoperative radiotherapy in rectal cancer. N Engl J Med 2006, 355:1114-23.
6. Gerard JP, Conroy T ym. Preoperative radiotherapy with and without concurrent fluorouracil and leucovorin in T3-4 rectal cancers: Results of FFCD9203. J Clin Oncol 2006; 24:4620-25.

Автор: Kai Klintrup Претходен автор:Jukka-Pekka Mecklin Article ID: ebm00197 (008.070) © 2014 Duodecim Medical Publications Ltd

1. **EBM Guidelines 03.09.2010 www.ebm-guidelines.com**
2. **Упатството треба да се ажурира еднаш на 6 години.**
3. **Предвидено е следно ажурирање до 2016 година.**

Ажурирал: Проф. д-р Миле Петровски
Координатор: Проф. д-р Катица Зафировска

1423.

Врз основа на член 27 став (1) од Законот за здравствената заштита („Службен весник на Република Македонија“ број 43/12, 145/12, 87/13, 164/13, 39/14, 43/14, 132/14, 188/14 и 10/15), министерот за здравство донесе

У П А Т С Т В О
ЗА МЕДИЦИНСКОТО ЗГРИЖУВАЊЕ ПРИ ИНТЕСТИНАЛНА ОПСТРУКЦИЈА, ПАРАЛИТИЧКИ ИЛЕУС И ПСЕВДО-ОПСТРУКЦИЈА

Член 1

Со ова упатство се утврдува медицинското згрижување при интестинална опструкција, паралитички илеус и псевдо-опструкција.

Член 2

Начинот на медицинското згрижување при интестинална опструкција, паралитички илеус и псевдо-опструкција е даден во прилог, кој е составен дел на ова упатство.

Член 3

Здравствените работници и здравствените соработници ја вршат здравствената дејност на медицинското згрижување при интестинална опструкција, паралитички илеус и псевдо-опструкција по правило согласно ова упатство.

По исклучок од став 1 на овој член, во поединечни случаи по оценка на докторот може да се отстапи од одредбите на ова упатство, со соодветно писмено образложение за причините и потребата за отстапување и со проценка за натамошниот тек на згрижувањето, при што истото од страна на докторот соодветно се документира во писмена форма во медицинското досие на пациентот.

Член 4

Со денот на влегувањето во сила на ова упатство престанува да важи Упатството за практикување на медицина заснована на докази при интестинална опструкција, паралитички илеус и псевдоопструкција („Службен весник на Република Македонија“ бр. 50/14)..

Член 5

Ова упатство влегува во сила наредниот ден од денот на објавувањето во „Службен весник на Република Македонија“.

Бр. 17-2354/1
27 февруари 2015 година
Скопје

Министер,
Никола Тодоров, с.р.

Прилог

ИНТЕСТИНАЛНА ОПСТРУКЦИЈА, ПАРАЛИТИЧКИ ИЛЕУС И ПСЕВДО-ОПСТРУКЦИЈА

МЗД Упатства
30.12.2013 • Последна промена на 30.12.2013

Jyrki Mäkelä

- Основни правила
- Етиологија
- Симптоми и знаци
- Испитувања
- Третман

ОСНОВНИ ПРАВИЛА

- Идентификувајте и третирајте механички илеус веднаш. Третманот на странгулациите е особено ургентен, видете акутен абдомен.
- Кај паралитичен илеус почнете со конзервативен третман што поскоро.
- Третирајте псевдо-опструкција со отстранување на гас или со неостигмин.

ЕТИОЛОГИЈА

Механичка опструкција

- Адхезии по абдоминални операции.
- Тумор во ГИТ (особено колоректален карцином).
- Инкарцерирана хернија.
- Дивертикулит.
- Волвулус.
- Инфламаторна стриктура (Кронова болест, рекурентен дивертикулит).
- Инвагинација.
- Фекална импакција (често), безоар предизвикан од храна, билијарен калкул (ретко).
- Странгулација (ротација на цревото ја стопира локалната циркулација).

Паралитички илеус

- По операција, делумна парализа
    - Современ став е да се започне ентерална нутриција брзу по операцијата.
- Тешка системска болест (пр. инфекција, посебно септикемија).
- Тешка травма.
- Перзистентна констипација кај постарите може да ги има карактеристиките и на механичка опструкција и на паралитички илеус.
- Возможни етиолошки фактори се: труење, невролошки болести и метаболни нарушувања.

ПСЕВДО-ОПСТРУКЦИЈА НА КОЛОН (SINDROMA OGILVIE)

- Впечатлива дилатација и аерација на дебелото црево (мегаколон), може да биде асоцирана со која било болест која ја афектира општата состојба, операција или медикамент што го супримира интестиналниот мотилитет. Нема септички симптоми што сугерираат токсичен мегаколон.

СИМПТОМИ И ЗНАЦИ

Механичка опструкција

- Коликообразна абдоминална болка, на почетокот пароксизмална.
- Кај страгулацијата, болката станува континуирана, општата состојба на пациентот последователно се влошува и се развиваат симптоми на перитонеална дразба.
- Повраќањето е ран симптом кај проксималните опструкции, а доцен или отсутен кај опструкција на колон.
- Абдоминалната дистензија е маркантна кај опструкција на колон.
- Во фазата на колика, перисталтиката е забрзана и засилена.
- Подоцна, во фазата на илеус, цревната перисталтика е нечујна.

Паралитички илеус

- Се губи цревниот мотилитет (нема дефекација, нема гасови).
- Абдоменот се дистендира.
- Отсутна перисталтика.
- Понекогаш може да се чуе „преточување”, ако стомакот се поттурне од една страна на друга страна, додека пациентот лежи на грб.
- Нема болка или доколку има, таа е блага и дифузна, не коликообразна.

Псевдо-опструкција на колон

- Абдоменот е дистендиран, нема перисталтика, болката е блага.
- На нативната графија на абдоменот, колонот е дистендиран по цела негова должина без знаци на опструкција. Јасно инфективните симптоми укажуваат на токсичен мегаколон, кој, вообичаено, треба да се оперира ургентно.

ИСПИТУВАЊА

- Аускултирајте цревна перисталтика и палпирајте го абдоменот повторувачки (опсервирајте осетливост и претакање).
- Секогаш кога треба да се направи нативна графија на абдоменот, пациентот треба да е исправен или во декубитус положба (доколку е во лоша општа состојба).
  - Дистендирани, полни со воздух цревни вијуги или хидроаерични нивоа, ја потврдуваат дијагнозата и даваат увид во нивото на опструкција.
  - Голема количина на импактиран фецес често пати се гледа на нативната графија.
  - Секогаш барајте слободен воздух во абдоминалната празнина (под дијафрагмата на снимка во исправена положба). Детектиран слободен воздух е индикација за итна хируршка консултација.
- Кај паралитички илеус, доколку причината не е евидентна, спроведете тестови коишто би посочиле на постоењето на инфекција (CRP). Имајте ги на ум абдоминалните инфекции (панкреатит, холецистит).
- КТ на абдомен со контраст изведен во болнички услови помага во разликувањето помеѓу парцијална и потполна опструкција. Гастрографин ја стимулира перисталтиката и може да ја разреши парцијалната опструкција.

ТРЕТМАН

Избор на местото за третман

- Доколку постои сомневање за интестинална опструкција или илеус, пациентот треба да се евалуира во болница, со исклучок на констипацијата која може да се решава и амбулантски.
- Пациенти во добра општа состојба со паралитички илеус или лесна механичка опструкција можат да се третираат во установите од секундарна здравствена заштита, доколку етиологијата е позната (стари атхезии, констипација).

- Пациент со болна опструкција треба да се упати на хируршко одделение. Особено е важно препознавањето на страгулацијата, којашто може да предизвика перфорација на некротичното црево.
- Индикација за операција: високо сомнение за страгулација, волвулус, неразрешена интестинална опструкција, како и радиолошки наоди што побаруваат операција.

Флуидотерапија
- И механичкиот и паралитичкиот илеус се асоцирани со ретенција на течности во цревото и (во тешки случаи) во перитонеалната шуплина и резултираат со дехидратација и со губиток на соли.
  - Инфузија на изотоничен физиолошки раствор, иницијално 2000-4000 мл, потоа дозирано според циркулацијата, диурезата, знаците за дехидратација, серумските нивоа на натриум и калиум.

Празнење на цревото
- Кај паралитички илеус да не се дава перорално течност и храна, се додека опструкцијата не се повлече или додека не се воспостави цревниот мотилитет или да се јави чујна перисталтика.
- Назогастричната сонда е корисна кај проксимална опструкција, но не е неопходна кај паралитички илеус, доколку пациентот не повраќа.
- Изпразнете го цревото и отсранете го гасот со црево за ветрови, доколку абдоменот е дистендиран.
- Третманот на псевдо-опструкција на колонот се состои од декомпресија на колонот со црево за ветрови или, доколку е потребно, со сукција со колоноскоп (или сигмоидоскоп).
- 2 mg неостигмин интравенски е ефективен (ннд[1]- В), но треба да се внимава на третманот на евентуална брадикардија (чувајте атропин на дофат).
- Хируршкиот третман е контраиндициран кај псевдо-опструкцијата.

Каузален третман
- На пример, третман на инфекција кај паралитички илеус.
- Индикации за хируршко лекување на механичка опструкција: претечка страгулација, инкарцерирана хернија, радиолошки потврдена потполна опструкција, примарна болест која бара хируршко лекување (опструирачки тумор).

Автор: Jyrki Mäkelä Последен преглед за ажурирање 30.12.2013 • Последна промена 30.12.2013
Article ID: ebm00196 (008.081) © 2014 Duodecim Medical Publications Ltd

1.EBM Guidelines 30.12.2013 www.ebm-guidelines.com
2.Упатството треба да се ажурира еднаш на 3 години.
3.Предвидено е следно ажурирање до 2016 година.

Ажурирал: Проф. д-р Миле Петровски
Координатор: Проф. д-р Катица Зафировска

[1] ннд – ниво на доказ

1424.

Врз основа на член 27 став (1) од Законот за здравствената заштита („Службен весник на Република Македонија“ број 43/12, 145/12, 87/13, 164/13, 39/14, 43/14, 132/14, 188/14 и 10/15), министерот за здравство донесе

У П А Т С Т В О
ЗА МЕДИЦИНСКОТО ЗГРИЖУВАЊЕ ПРИ КАРЦИНОМ НА ПАНКРЕАС

Член 1

Со ова упатство се утврдува медицинското згрижување при карцином на панкреас.

Член 2

Начинот на медицинското згрижување при карцином на панкреас е даден во прилог, кој е составен дел на ова упатство.

Член 3

Здравствените работници и здравствените соработници ја вршат здравствената дејност на медицинското згрижување при карцином на панкреас по правило согласно ова упатство.

По исклучок од став 1 на овој член, во поединечни случаи по оценка на докторот може да се отстапи од одредбите на ова упатство, со соодветно писмено образложение за причините и потребата за отстапување и со проценка за натамошниот тек на згрижувањето, при што истото од страна на докторот соодветно се документира во писмена форма во медицинското досие на пациентот.

Член 4

Со денот на влегувањето во сила на ова упатство престанува да важи Упатството за практикување на медицина заснована на докази при карцином на панкреасот („Службен весник на Република Македонија“ бр. 50/14).

Член 5

Ова упатство влегува во сила наредниот ден од денот на објавувањето во „Службен весник на Република Македонија“.

Бр. 17-2353/1
27 февруари 2015 година
Скопје

Министер,
Никола Тодоров, с.р.

Прилог

КАРЦИНОМ НА ПАНКРЕАС

МЗД Упатства
17.05.2013 • Последна промена на 17.05.2013
PAuli PuolAkkAinen

- Основни правила
- Епидемиологија
- Симптоми и нивна зачестеност
- Дијагноза
- Третман
- Прогноза

ОСНОВНИ ПРАВИЛА

- Посомневајте се на карцином на панкреас кај пациент со:
  - Континуирани диспептички тегоби и необјаснив губиток на тежина.
  - Безболен иктерус.
- Имајте ја предвид можноста од карцином на панкреас кај пациенти со горноабдоминална болка, скорешен почеток на дијабет или акутен панкреатит.

ЕПИДЕМИОЛОГИЈА

- Аденокарциномот на панкреас е еден од десетте најчести карциноми.
- Ендокриниte тумори на панкреасните островца (инсулинома, гастринома, випома, глукагонома, карциноид) се многу ретки.

СИМПТОМИ И НИВНА ЗАЧЕСТЕНОСТ

- Губиток на телесната тежина 90%
- Дискомфорт во горниот дел од мевот, диспептички тегоби 80%
- Иктерус 55%
- Епигастрична болка со ирадијација кон грбот 30%
- Неодамнешен почеток на дијабет 30%
- Губиток на апетит 20%
- Малаксаност 15%
- Симптоми предизвикани од ендокрина активност на туморот

ДИЈАГНОЗА

- Рутинските лабораториски испитувања не се од помош во раното поставување на дијагнозата. Серумската алкална фосфатаза и глутамил трансвераза се најчесто елевирани.
- Сензитивноста и специфичноста на CA19-9 е околу 80% и овој тест може да се користи во испитувањето на аниктеричен пациент суспектен за карцином на панкреас.
- Ултрасонографија и компјутеризирана томографија (со тенки пресеци) се основни иследувања.
- ERCP, понекогаш ендоскопска ултрасонографија, PET-CT и дијагностичка лапароскопија се применуваат како понатамошни инвестигации.

ТРЕТМАН

- Предоперативно стентирање се користи за разрешување на иктерусот.
- Панкреатикодуоденална ресекција (Whipple процедура) може да се изведе доколку туморот не е проширен на околните ткива (ннд[1]- D). Возможно кај околу 20% од пациентите.
- Хемотерапијата и радиотерапијата на тумори што се проширале на околните ткива обезбедува палијативно олеснување кај 50% од пациентите, но само малку ја подобрува долгорочната прогноза.
- Резултатите од хемотерапија се незадоволителни.
- Палијативен хируршки бајпас на билијарниот или на дигестивниот тракт за да ги олесни симптомите на опструкција може да се направи, ако е неопходно.

ПРОГНОЗА

- Централизација на хируршкиот третман го подобрува исходот и долгорочната прогноза.
- Кај аденокарциномот петгодишното преживување е под 10%. Ако е возможен хируршки третман, прогнозата значително се подобрува.
- Повеќе од половина од пациентите со дуктален аденокарцином на панкреас умираат до 6 месеци од поставувањето на дијагнозата. Од друга страна 1од 8 пациенти третиран со радикална операција преживува повеќе од 10 години.
- Прогнозата за периампуларниот карцином е подобра (бидејќи дијагнозата порано се поставува).

Автор: PAuli PuolAkkAinen Последен преглед за ажурирање 17.05.2013 • Последна промена 17.05.2013; Article ID: ebm00211 (009.033) © 2014 Duodecim MedicAl PublicAtions Ltd

1.EBM Guidelines 17.05.2013 www.ebm-guidelines.com
2.Упатството треба да се ажурира еднаш на 3 години.
3.Предвидено е следно ажурирање до август 2016 година.

Ажурирал: Проф. д-р Миле Петровски
Координатор: Проф. д-р Катица Зафировска

[1] ннд – ниво на доказ

1425.

Врз основа на член 27 став (1) од Законот за здравствената заштита („Службен весник на Република Македонија“ број 43/12, 145/12, 87/13, 164/13, 39/14, 43/14, 132/14, 188/14 и 10/15), министерот за здравство донесе

У П А Т С Т В О
ЗА МЕДИЦИНСКОТО ЗГРИЖУВАЊЕ ПРИ АКУТЕН АБДОМЕН КАЈ ВОЗРАСНИ

Член 1

Со ова упатство се утврдува медицинското згрижување при акутен абдомен кај возрасни.

Член 2

Начинот на медицинското згрижување при акутен абдомен кај возрасни е даден во прилог, кој е составен дел на ова упатство.

Член 3

Здравствените работници и здравствените соработници ја вршат здравствената дејност на медицинското згрижување при акутен абдомен кај возрасни по правило согласно ова упатство.

По исклучок од став 1 на овој член, во поединечни случаи по оценка на докторот може да се отстапи од одредбите на ова упатство, со соодветно писмено образложение за причините и потребата за отстапување и со проценка за натамошниот тек на згрижувањето, при што истото од страна на докторот соодветно се документира во писмена форма во медицинското досие на пациентот.

Член 4

Со денот на влегувањето во сила на ова упатство престанува да важи Упатството за практикување на медицина заснована на докази при акутен абдомен („Службен весник на Република Македонија“ бр. 50/14).

Член 5

Ова упатство влегува во сила наредниот ден од денот на објавувањето во „Службен весник на Република Македонија“.

Бр. 17-2352/1
27 февруари 2015 година
Скопје

Министер,
Никола Тодоров, с.р.

Прилог

АКУТЕН АБДОМЕН КАЈ ВОЗРАСНИ

МЗД Упатства
27.12.2013 • Последна промена на 27.12.2013
Jyrki Mäkelä

- Основни правила
- Состојби кои бараат итен третман
- Етиологија на акутниот абдомен
- Испитувања
- Итен третман
- Поврзани извори

ОСНОВНИ ПРАВИЛА

- Решавањето за ургентноста на третманот е поважно од поставувањето на точна дијагноза.
- Прво што треба да се направи е да се реши дали пациентот треба да се врати дома или да се упати на болничко лекување за понатамошни испитувања или итна операција инвестигации.
- Состојбата, често, брзо се влошува и може да бидат загрезени виталните функции.

СОСТОЈБИ КОИ БАРААТ ИТЕН ТРЕТМАН

- Руптура на аневризма на абдоминална аорта
- Перитонитис
  - Не мора да се инсистира на точна предоперативна дијагноза. Таа може да се утврди и интраоперативно. Одложувањето резултира со зголемување на компликациите и морталитетот. Во нејасни случаи треба да се размислува за примена на КТ на абдомен.
- Интестинална опструкција
  - Суспектна опструкција, придружена со постојана абдоминална болка, може да биде знак за странгулација и треба веднаш да се оперира.
- Абдоминални „катастрофи"
  - Влошување на општата состојба, намалена диуреза и акутна конфузија, сугерираат на абдоминална катастрофа. На пр., кај панкреатитот овие индиректни знаци се поважни од локалните симптоми кои што може да дадат погрешна слика. Да се посвети внимание на можен развој на абдоминална сепса или крвавење.
  - Акутна инетестинална исхемија од емболус создаден од атријална фибрилација или како последица на кардијална хирургија. Осетливоста при палпација може да не кореспондира со болката.
- Дехидратација и губиток на електролити
  - Акутниот абдомен може бргу да доведе до дехидратација и губиток на електролити. Потребна е корекција на оваа состојба пред предвидената операција.

ЕТИОЛОГИЈА НА АКУТЕН АБДОМЕН

- Хируршки причини, види Табела 1.
- Гинеколошки причини, види Табела 2.
- Други причини, види Табела 3.

Табела 1. Хируршки причини (дијагностички патокази)

Причина	**Дијагностичка помош**
Апендицитис	Честа причина. Лабораториски параметри што сугерираат инфламација се често покачени, но не секогаш во иницијалната фаза. Долга анамнеза е често сврзана со периапендикуларен апсцес.
Интестинална опструкција	Хернии, оперативни лузни, суспектен малигном. Почетна ундулирачка болка, развој на страгулација. Суспектна страгулација е индикација за операција.
Перфориран пептички улкус	Нагла болка, перитонизам (често први симптоми на болеста). Болката започнува во горен абдомен.
Акутен холециститис	Коликообразна болка под десниот ребрен лак, јасна осетливост на палпација, клинички манифестна инфекција. Ултрасонографија. Како напредува холециститот, болката станува константна. Често прв симптом на калкулоза.
Акутен панкреатитис	Алкохолизам, калкулоза како можна причина. Амилазата во серум и урина може да биде нормална кај тешките случаи.
Мезентеријална тромбоза	Тешко се дијагностицира врз основа на клиничка слика. Потсетува на страгулација. На почетокот нема јасни знаци за перитонит, иако пациентот е тешко болен. Пациентот често има атријални фибрилации или други кардиоваскуларни проблеми.
Дивертикулитис на колон	Најчеста локализација е на сигма. Јасна локална осетливост, супфебрилност и зголемени параметри за инфламација.
Волвулус	Најчеста локализација е на сигма. Симптоми на интестинална опструкција (ризик од перфорација!) Дијагностичка постапка е нативна РТГ на абдомен. Волвулусот на цекум споро се развива.
Торзија на тестис	Тестисот е болен на палпација. Често е присутна болка и осетливост во долниот абдомен. Doppler ултрасонографски преглед. Во нејасни случаи, треба да се направи експлоративна операција.

Табела 2. Гинеколошки причини (дијагностички патокази)

Причина	**Дијагностичка помош**
Ектопична бременост	Болката ирадира кон рамото. Уринарните тестови за бременост можат да се негативни, а серумските најчесто позитивни.
Болести на овариуми	Овулациска болка, инфекција, руптура или торзија на циста. Етиологијата на долна абдоминална болка често се открива на лапароскопија.
Миом	Торзија, некроза, инфекција, крвавење во абдоминалната празнина.
Ендометриоза	Менструална болка

Табела 3. Други причини

Причина	**Пример**
Метаболни нарушувања	• Дијабетичка кетоацидоза • Порфирија • Хипертриглицеридемија • Хиперпаратироидизам • Уремија • Болни состојби, асоцирани со хематолошки нарушувања • Хемохроматоза • Адисонска криза • Труење со печурки и тешки метали
Инфективни причини	• Гастроентеритис • Дивертикулитис • Хронични инфламаторни болести на цревата • Хепатитис • Перихепатитис • Мононуклеоза • Херпес зостер • Пиелонефритис • Простатитис, епидидимитис, орхитис • Сепса
„Позајмена" болка	• Инфаркт на миокард • Перикардитис • Пневмонија • Плеуритис • Инфаркт или емболија на белите дробови • Спонтан пневмоторакс • Срцево попуштање (хепатална стаза) • Ренална калкулоза • Хематом на ректус
Имунолошки нарушувања	• Ангионеуротичен едем • Polyarteritis nodosa • Henoch–Schönlein пурпура • Хиперсензитивна реакција

ИСПИТУВАЊА

Анамнеза

- Анализа на болката: основна болест на пациентот, медикаментозна терапија.
- Дали е ова нов, акутен, проблем кај пациентот, или е егзацербација на пролонгиран абдоминален дискомфорт?
  - Акутен почеток може да индицира перфорација. Постепен почеток е типичен за инфламаторна болест, а спор развој на болката сугерира хронична болест како тумор.
- Локализација на болката сугерира на екстензитетот на патолошкиот процес.
  - Панкреатична болка се чувствува во епигастриумот. Болка кон грбот е резултат на зафаќање на целиот панкреас со ретроперитонеална ирадијација. Болката која ирадира кон вратот укажува на иритација на дијафрагмата.
- Неподносливост на храна и појава на болка по оброк
  - Постпрандијална болка е типична за желудочен улкус, честа при холелитијаза, но може да биде предизвикана и од други болести на горниот гастроинтестинален тракт.
- Повраќањето сугерира на опструкција.
  - Повраќањето на храна сугерира на пилорна стеноза.

- Повраќање на жолчка сугерира на опструкција на проксимални тенки црева.
- Повраќање на фецес сугерира на дистална илеална или колон опструкција.
- Проксималната интестинална опструкција предизвикува чести и обилни повраќања.
- Дисталната опструкција предизвикува умерени повраќања или комплетно отсуствуваат, а во клиничката слика доминира дистензија.
- Рефлексното повраќање може да е предизвикано од јака болка. Токсичното повраќање е поврзано со труење и токсемија, предизвикана од инфекција.

- Опстипацијата е често хронична. Промена во навиките за празнење е битен симптом и укажува на органска болест, инфламација или тумор.
- Секогаш прашајте за дијареја, крв и слуз во столицата и болка при дефекација.
- Земете анамнеза за уринарни симптоми: уринарна ретенција, олигурија, боја на урината.

Типови на болка и палпаторен наод

- Болката кај акутен апендицитис прво е дифузна, се преместува и често е локализирана во горниот абдомен. Се чувствува како длабока и тапа околу папокот и придружена е со гадење и повраќање. Како што напредува инфламацијата кон серозата, болката станува париетална (површна, силна и локализирана) и латерализира кон долниот десен квадрант. Паралелно со ова, се јавува и мускулен дефанс.
- Ако апендиксот е перфориран, се развива локализиран или дифузен перитонитис и напнатоста и ригидноста на абдоминалниот ѕид се зголемува.
- Болката во бранови која ритмично се појавува и се губи е типична за болести на цревата, билијарна опструкција или уретрални калкули. Ако болката премине во постојана, можна е странгулација.
  - Странгулацијата се карактеризира со константна болка, јасен мускулен дефанс, треска, зголемени вредности на инфламаторните параметри. Суспектна странгулација е индикација за операција.
- Нагла јака болка е типична за перфориран улкус. Абдоминалниот ѕид станува ригиден кога хемискиот перитонит ќе премине во бактериски. При интестинална перфорација почетокот на болката е постепен, болката најчесто го достигнува максималниот интензитет по еден до два часа.

Клинички преглед

- Општ преглед
  - Срце и бели дробови
  - Крвен притисок
  - Општ невролошки преглед
- Инспекција на абдоменот
  - Рамен или подуен?
  - Оперативни лузни
  - Кожни промени
  - Хернии (видливи или палпабилни)
  - Видлива перисталтика
- Палпација на абдоменот
  - Болна осетливост и точка на максимална болка
  - Абдоминален ѕид (мек или тврд?)
  - Палпабилна маса
  - Места на појава на хернии
  - Асцит
- Палпација на гениталии
  - Хернии
  - Болка или оток на тестисите
  - Хидроцела
- Ректално туше
  - Тумор, крвавење, болна осетливост укажува на анална фисура.
  - Простата: големина, конзистенција, нодуларност.

- Дали има фецес во ректумот? Боја на фецес.
- Аускултација на абдоменот
  - Многу важен преглед.
  - Засилена перисталтика (опструкција), отсутна перисталтика (паралитичен илеус), „преточување" (опструкција).

Лабораториски иследувања
- Од мала важност кај пациент со акутен абдомен
- Крвна слика, CRP, седимент во урина , амилаза, ALT, АЛП и билирубин ако е суспектно постоење на холелитијаза, гликемија и електролити.

Рентгенолошка визуелизација
- Нативна РТГ на абдомен
  - Слободен воздух во абдоминалната празнина (перфорација), дистендирани цревни вијуги (опструкција), хидро-аерични нивоа (илеус).
- Ехо
  - Акутен холециститис, апсцеси, аневризма на аорта, гинеколошки заболувања, слободна течност во абдоминалната празнина.
- Рентгенграфија на граден кош
  - Плеврален излив, перикардитис, срцево попуштање.
- КТ на абдомен е важна за поставување на дијагноза кај интензивна абдоминална болка или во нејасни случаи

EKG
- Секогаш е индицирано кога е суспектна кардијална причина.

ИТЕН ТРЕТМАН

- За време на иницијалната инвестигација да се ординира инфузиона терапија и да се коригираат метаболните пореметувања пред упатување во болница, дури и во случаи кога транспортот е кус.
- Мерење на диуреза.
- Поставување на назогастрична сонда кај пациенти со повраќање.
- Антибиотици од широк спектар треба да се ординираат едновремено со вовед во анестезија при перитонит или кај други инфекции, откако работната дијагноза ќе биде поставена.
- Нарушувањата во балансот на течности и електролити бргу да се корегираат пред операцијата, без нејзино одложување. Како најкруцијално во справување со абдоминални катастрофи е да се направи лапароскопија што е можно најрано.Физиолошкиот раствор е инфузиона течност на избор.

ПОВРЗНИ ИЗВОРИ

Кохранови прегледи
- Антибиотиците се ефективни во превенирање на постоперативни компликации по инфекции на перитонеумот (перитонити), но нема докази дека еден третман е посуперирен од друг. (ннд[1]-А)
- Доколку постои соодветна опрема и солидно хируршко искуство, дијагностчката лапароскопија и лапароскопска апендектомија (зедно или одделно) дава подобри резултати во споредба со отворената апендектомија (ннд-А)
- Профилактичката антибиотска терапија го намалува процентот на инфекции на раната и на интраабдоминалните апсцеси кај пациенти каде е направена апедендектомија (ннд-А)
- Рутинската декомпресија со пласирање на назогастрична сонда по абдоминална операција не го забрзува опоравувањето (ннд-А)

[1] ннд – ниво на доказ

- Употреба на опоидни аналгетици кај пациенти со акутна абдоминална болка е ефективна во намалување на болката и зголекување на комфортот на пациентите, а воедно не го зголемува ризикот од дијагностичка грешка (ннд-А)

Други поврзани извори

- Карбапенем (имипенем/циластин или меропенем) е ефективна терапија исто како и други комбинација на антибиотици во третманот на интраа-абдоминалните инфекции (ннд-А)

Автор: Jyrki Mäkelä; Претходен автор: Antero Palmu; Последен преглед за ажурирање 27.12.2013 • Последна промена 27.12.2013; Article ID: ebm00185 (008.009); © 2014 Duodecim Medical Publications Ltd

1.EBM Guidelines 27.12.2013 www.ebm-guidelines.com
2.Упатството треба да се ажурира еднаш на 3 години.
3.Предвидено е следно ажурирање до 2016 година.

Ажурирал: Проф. д-р Миле Петровски
Координатор: Проф. д-р Катица Зафировска

1426.

Врз основа на член 27 став (1) од Законот за здравствената заштита („Службен весник на Република Македонија“ број 43/12, 145/12, 87/13, 164/13, 39/14, 43/14, 132/14, 188/14 и 10/15), министерот за здравство донесе

У П А Т С Т В О
ЗА МЕДИЦИНСКОТО ЗГРИЖУВАЊЕ ПРИ АНАЛЕН АПЦЕС

Член 1

Со ова упатство се утврдува медицинското згрижување при анален апцес.

Член 2

Начинот на медицинското згрижување при анален апцес е даден во прилог, кој е составен дел на ова упатство.

Член 3

Здравствените работници и здравствените соработници ја вршат здравствената дејност на медицинското згрижување при анален апцес по правило согласно ова упатство.

По исклучок од став 1 на овој член, во поединечни случаи по оценка на докторот може да се отстапи од одредбите на ова упатство, со соодветно писмено образложение за причините и потребата за отстапување и со проценка за натамошниот тек на згрижувањето, при што истото од страна на докторот соодветно се документира во писмена форма во медицинското досие на пациентот.

Член 4

Со денот на влегувањето во сила на ова упатство престанува да важи Упатството за практикување на медицина заснована на докази при анален апсцес („Службен весник на Република Македонија“ бр. 12/13).

Член 5

Ова упатство влегува во сила наредниот ден од денот на објавувањето во „Службен весник на Република Македонија“.

Бр. 17-2351/1
27 февруари 2015 година
Скопје

Министер,
Никола Тодоров, с.р.

Прилог

АНАЛЕН АПЦЕС

МЗД Упатства
31.05.2013 • Последна промена на 7.12.2009

Matti V. Kairaluoma

- Основни правила
- Симптоми
- Испитувања
- Третман
- Поврзани извори

ОСНОВНИ ПРАВИЛА

- Аналниот апсцес се третира хируршки.
- Следи го пациентот за да се детектира постоење на евентуална анална фистула.

СИМПТОМИ

- Аналниот апсцес предизвикува интензивна акутна болка, а често се јавува треска (не секогаш).
- Проблеми во мочењето се асоцирани со длабоки апсцеси.

ИСПИТУВАЊА

- Инспекција на анусот вообичаено е доволно за поставување на дијагноза. Болна маса се гледа близу до анусот.
- Ректално туше некогаш неможе да се изведе поради интензивната болка. Перинеална палпација може да укаже на болна маса кај овие пациенти.

ТРЕТМАН

- Само антибиотска терапија не е доволна. Апсецост побарува инцизија и дренажа.
- Општа анестезија е неопходна за клинички преглед и изведување на задоволително широка инцизија.
- Потребно е следење на овие пациенти по изведување на инцизијата на апсцесот. Во 30-40% од случаите се јавува анална фистула која што побарува хируршки третман.

ПОВРЗАНИ ИЗВОРИ

Кохранови прегледи
Третманот на анална фистула истовремено со дренажа на перианален апсцес ги намалува шансите за рецидивирање на апсцесот и потребата од повторна хируршка интервенција (ннд[1] - **B**)

[1] ннд – ниво на доказ

РЕФЕРЕНЦИ

1. Malik AI, Nelson RL, Tou S. Incision and drainage of perianal abscess with or without treatment of anal fistula. Cochrane Database Syst Rev 2010;(7):CD006827.

Автор: Matti V. Kairaluoma; Претходен автор Kari-Matti Hiltunen; 31.05.2013 • Последна промена 7.12.2009
Article ID: ebm00206 (008.064); © 2014 Duodecim Medical Publications Ltd

1.EBM Guidelines 31.05.2013 www.ebm-guidelines.com
2.Упатството треба да се ажурира еднаш на 3 години.
3.Предвидено е следно ажурирање во 2016 година.

Ажурирал: Проф. д-р Миле Петровски
Координатор: Проф. д-р Катица Зафировска

ЕНДОКРИНОЛОГИЈА

1427.

Врз основа на член 27 став (1) од Законот за здравствената заштита („Службен весник на Република Македонија“ број 43/12, 145/12, 87/13, 164/13, 39/14, 43/14, 132/14, 188/14 и 10/15), министерот за здравство донесе

У П А Т С Т В О
ЗА МЕДИЦИНСКОТО ЗГРИЖУВАЊЕ ПРИ ТИП 1 ДИЈАБЕТ: ДИЕТАРНА ТЕРАПИЈА И ФИЗИЧКА АКТИВНОСТ

Член 1

Со ова упатство се утврдува медицинското згрижување при тип 1 дијабет: диетарна терапија и физичка активност.

Член 2

Начинот на медицинското згрижување при тип 1 дијабет: диетарна терапија и физичка активност е даден во прилог, кој е составен дел на ова упатство.

Член 3

Здравствените работници и здравствените соработници ја вршат здравствената дејност на медицинското згрижување при тип 1 дијабет: диетарна терапија и физичка активност по правило согласно ова упатство.

По исклучок од став 1 на овој член, во поединечни случаи по оценка на докторот може да се отстапи од одредбите на ова упатство, со соодветно писмено образложение за причините и потребата за отстапување и со проценка за натамошниот тек на згрижувањето, при што истото од страна на докторот соодветно се документира во писмена форма во медицинското досие на пациентот.

Член 4

Со денот на влегувањето во сила на ова упатство престанува да важи Упатството за практикување на медицина заснована на докази при дијабетес тип 1 - диететски третман и физичка активност („Службен весник на Република Македонија“ бр. 12/13)..

Член 5

Ова упатство влегува во сила наредниот ден од денот на објавувањето во „Службен весник на Република Македонија“.

Бр. 17-2379/1
27 февруари 2015 година
Скопје

Министер,
Никола Тодоров, с.р.

Прилог

ТИП 1 ДИЈАБЕТ: ДИЕТАРНА ТЕРАПИЈА И ФИЗИЧКА АКТИВНОСТ

МЗД Упатства
3.3.2014 • Последно ажурирање 3.3.2014

Pirjo Ilanne-Parikka

- Принципи на диетарна терапија
- Физичка активност
- Тип 2 дијабет, видете 1
- Американска асоцијација за дијабет (ADA) 1

ПРИНЦИПИ НА ДИЕТАРНА ТЕРАПИЈА

- Дистата која се препорачува за пациентите со тип 1 дијабет не се разликува од општите препораки објавени во јавноста, т.е. здрава диета која овозможува балансиран внес на енергија, хранливи материи, олигоелементи и минерали.
- Енергетскиот внес се определува според индивидуалните потреби на пациентот, и се избегнува обезноста.
- Оброците и закуските треба да бидат планирани според дневните рутини на пациентот, моменталната инсулинска терапија и физичката активност.
- Модерните инсулински пумпи и режими кои вклучуваат мултипни дневни инјекции(режим на базален болус) дозволуваат голема флексибилност во времето и големината на оброците, со тоа што прандијалната инсулинска (болус) доза одговара на големината на оброкот, особено на количината на јаглехидрати. За возрасен пациент не е потребно посебно планирање на оброците. Целта е да се научи пациентот како да ги усогласи болусните дози со оброкот, со помош на мерења на глукозата во крвта и преку проценка на количината на јаглехидрати.
- Кога долгоделувачкиот инсулин детемир или инсулин гларгин се користат како базални инсулини, или ако се користи инсулинска пумпа, мора секогаш да се дадат болус инјекции на брзо-делувачки инсулин(инсулин аспарт, глулзин или лиспро) кога се внесуваат јаглехидрати (освен ако карбохидратите се земаат со цел да се подготват за физичка активност или за третман на хипогликемија).
- Но кусо-делувачките хумани инсулини(солубилен инсулин), кој се користи како преандијална болусна инјекција, се создадени да го покријат внесот на јаглехидрати од следниот оброк или покасната ужинка.
- Режимите кои вклучуваат две или три дневни инјекции се побрзи, и мора да има усогласување на времето на оброците и количината на јаглехидрати со претходно инјектираниот инуслин. Овие режими ретко се користат во последно време.
- Ризикот од кардиоваскуларни заболувања е зголемен кај пациентите со дијабет тип 1. Во дополнение на внесот на јагленихидрати, диетарната терапија мора да се осврне и на општото здравје на дистата имајќи ги во предвид кардиоваскуларните ризик фактори.
- Неколку практични упатства се достапни за да помогнат во планирањето на оброците, како што е моделот на чинија 2.
- Мастите сочинуваат една третина од вкупниот енергетски внес.
  - Во пракса ова значи дека треба да се ограничи внесувањето на млечни масти, растителни масти и продукти од месо со голем процент на масти. Треба да се охрабрува внесот на несатурирани масти и риба.
- Пропорцијата на протеините е околу една петтина од вкупниот енергетски внес. Ако пациентот има нефропатија, индицирана е проценка и совет од терапевтски диететичар.

- Доволна количина на јаглехидрати кај повеќето пациенти е околу половина од вкупниот енергетски внес.
  - Прандијалната инсулниска инјекција зависи од диетарните промени во различните денови и видот на оброкот.
  - Според општото мислење, минималниот внес на јаглехидрати кај пациент со тип 1 дијабет треба да биде околу 130 g/24 h, со цел да обезбеди снабденост со глукоза кое е независно од продукцијата на глукоза во црниот дроб.
- Кај хипертензивни пациенти, внесувањето на сол мора да е ограничено.
- Алкохолот не треба да се конзумира во количини кои би предизвикале интоксикација. Од една страна алкохолот ја намалува концентрацијата на глукоза во крвта, и ја намалува побарувачката за инсулин, и затоа може да предизвика тешка хипогликемија ако не се внимава на нивото на глукоза во крвта. Од друга страна благите алкохолни пијалоци може да ја зголемат концентацијата на глукоза во крвта. Количината на јаглехидрати во алкохолот не се зема во предвид кога се пресметува дозата на прандијалниот инсулин.

Физичка активност

- Физичката активност ја подобрува физичката подготвеност и го зголемува расположението. Покрај подобрата гликемиска контрола, истовремено има и добар ефект на хиперлипидемијата, обезноста и на осетливоста на инсулинот.
- Концентрацијата на глукоза во крвта може да падне значително ниско за време на физичката активност или неколку часа по активноста.
- Напорни и долготрајни физички активности ефективната инсулинска доза за време на активноста мора да се намали(20-30%, или до 50%) и/или да се зголеми количината на внесени јаглехидрати.
- Со мерење на своите нивоа на глукоза во крвта, пациентот ќе научи како да си ја одредува дозата на инсулин и внесот на јаглехидрати според обемот на физичката активност.
- Кај тешка и долготрајна физичка активност, особено ако се изведува навечер, ефективната доза на инсулинот за време на вечерта треба да се намали (околу 10-20%).
- При преголем внес на јагленихидрати, концентрацијата на глукоза ќе се зголеми за време на физичката активност, ако количината на инсулинот е прениска или стрес хормоните кои се создаваат за време на физичката активност ги надминуваат ефектите на инсулинот.
- Промените во концентрацијата на глукоза се зависни од
  - Нивото на инсулин во крвта
  - Траењето и интензитетот на физичката активност
  - Физичката кондиција и мускулната подготвеност
  - Храната која се конзумира пред и за време на физичката активност.

Општи совети за пациент кој се припрема за физичка активност

- Избегнувајте физичка активност ако нивото на глукоза во крвта е поголемо од 15 mmol/l или ако има присутни кетони.
- Конзумирајте јаглехидрати ако вашето ниво на глукоза во крвта е помало од 5–6 mmol/l, пр. Чаша од свеж сок од портокал = 20 g на јаглехидрати, разредени со вода.
- Научете како физичката активност влијае врз глукозата во крвта со мерење на вашето ниво на глукоза во крвта пред и по физичката активност.
  - Идентификувајте ги ситуациите кои бараат промена на инсулинската доза или количината на храна.
  - Learn to identify how different exercise types affect your blood glucose level.
- Ако е потребно конзумирајте дополнителни јаглехидрати со цел да превенирате хипогликемија за време на физичка активност.
  - Конзумирајте дополнителни јаглехидрати пред вежбање и на интервали од еден час за време на физичката активност (20–30 g/час), според индивидуалните потреби и нивоата на глукоза во крвта.
- Секогаш носете со себе храна/сокови која содржи јаглехидрати, за време на и по физичката активност

- Ако физичката активност се изведува во периодот на најсилниот ефект на на брзо-делувачкиот инулин (1–2 h), намалете му ја дозата за 20-50%.
  - Треба индивидуално да се процени, според нивото на глукоза во крвта; не кај сите пациенти
- По интензивна физичка активност, продолжете да ја следите вашата глукоза во крвта. Ако нивото на глукоза во крвта понатаму се намали, поправете ја со конзумација на јаглехидрати.
- Според вашето искуство и мерењата на глукоза во крвта, може да процените дека е потребно намалување во ефективната инулинска доза за време на ноќта за 10-20% по физичката активност.

Претходни автори:
Liisa Hiltunen

1. **EBM-Guidelinec, 3.3.2014, www.ebm-guidelines.com**
2. **Упатството треба да се ажурира еднаш на три години.**
3. **Предвидено следно ажурирање до март 2017 година.**

Упатството го ажурирал-Д-р.Билјана Зафировска
Координатор-Проф.Д-р. Катица Зафировска

1428.

Врз основа на член 27 став (1) од Законот за здравствената заштита („Службен весник на Република Македонија“ број 43/12, 145/12, 87/13, 164/13, 39/14, 43/14, 132/14, 188/14 и 10/15), министерот за здравство донесе

У П А Т С Т В О
ЗА МЕДИЦИНСКОТО ЗГРИЖУВАЊЕ ПРИ ТРЕТМАН НА ДИСЛИПИДЕМИИ

Член 1

Со ова упатство се утврдува медицинското згрижување при третман на дислипидемии.

Член 2

Начинот на медицинското згрижување при третман на дислипидемии е даден во прилог, кој е составен дел на ова упатство.

Член 3

Здравствените работници и здравствените соработници ја вршат здравствената дејност на медицинското згрижување при третман на дислипидемии по правило согласно ова упатство.

По исклучок од став 1 на овој член, во поединечни случаи по оценка на докторот може да се отстапи од одредбите на ова упатство, со соодветно писмено образложение за причините и потребата за отстапување и со проценка за натамошниот тек на згрижувањето, при што истото од страна на докторот соодветно се документира во писмена форма во медицинското досие на пациентот.

Член 4

Со денот на влегувањето во сила на ова упатство престанува да важи Упатството за практикување на медицина заснована на докази при третман на дислипидемии („Службен весник на Република Македонија“ бр. 49/14).

Член 5

Ова упатство влегува во сила наредниот ден од денот на објавувањето во „Службен весник на Република Македонија“.

Бр. 17-2378/1
27 февруари 2015 година
Скопје

Министер,
Никола Тодоров, с.р.

Прилог

ТРЕТМАН НА ДИСЛИПИДЕМИИ

EBM Guidelines
18.3.2014

- Основни податоци
- Третман на различни групи пациенти
- Третман на дислипидемии со промени во животниот стил
- Медикаментозен третман на дислипидемиите
- Избор на лек спрема видот на дислипидемијата
- Следење на медикаментозната терапија
- Индикации за консултација со специјалист
- Поврзани извори
- Референци

ОСНОВНИ ПОДАТОЦИ

- Цели
  - Да се превенира прогресијата на артериската болест кај оние кој веќе се засегнати (да се лекува најважната група на пациенти)
  - Да се намали ризикот за атеросклеротична артериска болест водено според вкупниот ризик (комбиниран ефект на ризик фактори). Процена на ризикот за артериска болест може да се олесни со користење на различни калкулатори на ризик (SCORE).
  - Забележи дека SCORE дава само можност за смрт; Вкупниот ризик за артериска болест е значително повисок.
- Менување на животните навики е е примарна цел кај сите пациенти.
- Исклучи секундарна хиперхолестеролемија(Пр.поврзана со хипотироидизам) пред започнување медикаментозен третман.
- Општите цели на третманот е да се одржи концентрацијата на плазма LDL холестеролот (калкулатор 1) под 3 mmol/L (кај високо ризични лица под 2,5 mmol/L и кај лица со многу висок ризик под 1,8 mmol/L, ако е можно).
- Намалувањето на плазма ХДЛ холестеролот и концентрацијата на триглицеридите не е цел на третманот, но тие се мерат за проценка на ризик. Целните вредности се
  - Плазма HDL холестерол над 1.0 mmol/L
  - плазма триглицериди под 2.0 ммол/л
  - плазма холестерол / ХДЛ холестерол однос под 4.0.
- Кај хипертриглицеридемија, серумските триглицериди треба да бидат под 10 mmol/l да се минимизира ризикот за панкреатитис.

ТРЕТМАН НА РАЗЛИЧНИ ГРУПИ ПАЦИЕНТИ

Пациенти со исхемично срцево заболување, други атеросклеротични заболувања (цереброваскуларна болест, периферна артериска болест) или дијабетес кои имаат повреда на целниот орган, како и асимптоматски пациенти со калкулиран ризик од артериска болест над 15%

- Ризикот за миокарден инфаркт или срцева смрт нагло се зголемува со покачување на холестеролот кај пациентите со артериска болест.
- Ефикасноста на медикаментозниот третман јасно е покажана во контролирани студии (ннд-А). Целната вредност за плазма ЛДЛ холестерол е под 1,8 ммол/л(или 50% помалку од базичното ниво); види табела 1.

Табела 1. Дислипидемија кај пациенти со артериско заболување

Плазма холестерол (ммол/л)	ЛДЛ холестерол (ммол/л)	Ризик за прогресија на болеста	Дејство
4.0-4.5 или повисоко	2.0-2.5 или повисоко	Значително покачен	Подобри ја диетата, промени ги животните навики, контрола на нивото на холестерол за 1-2 месеци. Намали го ризикот со модифицирање на другите ризик фактори. Медикаментозна терапија е индицирана секогаш кога нема да се постигнат целните вредности.

Висок Ризик

- **Пациенти со дијабетес или средно тешка бубрежна слабост, како и асимптоматските лица со вкупен ризик од артериска болест од 10-15%.**
- Пациенти со еден тежок ризик фактор пр. Фамилијарна хиперхолестеролемија
- Целта на третманот е да се намали концентрацијата на ЛДЛ холестеролот под 2,5ммол/Л.

Среден ризик

- Целовкупниот ризик од артериска болест е 2-10%. Целта за општата популација се приемнува т.е. ЛДЛ холестерол концентрација под 3ммол/Л.

Индивидуи без симптоми

- Општа цел за плазма холестеролот е под 5.0 ммол/л (ЛДЛ холестерол под 3.0 ммол/л). Кога се разгледуваат индикациите за интервенција се зема во предвид целокупниот ризик (возраст, пол, пушење, крвен притисок). Фамилијарната историја, ХДЛ холестеролот и триглицеридите исто така го рефлектираат ризикот (работоспособната популација е најважната група) Види табела 2.
- Кај високо ризични индивидуи без симптоми целта за плазма ЛДЛ холестерол под 2.5 ммол/л.

Табела 2. Дислипидемијата кај асимптоматски индивидуи (Најважна е вкупна процена при планирање на третманот)

Плазма холестерол (ммол/л)	ЛДЛ холестерол (ммол/л)	Ризик за прогресија на болеста	Дејство
8.0 или повисоко	6.5 или повисоко	Значително покачен	Процени ги ризик факторите. Подобри ја диетата и промени ги животните навики. Контрола на нивото на холестерол за 1-2 месеци. Медикаментозна терапија е индицирана ако промените во животниот стил не се доволни. Можноста за наследно нарушување е голема. Треба да се испитаат роднините.
6.5-7.9	5.0-6.4	Умерено покачен	Процени ги ризик факторите и започни диета и промени во животните навики.

			Контрола на ефектот на третманот за 2-4 месеци. Понатамошни мерки (медикаментозен третман) во зависност од резултатите на диететската терапија и другите ризик фактори. Наследно нарушување на липидниот метаболизам е можно (и треба да се третира на ист начин како пациенти со серумски холестерол над 8 ммол/л).
5.0-6.4	3.0-4.9	Лесно покачен	Советување за здрава исхрана и процена на ризик факторите. Краткотрајни мерки според другите ризик фактори. Контрола на плазматскиот холестерол најдоцна после 5 години.

Пациенти постари од 80 години

- Се продолжува третман започнат на помлада возраст.
- Нема рандомизирани прогностички студии за третманот започнат кај оваа возрасна група.
- Биолошката возраст и општата прогноза се земаат во обзир индивидуално кога се одлучува за третманот, специјално кај оние со артериско заболување.
- Принципите на третманот се исти како кај помлади пациенти. Ако се користи фармакотерапија, можните несакани ефекти мора внимателно да се следат особено кај пациентите кои примаат повеќе лекови како и кај пациентите со синдром на слабост.

ТРЕТМАН НА ДИСЛИПИДЕМИИ СО ПРОМЕНИ НА ЖИВОТНИОТ СТИЛ

- Прекин на пушењето.
- Ако е потребно. намалување на тежината.
- Зголемување на физичката активност.
- Намалување на внесот на заситени масти (животински и млечни масти) и транс масти.
- Зголемен внес на полинезаситени масти и моноени (растителни масти) наместо заситени масти (ннд-А). Се препорачува масло од семе на репка.
- Намален внес на холестерол.
- Зголемен внес на диететски влакна (fiber) (ннд-А) (ако е индицирано може да се додадат гел-формирачки влакна).
- Станол/стерол маргаринот може да се употребува (натхранетите индивидуи треба да користат диетален маргарин (40% масти) или ништо).
- Ако со диететската терапија не се постигнат целните вредности за липидите, треба да се започне медикамнентозен третман (наместо да се нарачуваат понатамошни контролни мерења).

Диететски препораки

- Главните принципи на "за срцето пријателска" диета останале исти со децении и нема нови важни информации кои би ги засегнале,
- Масти < 30 Е % од вкупната енергија
  - Заситени< 10 Е%
  - Моноени и полинезаситени 20 Е%
- Холестерол 250-300 mg/ден
- Продукти кои содржат многу растворливи влакна (ннд-**А**) наместо бели јагленихидрати (рафиниран шеќер, рафинирано брашно)
  - > 20 g / 1000 kcal (пекарски производи од полнозрнесто брашно, 500 g зеленчук и овошје дневно)
- Риба два пати неделно

- Избегнување на варено кафе
- Намалување на внес на алкохол доколку пациентот има
  - прекумерна телесна тежина
  - висок крвен притисок
  - хипертриглицидиремија
- Намалување на внес на сол кај пациенти со висок крвен притисок.

Очекувани ефекти на диететската терапија

- Ефектот од диетата врз вра превенцијата на артериските заболувања зависи од нејзиниот индивидуален ефект на плазматската липидна концентрација.
- Можно е намалување на серумскиот холестерол на гладно за 15% кај некои пациенти, но во просек намалувањето е само 3–6% (ннд- **А**).
- Кај некои пациенти намалувањето на холестеролот може да надмине 30%.

ДИЕТЕТСКА ТЕРАПИЈА ВО ПРАКСА

- Темелна историја за диетата, по можност од дневник, е основа на советувањето за исхраната.
- Намалување на животински и млечни масти: Советувајте го пациентот да:
  - Користи обезмастено млеко
  - Користи други нискомасни млечни продукти
  - Користи растителен маргарин, диететски маргарин или растителен станол/стерол маргарин; не се препорачуваат мешавини на путер со растително масло.
  - Користи нискомасни месни продукти, риба, пилешко без кожа и сосови со малку маснотии
- Избегнува храна богата со масти и млечни масти
  - Месо богато со масти и млечни масти
  - Внатрешни органи-изнутрици
  - Жолчка од јајце
- Скриените масти се често заситени.
  - Пица
  - Брза храна
  - Колачи
- Намали ја прекумерната тежина со хипокалорична диета (многу-ниско калорична диета, доколку е потребно) и физичка активност.
- Зголеми го внесот на растителни влакна од зеленчук (ннд- **А**). Се препорачува
  - Зеленчук, разни растителни корени,
  - Овошје и зрнесто овошје
  - Житарки од цели зрна
- Да се подготвува храна без додаток на масти или користење на растителни масла или растителни маргарини. Соодветни масла (најпожелна содржина на масни киселини) се маслиново, сончогледово, соино и пченкарно масло.
- Користење на филтер, наместо варено кафе.
- Извор на енергија во замена за масти да се користи јагленихидрати: компир, житарки, нерафиниран ориз, тестенини од цело зрно, овошје, зеленчук, растенија, и корени.

Ефектот на растителен станол/стерол маргарин на концентрацијата на холестеролот

- Редовна употреба на растителни станоли или стероли во дневна доза околу 2-3 г во додаток со препорачаната диета го намалува нивото на LDL холестеролот за 10-15%. Концентрациите на HDL холестерол и триглицериди остануваат непроменети.
- Растителен станол/стерол маргарин може да се користи за третман на умерена хиперхолестеролемија, како додаток на друга диететска терапија. Пациенти кои остануваат хиперхолестеролемични, треба да се третираат со комбинација од ситостанол и статини.

- Некои пациенти со фамилијарна или друга хиперхолестеролемија може да избегнат статинска терапија или да ја намалат дозата со користење на овој станол/стерол маргарин.
- Натхранетите пациенти треба да користат нискомасна модификација каде е додаден растителен станол/стерол.
- Следете го исходот и телесната тежина на пациентот.

МЕДИКАМЕНТОЗЕН ТРЕТМАН НА ДИСЛИПИДЕМИЈА

Принципи

- Уверете се дека е започнато со ефикасна диета и започни медикаментозна терапија без одложување ако е јасно индицирана.
- Најважни целни групи се пациенти со артериски заболување или дијабетес.
- Определете ги серумските холестерол, триглицериди и HDL холестерол и LDL холестеролот пред да започнете со третман.
- Исклучете секундарна хиперхолестеролемија. Доколку причината за секундарна хиперхолестеролемија не може да се среди, третирајте ја истата како примарна.
- Идентифицирај пациенти со фамилијарна хиперхолестеролемија (серумски холестерол над 8 mmol/L но може да е и понизок, ксантоми, фамилијарна историја), направете скирнинг на членовите на фамилијата.
- Најчесто користените лекови, статини (atorvastatin, fluvastatin, lovastatin, pravastatin, rosuvastatin, simvastatin), cholestyramine, фибрати (bezafibrate, fenofibrate, gemfibrozil) како и ezetimibe во комбинација со simvastatin тестирани се во долготрајни рандомизирани клинички студии базирани на значајни клинички крајни точки.
- Статините се лек на избор A освен ако главно нарушување е хипертриглицеридемија или низок HDL холестерол. Во овие случаи може да се размислува за фибрати.
- Ако е потребно, статините може да се комбинираат со ezetimibe (кој во селектирани случаи мое да се користи како монотерапија).
- Резини и гуар гум се користат како единствена терапија само во исклучителни случаи. Бидејќи не се ресорбираат од цревата тие се безбедни во тек на бременоста и кај деца. Нивните несакани дејства можат да предизвикаат проблеми.

ИЗБОР НА ЛЕК СПРЕМА ВИДОТ НА ДИСЛИПИДЕМИЈАТА

- **Види табела 3**

Табела 3. Избор на лек спрема вид на дислипидемија.

Вид на дислипидемија	Избор на лек
Изолирана хиперхолестеролемија (Фамилијарна)	Статини или во комбинација со езетимиб или со резин (доза на резин <20 g, за да се избегнат несаканите ефекти)
Зголемени холестерол и триглицериди	• Статин доколку триглицеридите се < 4.5 mmol/L. • Фибрати со статин доколку дозата на сатин не е доволна (комбинирана терапија треба да ја евалуира специјалист) или никотинска киселина со статин особено ако HDL холестеролот е низок
Чиста хипертриглициридемија	• Намалување на телесна тежина и намален внес на алкохол пред да се започне со лекови. Потребно е да се подобри метаболната контрола на дијабетесот. • Фибрати
Хипотироидизам	Супституција со тироксин ги нормализира липидните пореметувања, доколку причината е хпотироидизам.

Статини (atorvastatin, fluvastatin, lovastatin, pravastatin, rosuvastatin, simvastatin)

- Најважна група антихиперлипемични лекови (ннд-А).

Механизам на дејство

- Се баризира на инхибиција на HMG-CoA редуктаза, што доведува до инхибиција на синтезата на холестерол во хепатоцитите. Бројот на LDL рецепторите се зголемува и е подобрена елиминацијата на LDL од крвта. Дел од механизмот се однесува преку VLDL и преку други механизми.

Ефикасност

- LDL се намалува за 30–40%.
- HDL се зголемува за 5–15%.
- Триглицеридите се намалуваат за 10–30% или повеќе.
- Комбинација на статини со езетимиб или резини може да има додатни ефекти (ннд- **С**).

Несакани ефекти

- Вообичаено, статините се добро толерирани, дури и кај постари пациенти.
- Серумските вредности на аминотрансферазата се покачуваат кај околу 2% од пациентите. Покачување над 3 пати од нормалната вредност се смета за клинички сигнификантно. Клиничката важност од ова не е јасна бидејќи често пациентите имаат други истовремени фактори кои можат да ја зголемат трансаминазната концентрација. Нема убедливи докази дека терапијата со статини може да предизвика значително оштетување на црниот дроб.
- Мускулните болки се клинички најзначајни несакани ефекти, кои се случуваат кај 10(-20%) од пациентите. Можните предиспонирачки фактори треба да се идентификуваат и треба да се провери нивната поврзаност со статинскиот третман. често од помош е промената на статинот или намалувањето во дозата (можна комбинација со ресин или езетемиб).
- Мускулните симптоми не се нужно предизвикани од статините бидејќи вакви симптоми се и инаку чести кај инволвираната возрасна група. Сепак, важно е да се откријат случаите со мускулни симптоми бидејќи тоа може да води до непотребен прекин на статинската терапија.
- Инциденцијата на значајни мускулни несакани ефекти е < 0.1%.
- Серумската креатинин киназа не треба да се испитува рутински. Креатинин киназата се испитува, доколку пациентот се пожали на необјаснива миалгија или мускулни симптоми; (концетрации 10 пати над референтните вредности се сигнификантни). Сепак, мускулните симптоми предизвикани од статин се можни дури и без покачување на концентрацијата на креатин киназата.
- Фактори кои предиспонираат за миопатија се:
  Симултано користење на агенси кои ја зголемуваат концентрацијата на статини (циклоспорин, фибрати, макролиди или коназол)
  Генетска предиспозиција, што може да се испита со генетско тестирање
  Многу стари пациенти
  Повеќе истовремени болести
  Операции
  Хипотироидизам
  Дефицит на витамин D
- Статинскиот третман најверојатно е поврзан и со мало зголемување на ризикот од дијабетес особено кај предиспонираните пациенти 1. Нивниот основен механизам и клиничката сигнификантност сеуште остануваат отворени. Од друга страна, треба да се каже дека третманот со статини ги превенира макроваскуларните компликации и кај дијабетичарите.
- Се опишуваат поединечни случаи на други несакани ефекти (полиневропатија) поврзани со користење на статини, но вистинската поврзаност не е верифицирана. Нема докази за зголемен ризик од панкреатитис, ниту пак на пореметувања во когнитивноста.

Доза

- Подесете ја дозата спрема одговорот (ннд- **А**). Дулпирање на дозата доведува до дополнително намалување на холестеролот за 7%.
- Аторвастатин:10-80 mg/дневно
- Флувастатин: (20)-40-80 mg/дневно
- Ловастатин: 20-80 mg/дневно
- Правастатин: 20-40 mg/ дневно
- Симвастатин:10-80 mg/ дневно
- Росувастатин: 10-40 mg/ дневно

Резини (cholestiramin, cholesevelam)

Механизам на дејство

- Резините ги апсорбираат жолчните киселини во цревата, превенираат нивна реапсорпција и ја зголемуваат нивната екскреција во фецесот.
- Тие не ја зголемуваат екскрецијата на неутрални стероиди и не предизвикуваат малапсорпција на масти.
- Зголемената екскреција на жолчни киселини резултира во зголемување на метаболизмот на холестерол во жолчни киселини и понатамошно зголемување на LDL рецепторите и користење на холестерол во хепатоцитите.

Ефикасност

- Серумски вкупен и LDL холестерол се намалува за 15-30%.
- Серумските триглицериди може да се покачат

Доза

- Holestyramin 16-32 g/ден
- Holesevelam 625 mg таблети 4-6/ден

Несакани ефекти

- Цревни симптоми: констипација, наузеја, епигастрична болка
- Недостаток на витамини растворливи во масти и недостаток на фолна киселина бидејќи е нарушена нивната апсорпција.

Интеракции

- Може да биде пореметена апсорпцијата на следниве лекови. Овие лекови треба да се земаат еден час пред или 4 часа по земањето на резините.
  - Дигоксин
  - Тироксин
  - Варфарин
  - Тиазидни диуретици

Фибрати (bezafibrate, fenofibrate и gemfibrozil)

Механизам на дејство

- Фибратите делуваат преку нуклеарниот PPAR (пероксизом пролифератот активирачки рецептор) систем; активноста на липопротеинската липаза е зголемена во масното и мускулното ткиво и подобрена е елиминацијата на липопротеините кои содржат триглицериди.

Ефикасност

- Триглицеридите се намалуваат за 20-70%
- HDL холестеролот се зголемува за 10-25%
- LDL холестеролот се намалува доколку почетната концетрација е висока.

Несакани ефекти

- Умерени абдоминални и цревни иритации
- Мијаглија и зголемена креатинин киназа
- Можност за формирање на камења во жолчката
- Зголемени трансаминази
- Ретенција на течности, гинекомастија и импотенција се ретки.

Интеракции

- Лекови кои се поврзуваат со протеини се ослободуваат и нивната концетрација се зголемува (варфарин, сулфонилуреја)
- Фенофибратите се препорачан избор во комбинација со статинска терапија

Контраиндикации

- Тешко ренално или хепатално наушување, болести на жолчно кесе.

Доза

- Bezafibrate: 400 mg × 1 на ручек
- Fenofibrate: 200 mg × 1 со оброк.
- Gemfibrozil: 600-1200 mg/ден поделени во 2-3 дози

Езетимиб

- За пациенти со хиперхолестеролемија кај кои е контраиндицирана терапијата со статини или да се комбинира со статин кога ефектот на само на статинот е недоволен.

Механизам на дејство

- Превенира апсорпција на холестерол од тенките црева.
- Во комбинација со статинин, ефектот е зголемен, при што се превенира синтезата на холестеролот.

Ефинаксност

- Како монотерапија, го намалува LDL холестеролот за 18-19%, триглицеридите за 4-11%, и ја зголемува концетрацијата на HDL холестеролот за 2-3%

- Комбинирајќи го езетимиб со мала доза статини се добива адитивен и еднаков ефект на оној постигнат со само големи дози статини во намалувањето на нивото на холестеролот.

Доза

- 10 mg/ден.

Несакани ефекти

- Направените студии покажуваат многу малку несакани ефекти.

Никотинска киселина

- Вообичаено може да се користи во комбинација со статини ако нивото на триглицериди не е многу зголемено или ако е целта зголемување на HDL холестеролот. Денес ограничена е достапноста на продуктите од никотинската киселина.

Рибино масло

- Рибиното масло (long-chain n-3-fatty acids) 2-4 g/дневно во комбинација со статинска терапија ги намалува покачените триглицериди.
- Намалениот степен на артериски настани во асоцијација со земање рибино масло може да е како резултат на ефектот за намалување на триглицеридите.
- Кога се зема голема доза рибино масло можно е да се јави зголемена тенденција за крвавење.

Тироксин заместителна терапија кај хипотироидизам

- Тироксин заместителната терапија го нормализира нарушувањето на липидите предизвикано од хипотироидизам (ннд-С),

СЛЕДЕЊЕ НА МЕДИКАМЕНТОЗНАТА ТЕРАПИЈА

- Липидите терба да се проверат по 1-2 месеци, а потоа на 3-6 месеци а потоа еднаш годишно, доколку е потребно.
- Видете дали сте ги постигнале таргет вредностите на липидите (види погоре). Со статинската терапија тоа обично не е проблем ако дозирањето е соодветно прилагодено.

Тестови за сигурност

Статини

- Серумски ALT треба да се определи по 1-2 месеци од почетокот на терапијата и потоа вообичаено еднаш годишно.
  - Концентрации поголеми од 3 пати над горната граница на нормални вредности на серумска ALT е клинички значајна, Лесно зголемување на серумската ALT е индикација за следење но не е неопходно прекинување на лекот.
- Кај необјаснива миалгија проверете креатинин киназа.

Фибрати

- Серумска ALT се преверува по 1-2 месеци, а потоа на 6-12 месеци. Доколку се користат со статини, ALT треба да се проверува на 3-4 месеци (кога се комбинираат со фибрати, дозата на статините треба да биде половина од нормалната).

- Доколку се појави миалгија постојано треба да се определува серумската креатин киназа.

ИНДИКАЦИИ ЗА КОНСУЛАТАЦИЈА СО СПЕЦИЈАЛИСТ

- Почеток на терапија со статин или фибрати
- Липидно пореметување комбинирано со друго комплицирано заболување
- Серумски триглицериди над 10 mmol/l или над 5 mmol/l покрај третманот.
- Многу висок серумски холестерол (над 15 mmol/L)
- Исхемично срцево заболување или ксантоми кај деца или адолесценти

ПОВРЗАНИ ИЗВОРИ

Збир на други докази

- Статинскиот третман може да го намали кардиоваскуларниот морбидитет и дури да ги подобри црнодробните тестови кај пациенти со коронарно срцево заболување, пациенти со лесна до умерена абнормалност на црнодробните тестови на почетокот (до 3 пати над горната граница на нормала) кои потенцијално се припишуваат на не-алкохолна масна дегенерација на црниот дроб (ннд-С).
- Аеробик физичката активност, има мали посакувани промени на липидите кај претходно физички неактивни адулти 9ннд-В).
- Има малку докази дека ниска или намалена концентрација на холестерол значајно го зголемува морталитетот од било која причина, освен хеморагичен мозочен удар. Овој ризик ги засега само луѓето со многу ниска концентрација и дури и кај нив ризикот е надминат од бенефитот од низок ризик за ишемично срцево заболување барем кај пациентите со ишемично срцево заболување (ннд-В).
- Диета со протеини од соја го намалува серумскиот холестерол, LDL холестеролот и триглицеридите (ннд-В).
- Најефикасен програм за нутритивна едукација е тој кој е фокусиран на поведението, континуиран и повеќеслоен (ннд-В).
- Има мало намалување на ризикот за ишемично срцево заболување првите две години после намалувањето на холестеролот. Пет или повеќе години после намалување на холестеролот за 0.6 mmol/l намалувањето на инциденцијата за ишемично срцево заболување е 25% според контролирани студии и 27% според кохортни студии (ннд-А).
- Намалувањето на липидите со лекови, специјално HMG-CoA редуктаза инхибитори, може да е ефикасно кај пациенти со бубрежно заболување (ннд-В).
- Fenofibrate ги намалува триглицеридите, вкупниот холестерол и LDL холестеролот (ннд-А).
- Статините може да имаат мал ефект во успорувањето на степенот на губиток на бубрежната функција, специјално кај пациенти со кардиоваскуларни болести (ннд-С).
- Интензивно намалување на липидите со високи дози статини даваат поголем бенефит од стандардната терапевтска доза за превенција предоминантно на не-фаталните кардиоваскуларни настани кај пациенти со стабилна коронарна срцева болест или акутен коронарен синдром (ннд-В).
- Поинтензивна споредена со помалку интензивна терапија со статини може да ја зголеми инциденцијата на покачување на трансаминазите и креатин киназата. Зголемен ризик за покачување на трансаминазите може да е асоциран со користење хидрофилни статини, и зголемен ризик за покачување на креатин киназата е асоциран со користење липофилни статини (ннд-С).

Клинички упатства

- Cooper A, O'Flynn N, Guideline Development Group. Risk assessment and lipid modification for primary and secondary prevention of cardiovascular disease: summary of NICE guidance. BMJ 2008 May 31;336(7655):1246-8. PubMed

Литература

- The ACCORD Study Group. Effects of Combination Lipid Therapy in Type 2 Diabetes Mellitus. N Engl J Med 2010 Mar 14;():. PubMed
- Bhatnagar D, Soran H, Durrington PN. Hypercholesterolaemia and its management. BMJ 2008 Aug 21;337():a993. PubMed
- Baigent C, Keech A, Kearney PM, Blackwell L, Buck G, Pollicino C, Kirby A, Sourjina T, Peto R, Collins R, Simes R, Cholesterol Treatment Trialists' (CTT) Collaborators. Efficacy and safety of cholesterol-lowering treatment: prospective meta-analysis of data from 90,056 participants in 14 randomised trials of statins. Lancet 2005 Oct 8;366(9493):1267-78. PubMed
- McClure DL, Valuck RJ, Glanz M, Hokanson JE. Systematic review and meta-analysis of clinically relevant adverse events from HMG CoA reductase inhibitor trials worldwide from 1982 to present. Pharmacoepidemiol Drug Saf 2007 Feb;16(2):132-43. PubMed
- Brunzell JD. Clinical practice. Hypertriglyceridemia. N Engl J Med 2007 Sep 6;357(10):1009-17. PubMed
- Mills EJ, Rachlis B, Wu P, Devereaux PJ, Arora P, Perri D. Primary prevention of cardiovascular mortality and events with statin treatments: a network meta-analysis involving more than 65,000 patients. J Am Coll Cardiol 2008 Nov 25;52(22):1769-81. PubMed CCT Collaborators. Lancet 2005:366 October 8, 1267–78
- Cannon CP, Steinberg BA, Murphy SA, Mega JL, Braunwald E. Meta-analysis of cardiovascular outcomes trials comparing intensive versus moderate statin therapy. J Am Coll Cardiol 2006 Aug 1;48(3):438-45. PubMed

РЕФЕРЕНЦИ

1. Sattar N, Preiss D, Murray HM et al. Statins and risk of incident diabetes: a collaborative meta-analysis of randomised statin trials. Lancet 2010;375(9716):735-42. PubMed

Автори: Timo Strandberg and Hannu Vanhanen Article ID: ebm00525 (024.054) © 2014 Duodecim Medical Publications Ltd

1. **EBM-Guidelines, 18.2.2014, www.ebm-guidelines.com**
2. **Упатството треба да се ажурира еднаш на 2 години.**
3. **Предвидено следно ажурирање до август 2016 година.**

Упатството го ажурирал - Д-р.Билјана Зафировска
Координатор - Проф.Д-р. Катица Зафировска

1429.

Врз основа на член 27 став (1) од Законот за здравствената заштита („Службен весник на Република Македонија“ број 43/12, 145/12, 87/13, 164/13, 39/14, 43/14, 132/14, 188/14 и 10/15), министерот за здравство донесе

У П А Т С Т В О
ЗА МЕДИЦИНСКОТО ЗГРИЖУВАЊЕ ПРИ ТРЕТМАН НА ДЕБЕЛИНА

Член 1

Со ова упатство се утврдува медицинското згрижување при третман на дебелина.

Член 2

Начинот на медицинското згрижување при третман на дебелина е даден во прилог, кој е составен дел на ова упатство.

Член 3

Здравствените работници и здравствените соработници ја вршат здравствената дејност на медицинското згрижување при третман на дебелина по правило согласно ова упатство.

По исклучок од став 1 на овој член, во поединечни случаи по оценка на докторот може да се отстапи од одредбите на ова упатство, со соодветно писмено образложение за причините и потребата за отстапување и со проценка за натамошниот тек на згрижувањето, при што истото од страна на докторот соодветно се документира во писмена форма во медицинското досие на пациентот.

Член 4

Со денот на влегувањето во сила на ова упатство престанува да важи Упатството за практикување на медицина заснована на докази при третман на дебелина („Службен весник на Република Македонија“ бр. 49/14).

Член 5

Ова упатство влегува во сила наредниот ден од денот на објавувањето во „Службен весник на Република Македонија“.

Бр. 17-2377/1
27 февруари 2015 година
Скопје

Министер,
Никола Тодоров, с.р.

Прилог

ТРЕТМАН НА ДЕБЕЛИНА

МЗД Упатства
28.11.2013

- Основни податоци
- Пристапи за третман
- Кратки интервенции
- Основен третман за дебелина
- Многу ниско-калорична диета (МНКД)
- Лекови за третман на дебелина
- Поврзани докази

ОСНОВНИ ПОДАТОЦИ

- Достапни се ефикасни методи за третман на дебелината (ннд-А).
- Потребно е да се постават реални цели, околу 5-10% намалување на тежината.
- Методите на мотивационо интервјуирање ги подобруваат сваќањата за промените
- Пациентите мора да сакаат да ги направат потребните промени во навиките за исхрана и физичка активност.
- Некои пациенти самите успеваат да ја намалат тежината откако ќе разберат колку е тоа важно и ќе ги добијат потребните информации.
- Кај многу пациенти потребна е професионално насочување и подршка.

ПРИСТАПИ ЗА ТРЕТМАН

1. Кратка интервенција. Кратко се дискутира за проблемот со тежината и на пациенто му се даваат релевантни совети после кои тој/таа ќе спроведе без помош намалување на тежината.
2. Основен третман за дебелина, постепена и перманентна измена во стилот на живот преку советување и насочување
   - Ова е основниот третман за дебелина кој одговара за сите
   - Обично се изведува во група која се состанува 6-10 пати.
   - Индицирано кај пациенти со умерена дебелина, и во повеќето случаи на тешка дебелина; треба да се вклучи во сите форми на медицински тертман независно која болест се третира.
3. Запознавање со многу ниско-калорична диета (МНКД) заедно со советување
   - Индицирана главно кај тешка до морбидна дебелина.
   - Може да се користи кај умерена дебелина ако основниот третман за дебелина не постигнал успех и постои строга индикација за намалување на тежината (болест поврзана со дебелината).
4. Лекови (орлистат)
   - Се користи како алтернатива кога другите пристапи ќе се покажат како неуспешни.
   - Треба да бидат придружена со советување за промени во начинот на животот
5. Хируршки третман 1
   - Соодветен за селектирани пациенти со тешка до морбидна обезиност (види критерими подолу).

КРАТКИ ИНТЕРВЕНЦИИ

- Секогаш кога е возможно, на контролните прегледи, треба да се разговара со пациентот за неговата прекумерна тежина

- Добар простап е често да се мери пациентот што ја прави полесна дискусијата за неговата тежина.
- Соодветно неутрално прашање за отпочнување на дискусијата е: "Како се чувствувате за вашата тежина?"
- Дискусијата потоа се продолжува со отворени прашања како "Што мислите за вашите навики во јадењето?"
- Тогаш на пациентот му се даваат кратки информации за принципите на слабеењето (дебелината влошува многу заболувања, со губиток на само неколку килограми ќе се намали ризикот за заболувањата поврзани до дебелината (ннд-В), зголемување на количината на овошје и зеленчук во исхраната е многу корисно и сл.)
- Треба да се охрабри секој пациент редовно да ја мери неговата/нејзината тежина(најмалку еднаш неделно), барем де се осигури дека тежината не продолжува да се зголемува (обично обезните лица градуално зголемуваат тежина во текот на годините).
- На пациентот треба да му се дадат пишани информации за намалување на тежината или да му се каже каде може да најде вакви информации.
- Напредокот во губење на тежината треба кратко да се дискутира во тек на следните контроли.

ОСНОВЕН ТРЕТМАН ЗА ДЕБЕЛИНА

Организација

- **Групниот третман** е поефтин и ефикасен како и индивидуалниот третман.
  - Се препорачуваат најмалку 6-10 средби во интервали на една седмица.
  - Големината на групата треба да биде од 10-15 лица
  - Едукацијата ја обавува медицинска сестра или диететичар со специјалност за третман за дебелина
- Примарната здравствена единица која ги организира групните сесии треба да даде пишани инструкции за менаџирањето на базичната терапија(принципи за регрутирање на пациентите во групите, следење на пациентите итн)
- Искуството покажа дека групите за намалување на телесната тежина не функционираат добро ако здравствената единица не назначи лекар кој ќе биде одговорен за менаџирањето на обезноста. Ова има дава можност на главните во групата да разговараат за проблематичните пациенти и други пражања кои ќе произлезат.

Селекција на пациенти

- Само мал дел од натхранетите пациенти можат да се вклучат во основен третман за дебелина и поради тоа треба да се бираат пациенти со можност да имаат корист од третманот.
- Основниот третман за дебелина треба да се понуди на обезни пациенти со новоткриен тип 2 дијабетес.
- Други индикации за основен третман за дебелина вклучува присуство на метаболен синдром, sleer apnea и други заболувања поврзани со дебелина.
- Колку е помлад пациентот толку е поважно да му се понуди основен третман за дебелина.
- Третманот треба да се понуди на пациенти постари од 65 години само во посебни околности.

Цели кои може да се мерат

- **Прифгатливо намалување на телесната тежина е околу 0.5 kg/неделно.** Можно е и поспоро намалување на тежината.
- Целта е да се намали телесната тежина за 5-10%, што овозможува сигнификантно подобрување на третманот на другите заболувања кои се поврзани со дебелината.

- Целта секогаш треба да биде да се задржат постојано резултатите кои се постигнати, што значи постојани промени во начинот на живот.

Цели и содржина на советувањето

- Треба да се следат принципите на мотивационото интервјуирање: самиот пациент си ги мониторира и проценува своите диетарни навики и навиките во исхраната, и според знаењето дадено од инструкторот решава кои промени треба да се направат.
- Најважна цел треба да биде промената во навиките, а не „ да се опседнува со вагата".
- Користењето на енергијата се намалува со намалување на телесната тежина. Одржувањето на телесната тежина е овозможена доколку **промените во навиките на живот се постојани**.
- Промените треба да се изведуваат постепено, може да се почне со 1-2 промени и потоа со повеќе понатаму.
- Најважните начини за намалување на внесот на калории се наведени подолу.
- Промени во оброците (ннд-**А**)
  - Основата треба да е во намалување на калорискиот внес со намалување на количината на масти (ннд-**В**) и со зголемување на количината на зеленчук во исхраната(примена на различни модели на "здрава чинија").
  - Течните млечни продукти треба да бидат обезмастени, а другите напитоци да бидат без калории (вода, газирани пијалаци без шеќер).
  - Намалување на прекумерен внес на алкохол.
  - Треба да се избегнуваат големи количини храна.
  - Мали дневни промени се ефикасни на долотраен план.
  - Потребни се три главни оброци, закуски по потреба.
- Промени во физичката активност (ннд-**А**)
  - Типови на вежби кои се погодни и кои му одговараат на пациентот.
  - Целта: најмалку пола час на ден, скоро секој ден.
  - Потребно е да се зголеми физичката активност за време на секојдневните активности (зголемување на мускулниот напор со качување по скали, пешачење или возење велосипед до работа)
  - Ако се користи педометар, целта треба да биде најмалку 10 000 чекори дневно.
- Промени во навиките на исхрана
  - Треба да се идентификува мотивацијата за јадење. Задоволство или глад?
  - На крајот од оброкот пациентот треба да процени кога тој/таа е сит/сита и да престане да јаде во тој момент.
  - Купување на храна треба да се изведува спрема претходно изготвена листа за купување.
  - Треба да се намали бројот на предизвиците (да нема храна богата со калории во близина)
  - Не треба да се прави ништо друго кога се јаде (гледање телевизија, читање на списанија и сл.)

МНОГУ НИСКО-КАЛОРИЧНА ДИЕТА (МНКД)

- МНКД се состои од:
  - 1700-2100 KJ (400-500 kcal) на енергија, со максимум од 3300 KJ (800 kcal) на ден
  - Најмалку 50gr протеини на ден, се препорачува со цел да се осигура доволен внес на протеини, покрај диетарниот продукт и околу 100г ниско-калорично месо или риба секој ден.
  - Потребни се есенцијални масни киселини, елементи во траги и витамини
- Протокол
  - Диетата се состои од комерцијални формули кои ги исполнуваат критериумите за МНКД.

- Оваа диета ја хадоместува храната и не треба се консумира друга храна во период од 8-12 последователни недели Диетата може да се прекине и порано ако се достигне BMI од 25 kg/m^2.
- Во текот на дијетата пациентот се следи на интервали од 1-2 недели.
- МНКД одговара, на пример, за пациенти со тип 2 дијабетес и хипертензија. Пред да се започне МНКД кај пациентите со дијабетес мора да се прекине или значително да се намали третманот со инсулин, како и да се преполови дозата на сулфонилуреја (ризик од хипогликемија). Дозата на другите лекови не треба да се намалува.
- Намалувањето на телесната тежина е 1.5 kg - 2 kg неделно и брзото намалување на телесната тежина е за 2-2.5 пати поголемо од она кое се постигнува со основниот третман. Но, рандомизираните студии не покажаа значјна разлика во долготрајните резултати соредени со основниот третман изведен без МХКД.
- Само со оваа диета не можат да се постигнат постојани резултати и ако сакаме да го задржиме постигнатото треба да се продолжи со основниот третман што значи промена на навиките на живот.

ЛЕКОВИ ЗА НАМАЛУВАЊЕ НА ТЕЛЕСНА ТЕЖИНА

- Лекарствата не се универзален лек за третман на дебелината. Лекови треба да се пробаат кај пациенти кој имаат метаболен синдром или некои други заболувања поврзани со дебелината и кога промените во животниот стил не дале доволен резултат.
- Кога се препишува лек за намалување на тежината, на пациентот мора да му се дадат насоки во врска со промени на животниот стил.
- За лекови за намалување на дебелината треба да се размислува за оние со BMI преку 30 kg/m^2 (или преку 27-28 kg/m^2 во присуство на дијабетес или друго заболување кое бара намалување на тежината)
- Пациентот треба да биде информиран дека третманот со лекови може да трае неколку години. Кога ќе се запрат лековите, кај повеќето се гледа постепено враќање на тежината.
- Доколку телесната тежина не се намали сигнификантно за 3 месеци (најмалку 5% од почетната тежина), лековите треба да се прекинат.

Орлистат

- Орлистат е инхибитор на липазата кој делува на дигестивниот тракти.Парцијално ја намалува апсорпцијата на мастите од исхраната. Орлистат не се ресорбира во крвта.
- Како резултат на начинот на делување на орлистатот, концентрацијата на LDL холестеролот ќе се намали повеќе отколку ако само се губи тежина.
- Кога се користи лекот, целта е да се ограничи внесот на масти со исхраната до 30% највеќе. Треба да се јадат ужинки со мала количина масти. Пациентот треба да добие доволно совети за правилна исхрана.
- Чести несакани ефекти се масни столици, ургентна потреба за дефекација и масен исцедок од ректумот (>1/10 корисници), што е асоцирано со консумирање масна храна.(ннд-С)
- Орлистатот може да ја намали апсорпцијата на витамините растворливи во масти од гастроинтестиналниот тракт. При долготрајно користење на орлистат се препорачува земање мултивитамински препарати (не треба да се земаат во исто време со капсулите орлистат).
- Пациентите третирани со 120 mg орлистат пред главен оброк, после 12 месеци, имаат просечен губиток во тежината од околу 3 kg повеќе во споредба со пациенти третирани само со плацебо (ннд-В). Бројот на пациенти кои изгубиле повеќе од 10% од почетната тежина е 12% поголем со орлистат во споредба со плацебо.
- Клиничкиот бенефит, во смисол на морбидитет и морталитет, добиен од краткотрајното намалување на тежината постигната со орлистат, останува недокажан.

ПОВРЗАНИ ДОКАЗИ

Cochrane осврти

- Хром пиколинат суплементација може да резултира со скромна редукција во тежината кај обезни или лица со прекумерна тежина споредено со плацебо, но доказите не се доволни. Податоците за можните нсакани ефекти недостасуваат. ннд D
- Подготвување на зелен чај може да биде поврзано со мала редукција на телесната тежина но под прашање е неговото клиничко значење.
- Низок гликемиски индекс може да го зголеми губитокот на тежина и да го подбри липидниот профил подобро од контролирани диета (ннд-С).
- Chitosan може да е поефикасен од плацебо во краткорочен тратман кај натхранети и дебели но доказите доаѓаат главно од студии со слаб квалитет (ннд-С).
- Зголемена физичка активност (обично тренинг за издржливост) без промени во диетата ја намалува натхранетоста за само неколку kg (ннд-А).
- Терапија со интрагастричен балон се покажа дека не ја намалува тежината повеќе од конвенционалните терапии за дебелина и има ризик од несакан ефекти (ннд-В).
- Психолошки интервенции, особено бихејвиорални и когнитивно-бихејвиорални стратегии, го подобруваат намалувањето во тежината кај луѓе кои се натхранети или дебели. Тие се предоминанто корисни кога се комбинираат со диета и стратегија за физичка активност (ннд-А).
- Прлистат се покажа дека ја намалува тежината и крвниот притисок кај хипертензивните пациенти за кратко време, но долгорочни ефекти и ефект на морталитетот и кардиоваскуларниот морбидитет не се јасни (ннд-В).

Други докази збирно

- Guar gum не е ефикасен за намалување на тежината и предизвикува несакани ефекти (ннд-А).
- Ephedrine, ephedrine плус caffeine, или додатоци во исхраната кои содржат ephedra може да се ефикасни за предизвикување умерен краткотраен губиток на тежина во споредба со плацебо (ннд-С).
- Мотивациони испитувања во научни услови може да бидат ефикасни во треманот на широк спектар на проблеми во одбесувањето и ризик фактори (ннд-В).
- Третман на случај со личен контакт се покажа ефикасен начин за подршка за одржување на губитокот на тежината кај натхранети или едбели адулти со додатни кардиоваскуларни ризик фактори (ннд-В).
- Физичка активност комбинирана со ниско-калорична диета се покажа дека го подобрува намалувањето на тежината со не повеќе од неколку килограми во споредба со само ниско-калорична диета (ннд-В).
- Акупунктурата изгледа нема ефект на намалување на тежината иако нема докази од контролирани студии (ннд-D).
- Односот струк-колк изгледа има високо сигнификантна асоцијација со ризик за миокарден инфаркт во повеќето етнички групи во целиот свет. Користењето на односот струк-колк наместо BMI изгледа го подобрува проценетиот ризик за миокарден инфаркт (ннд-В).
- Губитокот во тежина изгледа го подбрува квалитетот на живот во врска со здравјето во некои студии, но ефектот веројатно е мал и студиите се со слаб квалитет (ннд-D).
- Лекувањето на случај со лични контакт се покажа ефикасен начин за подршка во одржувањето н губитокот на тежина кај натхранети или дебели адулти со додатни кардиоваскуларни ризик фактор (ннд-В).

Литература

- Eckel RH. Clinical practice. Nonsurgical management of obesity in adults. N Engl J Med 2008 May 1;358(18):1941-50. PubMed

- Padwal RS, Majumdar SR. Drug treatments for obesity: orlistat, sibutramine, and rimonabant. Lancet 2007 Jan 6;369(9555):71-7. PubMed
- Sjöström L, Rissanen A, Andersen T, Boldrin M, Golay A, Koppeschaar HP, Krempf M. Randomised placebo-controlled trial of orlistat for weight loss and prevention of weight regain in obese patients. European Multicentre Orlistat Study Group. Lancet 1998 Jul 18;352(9123):167-72. PubMed
- Noël PH, Pugh JA. Management of overweight and obese adults. BMJ 2002 Oct 5;325(7367):757-61. PubMed
- Mustajoki P, Pekkarinen T. Very low energy diets in the treatment of obesity. Obes Rev 2001 Feb;2(1):61-72. PubMed
- Anderson JW, Konz EC, Frederich RC, Wood CL. Long-term weight-loss maintenance: a meta-analysis of US studies. Am J Clin Nutr 2001 Nov;74(5):579-84. PubMed
- Sjöström L. Surgical intervention as a strategy for treatment of obesity. Endocrine 2000 Oct;13(2):213-30. PubMed
- McTigue KM, Harris R, Hemphill B ym. McTigue KM, Harris R, Hemphill B, Lux L, Sutton S, Bunton AJ, Lohr KN. Screening and interventions for obesity in adults: summary of the evidence for the U.S. Preventive Services Task Force. Ann Intern Med 2003 Dec 2;139(11):933-49. PubMed
- Li Z, Maglione M, Tu W, Mojica W, Arterburn D, Shugarman LR, Hilton L, Suttorp M, Solomon V, Shekelle PG, Morton SC. Meta-analysis: pharmacologic treatment of obesity. Ann Intern Med 2005 Apr 5;142(7):532-46. PubMed
- Lindström J, Ilanne-Parikka P, Peltonen M et al; Finnish Diabetes Prevention Study Group. Sustained reduction in the incidence of type 2 diabetes by lifestyle intervention: follow-up of the Finnish Diabetes Prevention Study. Lancet 2006 Nov 11;368(9548):1673-9. PubMed
- Galani C, Schneider H. Prevention and treatment of obesity with lifestyle interventions: review and meta-analysis. Int J Public Health 2007;52(6):348-59. PubMed
- Rucker D, Padwal R, Li SK, Curioni C, Lau DC. Long term pharmacotherapy for obesity and overweight: updated meta-analysis. BMJ 2007 Dec 8;335(7631):1194-9. PubMed
- Автор: Partti Mustajoki Article IS: ebm00500 (024.002) ©2013 Duodecim Medical Publications Ltd

1. **EBM-Guidelines, 28.11.2013, www.ebm-guidelines.com**
2. **Упатството треба да се ажурира еднаш на 2 години.**
3. **Предвидено следно ажурирање до декември 2015 година.**

Упатството го ажурирал-Д-р.Билјана Зафировска
Координатор-Проф.Д-р. Катица Зафировска

1430.

Врз основа на член 27 став (1) од Законот за здравствената заштита („Службен весник на Република Македонија“ број 43/12, 145/12, 87/13, 164/13, 39/14, 43/14, 132/14, 188/14 и 10/15), министерот за здравство донесе

У П А Т С Т В О
ЗА МЕДИЦИНСКОТО ЗГРИЖУВАЊЕ ПРИ ОСТЕОПОРОЗА - ДИЈАГНОЗА И ФАРМАКОТЕРАПИЈА

Член 1

Со ова упатство се утврдува медицинското згрижување при остеопороза - дијагноза и фармакотерапија.

Член 2

Начинот на медицинското згрижување при остеопороза - дијагноза и фармакотерапија е даден во прилог, кој е составен дел на ова упатство.

Член 3

Здравствените работници и здравствените соработници ја вршат здравствената дејност на медицинското згрижување при остеопороза - дијагноза и фармакотерапија по правило согласно ова упатство.

По исклучок од став 1 на овој член, во поединечни случаи по оценка на докторот може да се отстапи од одредбите на ова упатство, со соодветно писмено образложение за причините и потребата за отстапување и со проценка за натамошниот тек на згрижувањето, при што истото од страна на докторот соодветно се документира во писмена форма во медицинското досие на пациентот.

Член 4

Со денот на влегувањето во сила на ова упатство престанува да важи Упатството за практикување на медицина заснована на докази при остеопороза: дијагноза и фармакотерапија („Службен весник на Република Македонија“ бр. 49/14).

Член 5

Ова упатство влегува во сила наредниот ден од денот на објавувањето во „Службен весник на Република Македонија“.

Бр. 17-2376/1
27 февруари 2015 година
Скопје

Министер,
Никола Тодоров, с.р.

Прилог

ОСТЕОПОРОЗА: ДИЈАГНОЗА И ФАРМАКОТЕРАПИЈА

EBM Guidelines
18.1.2014

- Основни податоци
- Дефиниција
- Превенција
- Мерење на коскен дензитет
- Лабораториски испитувањапри сомнение за остеопороза
- Третман на остеопороза
- Следење
- Поврзани извори
- Референци

ОСНОВНИ ПОДАТОЦИ

- Цел на превенцијата и третманот на остеопорозата е да се превенираат фрактури.
- Во превенцијата на остеопорозата на ниво на популацијата најважно е да се осигури доволен внес на калциум и витамин Д и да се советуваат соодветни навики за физичка активност, како и да се прекине пушењето
- Дијагнозата на остеопорозата е одговорност на примарната здравствена заштита.
- Мерење на густината на коскена маса треба да се врши кај ризични групи, Види Табела 1. Општ, не-таргетиран DXA скрининг не е индициран (ннд-В). Мерењето на коскената густина таргетирана кај лица со зголемен ризик е кост-ефективно и треба да биде дел од јавната здравствена грижа.
- Третманот мора да е корисен за оние пациенти кои веќе имаат историја за ниско-енергетска фрактура, вообичаено после паѓање на рамно. Пациентите кои имале ваква фрактура треба да се упатат на мерење на коскената густина или директно на третман. Тие имаат 2-4 пати поголем ризик од фрактура.
- Причините за секундарна остеопороза треба да се идентификуваат и третираат (хиперпаратироидизам, хипертироидизам, Кушингова болест, хипогонадизам, уремија, целијачна болест, иелома, глукокортикоидна терапија, ревматоиден артритис).
- Бисфосфонатите се лекови од прва линија во превенцијата и третманот на остеопорозата. Естрогенската терапија се спроведува и при превенција и третман на остеопороза кај жени со постменопаузални симптоми кои бараат третман и кои немаат артериска болест.
- Успехот на фармаколошката терапија се проценува со мерење на коскената густина и, на ниво на популацијата, со намалување на компликациите.

Табела 1. Состојби за мерење на коскена маса (густина)

1	Анамнеза за ниско-енергетска фрактура (добиена со пад од исто ниво или надолу од мала висина).
2	Пациентот е жена со возраст над 65 години, и која има ризик фактори • Фрактура на колк кај мајката • Седентарен начин на живот, продолжена имобилизација (како после мозочен удар) • Тешко пушење • Низок внес на калциум • Слаби пациенти

3	Пациентот има други заболувања и фактори кои доведуваат до зголемен ризик за остеопороза, како: • Менопауза пред 45 годишна возраст без естрогенска терапија • Продолжена аменореја • Долготрајна (> 3 месеци) глукокортикоидна терапија • Примарен хиперпаратироидизам • Недостаток на витамин Д • Трансплантација на органи • Хронична бубрежна инсуфициенција • Кушингова болест • Гастроинтестинални болести; целијакија, улцеративен колитис, Кронова болест, состојба по гастректомија, тешка интолеранција на лактоза кај пациенти кои не користат додатоци на калциум • Хронично заболување на црниот дроб • Ревмаоиден артритис и други поврзани болести • Мозочен удар • Лекови: фентоин, карбамазепин, тироксин во високи дози кај карцином на тироидеа, долготрајна терапија со хепарин, ароматаза инхибитори кај карцином на дојка • Хируршка или медикаментозна кастрација кај пациенти со канцер на простата
4	Сомневање за остеопороза на база на Ртг снимки (промени на пршлени или впечаток за намалена концентрација на калциум).
5	Губење на висина повеќе од 5 cm, торакална кифоза

ДЕФИНИЦИЈА

- **Остеопорозата** е дефинирана како состојба каде намалената јачина на коската ја предиспонира за фрактура. Јачината на коската зависи и од количината на коска (густина) и од нејзиниот квалитет. Историја за фрактури сугерира лош квалитет на коската.
  - Најчести се фрактурите на горен фемур (врат и трохантери), зглобови и торакални пршлени.
  - Остеопорозата е тешка кога остеопоротичната коскена густина е асоцирана со една или неколку остеопоротични фрактури.
- **Остеомалација** е нарушување на минерализацијата на коскениот матрикс. Повремено овие две нарушувања, остеомалација и остеопороза заедно се појавуваат.
- **Кај остеопенијата,** коскената густина е само лесно намалена (-2.5 < Tscore ≤ -1).

ПРЕВЕНЦИЈА

- **Калциумот** треба да се користи во исхраната во доволни количини а кај ризичните групи од 1–1.5 g/ден (ннд- **А**).
- Препораките за дневен внес на калциум и витамин Д(Види Табела 2 и член 1),
  - Четири чаши на обесмастено млеко содржи 1 g на калциум; истата количина ја има во 100 g сирење.
  - Доволна количина на калциум треба да се прима во тек на растот и развојот на коските.
  - Количината на калциум во калциумските препарати варира; поголемите дози од препорачаните не се корисни во превенција и третман.
- Најважен извор на витамин Д се рибата и додатоците во исхраната кои содржат витмин Д.
  - Луѓето со возраст над 60 год., се на ризик за неадекватен внес на витамин Д. Субституција со витамин Д (800 IU дневно) е корисно и докажано дека за превенција на фрактури кај мажи и жени (ннд-А). На сите индивидуи од оваа група им се препорачува да земаат витамин Д за време на темните сезони од годината (без доволно сончева светлина), а оние кои поминуваат малку време надвор од дома, треба да го земаат преку целата година.
  - Витамин Д, исто така, намалува паѓање кај постари лица (ннд-А), со подобрување на мускулната снага. Кај постари, ефектот на сончева светлина е незначителен.

- Супституција со витамин Д и калциум се препорачува кај пациенти на долготраен кортикостероиден третман (ннд- **В**). Кај нив често е потребен третман со бисфосфонати.
- Серумска концентрација на 25ОН-Д витамин кој го рефлектира просечниот статус на витамин Д, варира во зависност изложувањето на сончева светлина. Концентрации помали од 40 nmol/l сугерираат дефицит, а помали од 20 nmol/l се тежок дефицит. Целна вредност е околу 50 до 80 nmol/l.
- Трансформацијата на витамин Д во биолошки активен калцитриол се случува во бубрезите и може да биде намалена при бубрежно заболување, а исто така и кај постари.
- Дефицит на витамин Д и калциум предизвикува секундарен хиперпаратироидизам.

- **Физичката активност** е ефикасна превентивна мерка за остеопороза (ннд- **А**)
  - Половина час пешачење или друга физичка активност која го оптеретува скелетот (аеробна) три пати неделно е едоволно.
  - Физичката активност е неопходна во детството и адолесценцијата кога коските растат, но таа е корисна и во сите возрасни групи.
  - Лежење (имобилизација) води до брз минерален губиток на коската.
- Потребно е да се размислува за превентивен треман за остеопороза кај пациенти на долготрајна гликокортикоидна терапија (ннд-А) како додаток на базичната терапија (калциум и витамин Д) (ннд-В). Кај пациенти на гликокортикоиди, се препорачува фармаколошка превенција на остеопорозата кога скоровите за густина на коската се на ниво на остеопенија, ако дозата на преднизолон надмине 5mg/дневно и планираното траење на третманот треба да биде најмалку 3 месеци.
- **Хормонска заместителна терапија кај постменопаузални жени**
  - **Оваа терапија** се користи за третман на постменопаузални симптоми и е корисен за превенција на остеопороза (ннд-В), особено за време на првите 10 години. Дури и после периодот за кој се знае дека хормонската заместителна терапија има корисен ефект, таа ја намалува стапката на вертебрални фрактури. Кај пациенти помлади од 75-80 години веројатно има намалување на појавата на фрактури на прксималниот фемур.
  - Сепак, поради ризикот за карцином на дојка и тромбоемболија, ХЗТ не е индицирана за превенција или третман на остеопороза кај жени на кои не им треба ХЗТ за постменопаузалните симптоми.
  - Ралоксифен има ефект на коските сличен на естрогените (ннд-А), но нема ефект на матката или дојките. Покажано е дека го намалува ризикот за карцином на дојка.

Табела 2. Препорачан внес на калциум и витамин Д (Северна температурна клима)

Возраст и услови на живот	Калциум, mg	Витамин Д, IU
1. 40 IU = 1 μg 2. Зголемување на внесот на калциум од 500–1000 mg на ден може да има некој ефект на превенција на остеопороза кај жени.		
Растење	900	300
21–60 години	800	300
> 60 години	800[2)]	400
Бременост и доење	900	400

МЕРЕЊЕ НА КОСКЕН ДЕНЗИТЕТ

- Рана дијагноза на остеопороза, пред да се појави фрактура, е можна со **мерење на коскената густина**. Препорачани методи се базираат на ниско-зрачна (x-ray) радијација (Dual Energy X-Ray Absorptiometry, DXA), при што се мери коскениот дензитет на горниот фемурот и лумбален рбет.
  - Резултатите се споредуваат со коскениот дензитет кај здрави особи 20–40-годишна возраст (максимална вредност, T score).
  - Испитувањето се смета за сигнификантно за остеопороза доколку коскениот дензитет е помал од 2.5 SD (ца. 25%) или повеќе од максималните вредности (T score ≤ - 2.5).

Намалените вредности на коскениот дензитет се независен **ризик фактор за фрактури (ннд-А).** Намалување од 1 SD (остеопоенија) мерена на вратот на фемурот го зголемува за два пати ризикот за фрактури (ннд- **В**). Види Табела 3.

- Остеопорозата се смета за тешка, доколку коскениот дензитет е за 2.5 SD или повеќе, под максималната вредност и пациентот има компликации од фрактура предизвикана од остеопороза.
- DXA скен на лумбалниот рбет е сигурен кај млади и средовечни индивидуи кои немаат промени кои би интерферирале со испитувањето. Со напредната возраст доаѓа до промени како калцификации на аортата, остеофити, дегенерација назглобните фасции, остеопоротични фрактури и губиток на интервертебралните зглобни простори што интерферира со мерењето на коскената густина на прешленските тела. Низок DXA скор кај постари лица е сигурен, но лица со нормален скор може да имаат тешка остеопороза како резултат на овие извори на грешка.
- Кај нејасни случаи, нативна рентгенска слика на грбот може да ги открие изворите на грешка. CT скен ќе ја открие анатомијата на прешлените кога има сомнение за канцер.
  - DXA скен на колковите не ги повлекува значајните извори на грешка; затоа DXA скен на проксималниот фемур е подобар за процена на остеопорозата на колкот кај постари лица.
- Дозата на радијација од DXA е мала и зависи од опремата, а одговара на природната околна радијација од најмногу две недели.Дозата е многу помала од радиографија на истата регија.
- Мерењето на периферната коскена густина на калканеусот (P-DXA) предвидела фрактури во студии на популационо ниво, но тешко е да се примени резултатот на индивидуално ниво, и овие мерења не се препорачуваат.

- **Мерење со ултразвук** (ннд-**С**) на калканеусот (QUS) е брза и нерадијациона метода за скрининг. Не е мерење на дензитет и не ја заменува DEXA техниката. Ултразвукот мери и други фактори кои имаат влијание врз евалуација на ризикот за фрактури.
- Квантитативен CT скен може да ја мери актуелната волуметриска густина на коската и не само ареалната густина која се мери со DXA. Сепак за сега неговата употреба е лимитирана само за истражувачки цели.

Табела 3. Дијагностички критериуми за остеопороза по работната Група на СЗО. Резултатите се базирани на голема група на пациенти-бели жени собрани од компаниите кои произведуваат апарати за остеопороза.

Класификација	Критериум
Нормално	Коскена маса/минерален дензитет (БМД) кореспондира со просечниот коскен дензитет кај здрави особи од 20–40 год. (врв на коскен дензитет) ±1 SD
Ниска коскена маса, остеопенија	• БМД е 1–2.5 SD пониска од врвот на коскениот дензитет
Остеопороза	• БМД е 2.5 SD или повеќе пониска од врвот на коскен дензитет
Тешка остеопороза	Покрај горенаведеното, пациентот има една или повеќе фрактури предизвикани од остеопороза.

Индикации за мерење на коскен дензитет

- Мерењето на коскен дензитет треба да се прави на ризичните групи кои ќе имаат корист од третманот; види табела 1.
- Пациенти со ниско-енергетски фрактури
  - Кај пациенти кои имаат вертебрална фрактура или фрактура на колк, фармакотерапијата за остеопороза може да започне без претходно мерење на коскената густина со исклучување на канцер и секундарни причини за остеопороза.
- Жени над 65 години, особено ако имаат ризик фактори за остеопороза (види табела 1)

- Пациенти на долготрајна (>3 месеци) терапија со гликокортикоиди или кои примаат повторувани терапии со орални гликокортикоиди.
- FRAX индекс може да се користи за процена на остеопоротичен фрактурен ризик и потребата за лекови.

Скрининг за коскена густина

- Неселектирани скринизи за коскена густина не се сметаат за научно оправдани (ннд-В).
- Мерење на коскената густина се прави со цел да се евалуира индивидуалниот ризик за фрактура кај пациенти со еден или повеќе ризик фактори кога се размислува за продолжен третман. Истиот апарат кој е користен за дијагноза, треба да се користи за следење.

ЛАБОРАТОРИСКИ ИСПИТУВАЊА ПРИ СОМНЕНИЕ ЗА ОСТЕОПОРОЗА

- Сегашните лабораториски тестови не се доволни за дијагноза на примарна остеопороза. Тестовите се однесуваат за секундарна остеопороза, остеомалација и други причини на болка во коската. Лабараториските испитувања може да се користат за мониторирање на ефикасноста на препорачаната терапија. Остеопороза најчесто е секундарна кај мажи и пременопаузални жени и потребна е консултација со специјалист.
- Примарни лабораториски испитувања (откако ќе се постави дијагноза на остеопороза)
  - Седиментација, крвна слика, серумски калциум, 24 -часовна калциурија, серумска алкална фосфатаза, кај мажи тестостерон.
  - Во за висност од состојбата, TSH, 1.5 mg dexamethasone супресивен тест, серумска и уринарна протеинска електрофореза, трансглутамиснки антитела, 25-ОН витамин Д.
- Кај болни и постари луѓе, ниски вредности на серумски калциум често се асоцирани со ниски серумски албумини, во кој случај се пресметува тотален серумски калциум прилагоден према албумините или се одредува јонизиран калциум.
- Ниски и нормални вредности на серумски калциум во комбинација со ниски вредности на серумската фосфатаза може да бидат предизвикани од малапсорпција и остеомалација. Серумската алкална фосфатаза од коските може да биде покачена и серумскиот паратхормон исто така.
- Ниско или нормално ниво на серумскиот калциум во комбинација со многу ниско ниво на серумски фосфти укажува на малапсорпција или остеомалација. Серумската алкална фосфатаза од коските во овие услови е покачена и паратхормонот е секундарно покачен, Вкупното ниво на серумската алкална фосфатаза не е корисна за дијагноза на примарна остеопороза.
- Лабораториските тестови за детекција на секундарна остеопороза се бираат на база на историја на болести и клинички испитувања (хипертироидизам, хиперпаратироидизам, недостаток на витамин Д, Кушингова болест, уремија, целијакија, интолеранција на лактоза, миелом, ревматоиден артритис, можна хормонска терапија за карцином на простата).
- Доколку е суспектен примарен хиперпаратироидизам
  - Серумскиот паратхормон и серумскиот калциум се зголемени, серумскиот креатинин и албумин се нормални. Секундарно покачување на серумскиот паратхормон е често кај целијакија и недостаток на витамин Д и калциум, како и кај бубрежна слабост и бубрежна хиперкалциурија.
- Доколку е суспектен недостаток на витамин Д
  - Серумскиот 25-ОН витамин Д е низок. Серумската алкална фосфатаза е зголемена, серумскиот калциум е намален или близу нормален, 24ч калциурија е намалена, серумскиот паратхормон може да биде покачен секундарно.
  - Недостатокот на витамин Д е чест кај постари пациенти за време на зимскиот период и причина за благо покачување на серумската алкална фосфатаза.
  - Концентрациите на серумскиот 25-ОН витамин Д зависат од годишното време и изложувањето на сонце кај млади индивидуи, додека ефектот на сочевите зраци кај постари не е значаен. Концентрации под 40 nmol/l сугерираат дефицит. Целно ниво за

серумски 25-ОН витамин Д е преку 40-50 nmol/l; во Америка за целното ниво се смета преку 80 nmol/l.
  - Недостатокот на витамин Д, предизвикува рахитис кај деца, и остеомалација кај возрасни.
- Биохемиски маркери на коскениот метаболизам
  - Маркерите ја мерат или ресорпцијата или формацијата на коските.
  - Во клиничката пракса, најважната индикација за користење маркери е следење на ефикасноста на третманот наменет за превенција на коскената ресорпција.
  - Најчесто користени маркери се серумски PINP кој мери формација на коската и уринарен INTP (NTx) и серум тартрат резистентна кисела фосфатаза (TRAP) која мери ресорпција на коски. Серумскиот PINP може да се користи за следење на терапија наменета за коскена формација.
  - Во клинички студии за антиостеопоротични лекови, намалувањето на концентрацијата на биохемиските маркери на коскениот метболизам предвидуваат превенција на фрактура подобро од промените во коскената минерална густина во текот на третманот.
  - Одредување на маркерите може да се користи ако решените за започнување на терапија е направено само врз основа на едно мерење на густината. Зголемена концентрација подржува започнување на терапија.
- Рендгенграфија
    - Интерпретацијата на умерена остеопороза е тешка и укажува само на можност за постоење на оваа состојба. Вертебралните фрактури дијагностицирани со рендгенграфија неможе да се интерпретираат дека се резултат на остеопороза додека не се исклучат останатите можни заболувања.
    - Остеопоротични вертебрални фрактури се важна индикација за антиостеопоротична медикација. Поради тоа општо е прифатено да се направи рендгенграфија на рбетот (латерална проjекција е доволна) кога се донесува клиничко решение за третман на остеопороза.

ТРЕТМАН НА ОСТЕОПОРОЗА

Промени во стилот на живот

- Основниот третман на остеопорозата е доволен внес на калциум и витамин Д, физичка активност и избегнување на пушењето.

Фармаколошка терапоја

Позадина при донесување решение за третман

- Намалување на коскената минерална густина (BMD) за една стандардна девијација го зголемува ризикот за фрактури два до три пати.
- Историја за фрактури предвидува нова фрактура независно од коскената густина. Ова е покажано кај пациенти со претходни фрактури на рбетот, рачниот зглоб или колкот. Ризикот од нови фрактури особено се зголемува брзо после првата фрактура. Една од пет пост-менопаузални жени имаат новаат вертебрална фрактура во првата година после првата ваква фрактура.
- Возраста е независен ризик фактор за скршеница на коска, кој не зависи од BMD. Ризикот за фрактура се дуплира секои десет години од возраста.
- Третманот на рбетната остеопороза е повеќе исплатлив (помал број пациенти треба да се третираат за да се превенира една нова вертебрална скршеница) кога се цели кон пациенти со историја за вертебрална скршеница споредено со иние кои имаат само ниска BMD. Ниска BMD како таква не значи дека третманот на остеопорозата ќе биде исплатлив.
- Во клинички студии, превенцијата на фрактурите на колкот била успешна кај пациенти само со ниска BMD, Исплатливоста на третманот се подобрила кога третманот ги целел

оние пациенти кои биле доволно стари, имале ниска BMD и историја за фрактури. За медикаментозен третман треба да се размислува само кај индивидуи кои се движат независно.

Табела 4. 10-годишна веројатност за фрактура на колк (%) кај Шведски мажи и жени со T score на феморалниот врат ≤ –2.5 (Kanis JA et al. Osteoporos Int 2005;16:581-9 2)

Возраст	Мажи	Жени
50	5.1	2.9
60	6.0	7.8
70	14.3	18.3
80	24.3	27.9

Индикации за медикаментозна терапија

- Покрај основниот третман, медикаментозната терапија за остеопороза се започнува ако пациентот има остеопоротична фрактура. Види табела 5.
- Кај пациентите со вертебрална фрактура или фрактура на колк, медикаментозната терапија може да започне без коскена дензитометрија после исклучУвање на канцер и други причини за секундарна остеопороза.
- Кај пациенти со други фрактури (рачен зглоб или надлактица), остеопорозата се потврдува со коскена дензитометрија пред почетокот на терапијата.
- Кога треба да се донесе решение за медикаментозна терапија во состојба кога единствен наод е BMD вредност која индицира остеопороза (T-score ≤ -2.5SD) фактори кои треба да се разгледаат се тежината на остеопорозата спрема BMD мерењето, возраста на пациентот (напредната возраст фаворизира третман), семејна историја за остеопороза, општата состојба на пациентот, коморбидитетите и лекарствата кои ги зема, специјално гликокортикоиден тратман).
- Кај пациенти кои немаат историја за фрактури и немаат ризик фактори или семејна историја за остеопороза, се препорачува да се одложи BMD мерењето до возраст од 65-70 за да се избегне ниска исплатливост. До тогаш, возраста станува ризик фактор.

Табела 5. Превенција и третман на остеопороза.

Интервенција	Имплементација
Превенција и основна терапија	• Доволен внес на калциум и витамин Д • Редовна физичка активност • Избегнување на пушење
Фармакотерапија	
Бифосфонати	• Alendronate 70 mg еднаш неделно наутро пола час пред појадок со доволно вода; пациентот мора да остане во исправена состојба половина час пред појадокот • Risedronate 35 mg еднаш неделно наутро исто како алендронатот • Ibandronate 150 mg еднаш месечно наутро исто со алендронатот, или 3 mg со интравенска инјекција секои 3 месеци • Zolenronic acid 5 mg со интравенска инјекција еднаш годишно
Denosumab	60 mg со субкутана инјекција секои 6 месеци
Strontium ranelate	2 g дневно орално 2 часа после оброк, пожелно непосредно пред спиење
Teriparatide	20 μg еднаш дневно со субкутана инјекција за максимум од 24 месеци
PTH (1-84)	100 μg со субкутана инјекција еднаш дневно за максимум од 24 месеци
Калцитонин	• 200 IU дневно интраназално: помала доза е доволна за намалување на болка

Естрогени	• Орален естрадиол 1–2 мг/дневно или трансдермална лепенка која отпушта 25-50 μг на естрадиол /ден или 0.5–1.5 мг на естрадиол гел еднаш дневно на кожата. • Континуиран или цикличен прогестин се додава во зависност од менопаузалниот статус; прогестинот е неопходен ако пациентката имала хистеректомија
Raloxifene	60 mg орално еднаш на ден
Tibolone	2.5 mg орално еднаш дневно
Тестостерон (само кај мажи)	• Зависи од подготовката, или 250 mg тестостерон естри интрамускуларно на 2–4 недели или testosterone undecanoate 1000 mg секои 10-14 недели интрамускуларно • 5 mg на тестостерон гел (содржи 50 mg тестостерон) на кожа еднаш дневно

Комитетот на Европската медицинска агенција (EMA) за проценка на фармако-обсерваторен ризик (ПРАЦ) во јануари 2014 препорача стопирање на употребата на стронциум ранелат како резултат на неочекуваните кардиоваскуларни и тромбемболиски евенти. Конечната одлука на оваа тема се чека од Комитетот за хумана употреба на медицински продукти (CHMP).

Индикации за користење

- Лековите за кое е покажано дека превенираат радиолошки или клинички вертебрални фрактури се погодни за третман на остеопороза на рбетот, како естрогени, тиболон, алендронат (ннд-А), ибандронат, ризедронат (ннд-В), золендронична киселина (ннд-А), деносумаб, ралоксифен (ннд-А), калцитонин (ннд-С), стронциум ранелат (ннд-В), и паратироидниот хормон терипаратид (ннд-А) и PTH 1-84.
- Лековите за кои е покажано дека превенрираат екстравертебрални фрактури се погодни за третман на остеопороза на проксималниот фемур, како естрогени, алендронат (ннд-А), ризедронат (ннд-В), золендронична киселина (ннд-А), деносумаб и стронциум ранелат (ннд-В).
- Тестостеронот може да се дава за третман на машки хипогонадизам.

Бифосфонати

- Лекови од прва линија за третман а остеопороза.
- Се препишуваат во профилактични цели за пациенти со висок ризик кои започнуваат со долготрајна гликокортикоидна терапија или терапија со гликокортикоиди во големи дози .
- Контраиндикациите се хипокалцемија, напредната бубрежна слабост (GFR < 35ml/мин), езофагеални абнормалности или други фактори (како стриктури или ахалазија) кои го успоруваат празнењето на езофагусот, како и невозможност да се стои во исправена позиција 30 минути.
- Золендроничната киселина добро одговара за пациенти со фрактура на колкот кај кои не одговара друг третман, оралната апсорпција е несигурна или третманот не одговара поради лоша комплијанса.
  - Золенроничната киселина се дава еднаш годишно во доза од 5mg како кратка интравенска инфузија.
  - Кај пациенти со фрактура на колк, золенроничната киселина се покажало дека превенрира нови фрактури и редуцира морталитет.

Калцитонин

- Помалку потентен од бисфосфонатите. Несаканите ефекти се ретки.
- Болни фрактури предизвикани од остеопороза се специјална индикација за третман со калцитонин. Вообичаениот период на третман е еден до два месеци.

- Најчесто се користи интраназална доза од 200 IU.
  - Калцитонинот ја подобрува коскената минерална густина само малку.
- Ефектот со кој ја намалува болката делумно е условен од централниот нервен систем.
- Во третманот на болна вертебрална фрактура, калцитонинот може да се комбинира со бисфосфонати.
  - Траењето на комбинираниот третман е обично ограничено на само неколку месеци.

Долготрајна употреба на антиостеопоротична медикација

- Долготрајната употреба на овие лекови е скапа; поради ова потребна е потврда за остеопороза и евалуација на тераписките ефекти. Поради тоа, за да се донесе решение за тратман потребно е претходно да се направи коскена денситометрија на лумбалниот рбет и проксималниот фемур, а подоцна да се следи терапевтскиот ефект со контролна денситометрија или биохемиски да се одреди степенот на коскена деструкција.
- Кај пациенти на гликокортикоиди, фармаколошка превенција на остеопорозата е веќе препорачаниот како остеопеничен score за коскена густина, ако дозата на преднизон или преднизолон надмине 5 mg/дневно и планираното траење на третманот е најмалку 3 месеци. Пациентите кои примаат гликокортикоидна терапија може да имаат фрактура на повисок score на коскена густина од пациенти кои не примаат ваква терапија.
- Пациентите кои примаат долготрајна хормонска терапија за канцер на простата или ароматаза инхибитор за канцер на дојка, може да добијат медикаментозна терапија за профилакса или за третман на почетна остеопороза.
- За прекинување на терапијата со бисфосфинати треба да се размислува после 5 години од почетокот на третманот за превенција од некроза на вилицата, ретка (1:10 000) компликација од лекот која се гледа кај пациенти со остеопороза, или да се превенираат атипични фрактури (фрактури на субтрохантеричната или диафизеалната регија на фемурот) предизвикани од ексцесивна супресија на коскениот метаболизам. Прекинот на терапијата е подржан и од фактот дека пациентот немал фрактури и ако остеопорозата е подобрена до остеопенија во тек на третманот.
- DXA после прекинување на третманот треба да се изврши за 1 до 2 години.

Не е неопходно да се прекине третманот во тек на заздравување од фрактура или во тек на периодот на реконвалесценција после заместителна артропалстика, со исклучок на третман со естрогени и ралоксифен.

Други лекови

- *Терипаратид А* е аналог на паратироидниот хормон и се дава еднаш дневно субкутано. Индициран е за третман на најтешки случаи на рбетна остеопороза. Употребата е ограничена со цената. Паратироидниот хормон PTH (1-84) исто се користи за третман; исто се дава еднаш дневно субкутано. Времетрасењето на третманот со овие лекови не треба да надмине 24 месеци.
- *Стронциум ранелат* ја зголемува коскената ресорпција додека коскената формација продолжува без засегање. Покажано е дека ги намалува и фрактурите на колкот и фрактурите на рбетот кај постменопаузални жени со остеопороза (ннд-В).
  - Лекот се дава кај пациенти кај кои бисфосфонатите не се толерираат или не се ефикасни. Несаканите ефекти се ретки, но можна е хиперсензитивна реакција со кожни манифестации.
  - Напредната бубрежна слабост (GFR < 30 ml/мин) е контраиндикација. Потребно е внимание кај пациенти со зголемен ризик за тромбоемболични компликации.
  - Може и да се користи како лек од прва линија
  - Комитетот на Европската медицинска агенција (EMA) за проценка на фармако-обсерваторен ризик (ПРАЦ) во јануари 2014 препорача стопирање на употребата на стронциум ранелат како резултат на неочекуваните кардиоваскуларни и тромбемболиски евенти. Конечната одлука на оваа тема се чека од Комитетот за хумана употреба на медицински продукти (CHMP).

- *Деносумаб* е нов антиостеопоротичен лек кој ја блокира функцијата на RANK лигандите кои се важни за коскениот метаболизам. Се спречува матурацијата и функцијата на остеокластите и се зголемува нивната апоптоза. Покажано е дека деносумабот превенира вертебрални фрактури и фрактури на колкот, како и екстравертебрални фрактури кај постменопаузални жени. Додатно, покажано е дека превенира вертебрални фрактури кај мажи кои примале хормонска терапија за канцер на простата. Лекот добро се толерира.
  - Лекот одговара за пациенти кај кои бисфосфонатите не се толерираат или се неефикасни
  - Бубрежна слабост не е контраиндикација
  - Може да се дава како медикација од прва линија.
- *Тестостерон* се користи за третман на остеопороза асоцирана со машки хипогонадизам 4. Гликокортикоидна терапија може да го намали тестостеронот кај мажите. Тестостерон под 7.2 nmol/l се смета како граница за препорачување третман.

Тиазидите ја намалуваат уринарната екскреција на калциум и заштитуваат од остеопороза (ннд- **C**), што треба да се земе во предвид кај пациенти со хипертензија и кардијална инсуфициенција.

СЛЕДЕЊЕ

- Ако остеопенијата на почетокто се остави без третман, состојбата треба повторно да се процени после 2-5 години.
- Со биохемиските маркери на коскен метаболизам (види погоре), може да се процени ефикасноста на третманот после 1-3 месеци од неговиот почеток.
- Контролни мерење на коскената густина кај фармаколошки третман на остеопороза
  - Према индивидуална одлука, мерењето треба да се повтори после 2-3 години (пожелно на ист DEXA апарат; честа е грешка од 2-4% кај мерења со иста метода). Густината треба да остане барем на нивото од пред третманот.
  - Кога лековите, за кои било планирано привремено да се даваат, се прекинат DXA мерење е потребно после 1-2 години.
- Ако медикаментозната терапија започнала поради вертебрална фрактура, следењето може да се базира на контрола со рендгенграфија.

ПОВРЗАНИ ДОКАЗИ

Cochrane осврти

- За подобрување на користењето на коскената минерална густина кај остепорозата, повеќе професионални интервенции може да резултират со скромно подобрување. Ефектот е поголем ако пациентот е дел од интервенцијата (ннд-C).
- Нема доволно докази за рутинско давање бисфосфонати кај деца со секундарна остеопороза (ннд-D).
- Додавање флуориди се покажа дека го зголемува ризикот за не-вертебрални фрактури и нема ефект на вертебралните фрактури и покрај зголемувањето на коскената минерална густина на лумбалниот рбет (ннд-B).
- Калцитонинот се покажа дека превенира намалување на коскена маса на лумбалниот рбет, но не и на феморалниот врат. Ефикасноста за превенција на фрактура останува да се утврди (ннд-C).

Други докази збирно

- Оралната антикоагулантна терапија може да е асоцирана со лесно намалување на коскената густина во ултра дисталниот радиус, но нема докази за значајно намалување на другите места (ннд-C).

- Не е возможно да се предвиди индивидуален ризик за фрактура со испитување на серумски и биохемиски маркери на коскениот turnover (ннд-С).
- Физичка активност (сегашна и минатa) може значително да го намали ризикот за фрактура на колкот (ннд-С).
- Коскената минерална густина може нагло да се намали после прекинот на хормонската заместителна терапија, но не под нивото на плацебо групата (ннд-С).
- За многу жени, прекинувањето на алендронатот после 5 години за уште плус 5 години не го зголемува фрактурниот ризик, но жените со поголем ризик за клинички вертебрални фрактури (како тие со вертебрална фрактура или многу низок BMD) може да имаат корист да продолжат со терапијата над 5 години (ннд-В).

Клинички насоки

- Management of osteoporosis. A national clinical guideline. Edinburgh (Scotland): Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN); 2003:71 1
- Management of osteoporosis. Southfield (MI): Michigan Quality Improvement Consortium; 2006 (pdf sheet) 2

Други интернет извори

- Osteoporosis management: The online series. AMA Continuing Medical Education Program for Primary Care Physicians. American Medical Association 2004 3
- Osteoporosis – Prevention, diagnosis and treatment. Systematic literature review. SBU Report 165/1+2. SBU – The Swedish Council on Technology Assessment in Health Care, 2003 4
- Osteoporosis in Postmenopausal Women: Diagnosis and Monitoring. Evidence Report/Technology Assessment No. 28. Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) Publication No. 01-E032 5
- Wells GA, Cranney A, Boucher M, Peterson J, Shea B, Robinson V, Coyle D, Tugwell P. Biphosphonates for the primary and secondary prevention of osteoporotic fractures in postmenopausal women: a meta-analysis. Technology report no 69. Ottawa: Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health; 2006 6 [*Tiivistelmä suomeksi*]
- Stevenson M, Davis S, Lloyd-Jones M, Beverley C. The clinical effectiveness and cost-effectiveness of strontium ranelate for the prevention of osteoporotic fragility fractures in postmenopausal women. Health Technol Assess 2007;11(4) 7 [*Tiivistelmä suomeksi*]
- Stevenson M, Lloyd Jones M, De Nigris E, Brewwer N, Davis S, Oakley J. A systematic review and economic evaluation of alendronate, etidronate, risedronate, raloxifene and teriparatide for the prevention and treatment of postmenopausal osteoporosis. Health Technol Assess 2005;9(22) 8 [*Tiivistelmä suomeksi*]

Литература

- Kanis JA, McCloskey EV, Johansson H et al. European guidance for the diagnosis and management of osteoporosis in postmenopausal women. Osteoporos Int 2013;24(1):23-57. PubMed
- Rachner TD, Khosla S, Hofbauer LC. Osteoporosis: now and the future. Lancet 2011;377(9773):1276-87. PubMed
- Lekamwasam S, Adachi JD, Agnusdei D et al. A framework for the development of guidelines for the management of glucocorticoid-induced osteoporosis. Osteoporos Int 2012;23(9):2257-76. PubMed
- Lekamwasam S, Adachi JD, Agnusdei D et al. A framework for the development of guidelines for the management of glucocorticoid-induced osteoporosis. Osteoporos Int 2012;23(9):2257-76. PubMed
- Laliberté MC, Perreault S, Jouini G et al. Effectiveness of interventions to improve the detection and treatment of osteoporosis in primary care settings: a systematic review and meta-analysis. Osteoporos Int 2011;22(11):2743-68. PubMed

- Ebeling P. Osteoporosis in men. N Engl J Med 2008;358:1474-1482
- Reginster JY, Adami S, Lakatos P, Greenwald M, Stepan JJ, Silverman SL, Christiansen C, Rowell L, Mairon N, Bonvoisin B, Drezner MK, Emkey R, Felsenberg D, Cooper C, Delmas PD, Miller PD. Efficacy and tolerability of once-monthly oral ibandronate in postmenopausal osteoporosis: 2 year results from the MOBILE study. Ann Rheum Dis 2006 May;65(5):654-61. PubMed
- Kannus P, Parkkari J, Niemi S, Pasanen M, Palvanen M, Järvinen M, Vuori I. Prevention of hip fracture in elderly people with use of hip protector. N Engl J Med 2000;343:1506-13
- De Groen PC, Lubbe DF, Hirsch, LJ, et al. Esophagitis associated with the use of alendronate. N Engl J Med 1996;335:1016-21
- Raisz LG. Screening for osteoporosis. [Clinical practice] N Engl J Med 2005;353:164-71
- Michaelsson K, Baron JA, Farahmand BY, et al. Hormone replacement therapy and risk of hip fracture: population based case-control study. BMJ 1998;316:1858–63
- Stevenson JC, Cust MP, Gnagar KT. Effects of transdermal versus oral hormone replacement therapy on bone density in spine and proximal femur in postmenopausal women. Lancet 1990;335:265–9
- Cauley JAQ, Seeley DG, Ensrud K, Ettinger V, Black D, Cummings SR. Estrogen replacement therapy and fractures in older women. Ann Intern Med 1995;122:9–16
- Cummings SR, Eckert S, Krueger KA, Grady D, et al. The effect of raloxifene on risk of breast cancer in postmenopausal women: results from the MORE randomized trial. JAMA 1999;281:2189–2197
- Delmas PD, Bjarnason NH, Mitlak BH, et al. Effects of raloxifene on bone mineral density, serum cholesterol concentrations, and uterine endometrium in post-menopausal women. N Engl J Med 1997;337:1641–7
- Dawson-Hughes B, Dallal GE, Krall EA, Harris S, Sokoll LJ, Falconer G. Effect of vitamin D supplementation on bone density in men and women 65 years of age or older. N Engl J Med 1997;337:670–6
- McClung MR, Geusens P, Miller PD, Zippel H, Bensen WG, Roux C, Adami S, Fogelman I, Diamond T, Eastell R, Meunier PJ, Reginster JY; Hip Intervention Program Study Group. Effect of risedronate on the risk of hip fracture in elderly women. N Engl J Med 2001;344:333–340
- Adachi JD, Bensen WG, Brown J, et al. Intermittent etidronate therapy to prevent corticosteroid-induced osteoporosis. N Engl J Med 1997;337:382–7
- Harris ST, Watts NB, Jackson RD, et al. Four-year study of intermittent cyclic etidronate treatment of postmenopausal osteoporosis: three years of blinded therapy followed by one year of open therapy. Am J Med 1993;95:557–67
- Pols HA, Felsenberg D, Hanley DA, Stepan J, Munoz-Torres M, Wil TJ, Qin-Sheng G, Galich AM, Vandormael K, Yates AJ, Stych B. Multinational, placebo-controlled, randomized trial of the effect of alendronate on bone density and fracture risk in postmenopausal women with low bone mass: results of the FOSIT study. Osteoporos Int 1999;9:461–468
- Cummings SR, Black DM, Thompson DE, et al. Effect of alendronate on risk of fracture in women with low bone density but without vertebral fractures–results from the fracture intervention trial. JAMA 1998;280:2077–82
- Black DM, Cummings SR, Karpf DB, et al. Randomised trial of effect of alendronate on risk of fracture in women with existing vertebral fractures. Lancet 1996;348:1535–41
- Liberman UA, Weiss SR, Bröll J, et al. Effect of oral alendronate on bone mineral density and the incidence of fractures in postmenopausal osteoporosis. N Engl J Med 1995;333:1437–43
- Devine A, Dick IM, Heal SJ, Criddle RA, Prince RL. A 4-year follow-up study of the effects of calcium supplementation on bone density in elderly postmenopausal women. Osteoporosis Int 1997;23–8
- Dawson-Hughes, Dallal GE, Krall EA, Sadowski L, Sahyoun N, Tannenbaum S. A controlled trial of the effect of calcium supplementation on bone density in postmenopausal women. N Engl J Med 1990;323:878–83
- Khosla S, Melton LJ. Osteopenia. N Engl J Med 2007;356:2293-2300

РЕФЕРЕНЦИ

1. Klotzbuecher CM, Ross PD, Landsman PB, Abbott TA 3rd, Berger M. Patients with prior fractures have an increased risk of future fractures: a summary of the literature and statistical synthesis. J Bone Miner Res 2000 Apr;15(4):721-39. PubMed
2. Kanis JA, Borgstrom F, De Laet C, Johansson H, Johnell O, Jonsson B, Oden A, Zethraeus N, Pfleger B, Khaltaev N. Assessment of fracture risk. Osteoporos Int 2005 Jun;16(6):581-9. PubMed

Автор: Matti J. Välimäki
Article ID: ebm00419 (024.024)
© 2014 Duodecim Medical Publications Ltd

1. **EBM-Guidelines, 18.1.2014, www.ebm-guidelines.com**
2. **Упатството треба да се ажурира еднаш на 3 години. Предвидено следно ажурирање до ноември 2017 година.**

Упатството го ажурирал-Д-р.Билјана Зафировска
Координатор-Проф.Д-р. Катица Зафировска

1431.

Врз основа на член 27 став (1) од Законот за здравствената заштита („Службен весник на Република Македонија“ број 43/12, 145/12, 87/13, 164/13, 39/14, 43/14, 132/14, 188/14 и 10/15), министерот за здравство донесе

У П А Т С Т В О
ЗА МЕДИЦИНСКОТО ЗГРИЖУВАЊЕ ПРИ АНТИДИЈАБЕТИЧНИ ЛЕКОВИ И GLP-1 АНАЛОЗИ ВО ТРЕТМАНОТ НА ТИП 2 ДИЈАБЕТЕС

Член 1

Со ова упатство се утврдува медицинското згрижување при антидијабетични лекови и GLP-1 аналози во третманот на тип 2 дијабетес.

Член 2

Начинот на медицинското згрижување при антидијабетични лекови и GLP-1 аналози во третманот на тип 2 дијабетес е даден во прилог, кој е составен дел на ова упатство.

Член 3

Здравствените работници и здравствените соработници ја вршат здравствената дејност на медицинското згрижување при антидијабетични лекови и GLP-1 аналози во третманот на тип 2 дијабетес по правило согласно ова упатство.

По исклучок од став 1 на овој член, во поединечни случаи по оценка на докторот може да се отстапи од одредбите на ова упатство, со соодветно писмено образложение за причините и потребата за отстапување и со проценка за натамошниот тек на згрижувањето, при што истото од страна на докторот соодветно се документира во писмена форма во медицинското досие на пациентот.

Член 4

Со денот на влегувањето во сила на ова упатство престанува да важи Упатството за практикување на медицина заснована на докази при орални антидијабетични лекови и GLP-1 аналози во третманот на тип 2 дијабетес („Службен весник на Република Македонија“ бр. 49/14).

Член 5

Ова упатство влегува во сила наредниот ден од денот на објавувањето во „Службен весник на Република Македонија“.

Бр. 17-2375/1
27 февруари 2015 година
Скопје

Министер,
Никола Тодоров, с.р.

Прилог

АНТИДИЈАБЕТИЧНИ ЛЕКОВИ И GLP-1 АНАЛОЗИ ВО ТРЕТМАНОТ НА ТИП 2 ДИЈАБЕТЕС

EBM Guidelines
18.11.2010-Последна промена 2.4.2012

- Основни податоци
- Краток преглед на орални антидијабетични лекови
- Метформин
- Сулфонилуреа
- Нателинид и репаглинид
- DPP-IV инхибитори и GLP-1 аналози
- Глитазони (пиоглитазон)
- Гуар гум
- Поврзани извори

- Забележи дека антидијабетичните лекови се само еден аспект од стратегијата за третман на тип 2 дијабетес (глукозна контрола, липиди, хипертензија, коагулација) 2.

ОСНОВНИ ПОДАТОЦИ

- Оралните лекови треба да се започнат во ран стадиум, кога терапијата се лекови е сеуште ефикасна. Во отсуство на контраиндикации, треба да се размислува за лекови кога вредностите на HbA_{1c} ќе надминат 6.5-7.0% (48-53 mmol/mol) и покрај нефармаколошката интервенција.
- Метформинот е лек на избор.
- Ако еден лек не ја намалува вредноста на HbA_{1c} под 7.0 % (53 mmol/mol), додај друг антидијабетичен лек ако нема контраиндикации.
- Инсулинската терапија треба да започне најдоцна, кога вредноста на HbA_{1c} се одржува над 7.0% и покрај оралните антидијабетични лекови или инјектабилните GLP-1 аналози.

КРАТОК ПРЕГЛЕД НА ОРАЛНИ АНТИДИЈАБЕТИЧНИ ЛЕКОВИ

- Види Табела 1

Табела 1. Орални антидијабетични лекови.

Производ	Доза (мин-макс) mg	Бр. на дневни дози	Намал. на HbA_{1c}	Добив. во тежина	Ризик за хипогликемии	Врзување со протеини	Активни метаболити (при дроб)
Инхибитори на хепаталната глукозна продукција							
Metformin	500-2000	2	1.5–2.0%	Не	Не	Не	Не
Стимулатори на инсулинска секреција							
Sulphonylureas							
Glimepiride	4-6	1	1.5-2.0%	++	++	>98 %	Да
Glibenclamide	10.5–14	2	1.5–2.0%	++	++	> 98%	Да
Glipizide	10–15	2	1.0–1.5 %	++	++	> 98%	Да
Glinides (phenylalanine derivates)							
Nateglinide	60-360	3	0.5-1.0 %	++	++	>98%	Да
Repaglinide	0.5- 12	3	1.5–2.0 %	++	++	> 98%	Да

DPP-IV inhibitors							
Sitagliptin	**100**	**1**	**0.5-1.0%**	**Не**	**Не**	**Не**	**Не**
Vildagliptin	**50**	**2**	**0.5-1.0%**	**Не**	**Не**	**Не**	**Не**
Saxagliptin	**5**	**1**	**0.5-1.0%**	**Не**	**Не**	**Не**	**Не**
Glitazones							
Pioglitazone	15-45	1	1.0–1.5%	+++	Не	> 98%	Непознато
Лекови кои ја засегаат јаглено хидратната апсорпција							
Guar gum	5000-15000	3	0.5%	Не	Не	Не	Не

МЕТФОРМИН

- Метформинот е лек на прв избор ако нема контраиндикации (ннд-**А)**. Може да се комбинира со било кој антидијабетичен лек. При долготрајна употреба, метформинот ги намалува кардиоваскуларните заболувања.
- Метформинот не ја стимулира инсулинската екскреција, но го намалува нивото на крвниот шеќер со инхибиција на хепаталната глукозна продукција. Метфоминот не предизвикува хипогликемија, и има повеќе корисни ефекти на тежината од сулфонилуреата и глинидите или инсулинот (ннд-**А)**_.
- За постигнување ефект дозата мора да биде адекватно голема (2-2.5 g/дневно). Третманот започнува, на пример, со 500 mg/дневно следено со зголемување на 500 mg/неделно до максимална доза од 2-2.5 g/дневно.
- Абдоминалната болка е највознемирувачки несакан ефект од метформинот, што води до прекин на третманот кај околу 10% од пациентите. За да се елеминира ризикот од лактична ацидоза метформинот несмее да се дава на пациенти со
  - Црнодробно оштетување
  - Бубрежна слабост
    - Креатинин концентрација над 150 μmol/L или пГФР <60мл/мин (континуирана протеинурија бара понатамошни испитувања)
  - Злоупотреба на алкохол
  - Очигледна кардијална инсифициенција или други состојби кои водат до хипоксија.
- Напреднатата возраст не ја ограничува употребата на лекот; но, концентрацијата на креатинин треба да биде нормална пред и во тек на терапијата кај постари луѓе.
- Третманот со метформин мора да биде прекинат во тек на тешки инфекции, планирана хирургија и траума. Ако пациентот треба да биде подложен на процедура при која ќе се дава интравенозно контрастно средство, треба да се провери дали е нормална бубрежната функција пред процедурата.

СУЛФОНИЛУРЕА

- Сулфонилуреата го намалува нивото на крвниот шеќер со стимулирање на инсулинската секреција, и ги намалува микроваскуларните, можно и макроваскуларните, промени при долготрајна употреба.
- Стартната доза може да биде мала, но таа треба брзо да се покачува до макималните дози (дневна доза на glimepiride 6 mg, glibenclamide 10-14 mg, glipizide 15 mg, gliclazide 320 mg. Со овие дози може да се очекува намалување на HbA_{1c} за 1.5–2.0%.) Ако вредностите на HbA_{1c} се над 10% (86 mmol/mol), нема да се постигне метаболна контрола со само еден антидијабетичен лек (ннд-**А)**;
- Несаканите ефекти се сосема ретки. Пролонгирана хипогликемија се гледа особено кај постарите. Glimepiride се дава еднаш дневно, glibenclamide два пати дневно и glipizide три пати дневно. Glipizide е со пократко време на делување од glibenclamide. Ако настанат хипогликемии, се препорачува да се исфрли долго-делувачкиот глибенкламид.
- Изразена бубрежна инсуфициенција е контраиндикација за терапија со сулфанилуреа.
- Постојат многу интеракции со лекови.

NATEGLINIDE И REPAGLINIDE

- Nateglinide и repaglinide се кратко-делувачки деривати на phenylalanine кои ја зголемуваат инсулинската секреција и треба да се даваат оред оброци. Ефектите на васкуларните дијабетични промени сеуште не се проучени.
- Недостасуваат убедливи докази за корисноста (помалку епизоди на хипогликемија?) во споредба со сулфонилуреа.
- Ефект споредлив со оној на glibenclamide (10 mg) е забележан со nateglinide 120 mg три пати дневно или со repaglinide 4 mg три пати дневно.
- Особено погодни за пациентите со високи постпрандијални гликемии но само малку покачени вредности на крвниот шеќер на гладно.
- Repaglinide се елеминира главно преку жолчката, што значи дека може да се користи кај пациенти со умерена бубрежна инсуфициенција.

DPP-IV ИНХИБИТОРИ И GLP-1 АНАЛОЗИ

- DPP-IV (dipeptidyl peptidase IV) инхибитори вклучуваат sitagliptin, vildagliptin и saxagliptin. Овие лекови ја супримираат деградацијата на GLP-1 (glucagon-like-peptide) хормонот кој ја стимулира инсулинската секреција и ја инхибира глукагонската секреција. GLP-1 се секретираат од L клетките на тенките црева кога се покачува нивото на крвниот шеќер. За разлика од сулфонилуреа, DPP-IV инхибиторите не предизвикуваат хипогликемија кога се користат како монотерапија, и нивниот ефект на телесната тежина е неутрален, додека користењето на сулфонилуреа ја зголемува телесната тежина во линеарна корелација со корекцијата на контролата на крвниот шеќер како резултат на намалувањето на гликозуријата (околу 1.5 кг/1% намалување на HbA1c).
  - Sitagliptin, vildagliptin и saxagliptin може да се комбинираат со било кој друг антидијабетичен лек
  - Не се опишани значителни несакани ефекти како резултат на овие лекови

- Exenatide и liraglitude се GLP-1 аналози кои се даваат субкутано вообичаено еднаш или два пати дневно или еднаш неделно зависно од подготовките.
  - Начинот на делување е сличен со DPP-IV инхибиторите со исклучок на фактот дека инјектабилната препарација има помаркантен ефект во подобрувањето на ефектот на GLP-1 и успорена е брзината на гастричното празнење. Овој ефект делумно го објаснува можното намалвање на тежината но исто така предизвикува гадење (кај околу 50% од пациентите).
  - Exenatide и liraglitude можат да се користат наместо инсулин кога HbA1c надминува 7.0% (53 mmol/mol) и покрај оралната терапија со лекови. Лековите можат да се комбинираат или со сулфонилуреа или со метформин или со обете.

ГЛИТАЗОНИ

- Пиоглитазонот ја подобрува инсулинската сензитивност особено во црниот дроб.
- Ја зголемува концентрацијата на масти во црниот дроб.
- Ефектите на кардиоваскуларните настани се нејасни, можно корисни.
- Индицирани за третман на хипергликемија како монотерапија или во комбинација со метформин, сулфонилуреа или инсулин.
- Особено ефективни кај пациенти со голем обем на струкот и замастен црн дроб.
- Кога се започнува со третманот, пациентот несмее да има знаци за кардијална слабост бидејќи пиоглитазонот предизвикува задршка на течности и срцева инсуфициенција.
- Задршка на течности (едми) се јавуваат кај 5% од пациентите. Клинички несигнификантно намалување на хемоглобинот (5–10 g/L) се јавува кај повеќето од пациентите.

GUAR GUM

- Guar gum е влакнаст продукт во облик на гел. Земен со оброците, ја успорува апсорпцијата на јаглените хидрати од храната и на тој начин лесно ја намалува концентрацијата на крвниот шеќер.
- Гасови, стомачно надувување и пролив се најзначајните несакани ефекти. Да се намали инциденцата на овие ефекти, третманот треба да започне со мала доза од 2.5 g дневно, а потоа дозата постепено да се покачува до 15 g/дневно.

ПОВРЗАНИ ИЗВОРИ

Кохранови осврти

- Аналозите на Глукагонскиот пептид (ексанатид илилираглутид), во комбинација со метформил или сулфонилуреа или двете, се ефективни во подобрувањето на гликемиската контрола на пациентите со Дијабетес тип 2. ннд А
- Alpha-glucosidase инхибиторите имаат значаен ефект на гликемиската контрола и нивото на инсулин, но немаат статистички значаен ефект на липидите и телесната тежина. Не е јасно дали alpha-glucosidase инхибиторите влијаат на морталитетот и морбидитетот на пациентите со тип 2 дијабетес (ннд-А).
- Rosiglitazone не е ефикасен во подобрувањето на исходите во врска со пациентот, како што е моратлитетот, морбидитетот, цената на чинење и квалитетот на живот поврзан со здравјето за тип 2 дијабетес. Се покажало дека ја зголемува појава на едеми и ризикот за миокарден инфаркт (ннд-А).
- Користењето DPP-4 инхибитори се покажа дека резултира со лено подобрување на гликемиската контрола во споредба со плацебо, но нема податоци на иходите ориентирани кон пациентот како што се квалитет на живот поврзан со здравјето, дијабетични компликации и морталитет од сите причини, и има недоволно докази за ефикасноста на DPP-4 инхибиторите додадени на друг лек (ннд-В).

Други докази збирно

- Метформинот го намалува крвниот шеќер ефикасно како и сулфонилуреата, со предност дека дава подобра контрола на тежината (ннд-А).
- Акарбозата можеби е разумен избор како додатна терапија кај лошо контролирани пациенти со NIDDM (ннд-С).
- Терапијата базирана на инкретини со GLP-1 аналози или DPP4 инхибитори кај возрасни со тип 2 дијабетес е умерено ефикасна во подобрувањето на гликемиската контрола, со поголемо намалување на постпрандијалната глицемиа и поволен (GLP-1 аналози) или неутрален (DPP4 инхибитори) ефект на тежината. Долгорочната ефикасност и безбедност се под надзор. (ннд-А).

Литература

Осврти од клиничката пракса

- Diamant M, Van Gaal L, Stranks S, Northrup J, Cao D, Taylor K, Trautmann M. Once weekly exenatide compared with insulin glargine titrated to target in patients with type 2 diabetes (DURATION-3): an open-label randomised trial. Lancet 2010 Jun 26;375(9733):2234-43. PubMed

Друга литература

- Wilcox R, Kupfer S, Erdmann E, PROactive Study investigators. Effects of pioglitazone on major adverse cardiovascular events in high-risk patients with type 2 diabetes: results from PROspective pioglitAzone Clinical Trial In macro Vascular Events (PROactive 10). Am Heart J 2008 Apr;155(4):712-7. PubMed

Автор: Hannele Yki-Järvinen Article ID: ebm00490 (023.034) ©2012 Duodecim Medical Publications Ltd

1. **EBM-Guidelines, 2.4.2012, www.ebm-guidelines.com**
2. **Упатството треба да се ажурира еднаш на 3 години.**
3. **Предвидено следно ажурирање до ноември 2015 година.**

Упатството го ажурирал-Д-р.Билјана Зафировска
Координатор-Проф.Д-р. Катица Зафировска

1432.

Врз основа на член 27 став (1) од Законот за здравствената заштита („Службен весник на Република Македонија“ број 43/12, 145/12, 87/13, 164/13, 39/14, 43/14, 132/14, 188/14 и 10/15), министерот за здравство донесе

У П А Т С Т В О
ЗА МЕДИЦИНСКОТО ЗГРИЖУВАЊЕ ПРИ ХИПОТРЕМИЈА

Член 1

Со ова упатство се утврдува медицинското згрижување при хипотремија.

Член 2

Начинот на медицинското згрижување при хипотремија е даден во прилог, кој е составен дел на ова упатство.

Член 3

Здравствените работници и здравствените соработници ја вршат здравствената дејност на медицинското згрижување при хипотремија по правило согласно ова упатство.

По исклучок од став 1 на овој член, во поединечни случаи по оценка на докторот може да се отстапи од одредбите на ова упатство, со соодветно писмено образложение за причините и потребата за отстапување и со проценка за натамошниот тек на згрижувањето, при што истото од страна на докторот соодветно се документира во писмена форма во медицинското досие на пациентот.

Член 4

Со денот на влегувањето во сила на ова упатство престанува да важи Упатството за практикување на медицина заснована на докази при хипонатремија. („Службен весник на Република Македонија“ бр. 49/14)..

Член 5

Ова упатство влегува во сила наредниот ден од денот на објавувањето во „Службен весник на Република Македонија“.

Бр. 17-2374/1
27 февруари 2015 година
Скопје

Министер,
Никола Тодоров, с.р.

Прилог

ХИПОНАТРЕМИЈА

EBM Guidelines
10.3.2014

- Основни податоци
- Испитувања
- Симптоми на хипонатремијата
- Причини и евалуација
- Дијагноза и диференцијална дијагноза
- Терапија на хипонатремијата
- Поврзани извори
- Референци

ОСНОВНИ ПОДАТОЦИ

- Кај хипонатремијата, концентрацијата на натриумот во плазмата се намалува под 135 mmol/l, и состојбата се смета тешка кога концентрациите паѓаат под 120 mmol/l.
- Плазматската концентрација на натриум треба да се проверува кај сите акутно болни пациенти.
- Важно е да се направи разлика помеѓу акутна, јасно симптоматска хипонатремија која брзо се развива (< 48 часа) и хронична хипонатремија која се развива споро за неколку дена, недели или дури и месеци.
- Манифестациите на акутната хипонатремија се прогресивни симптоми од централниот нервен сестем (конфузија, грчеви, губиток на свест), додека симптомите на хроничната хипонатремија можат да бидат малку изразени и по генерализирани (како летаргија, падови, нарушување во одењето, нарушување во вниманието).
- Итноста на третманот секогаш зависи од симптомите на пациентот како и од времетраењето на хипонатремијата.
- Намалување на натриумот не е честа причина за хипонатремијата, но клинички е полесно да се идентификира.
- Кај повеќето случи, хипонатремијата е предизвикана од ексцесивна телесна вода која ја разредува натриумската концентрација во екстрацелуларната течност и плазмата. Феноменот се јавува поради состојби или лекови кои ја зголемуваат секрецијата на антидиуретичниот хормон (ADH) или ја инхибираат диурезата на водата на друг начин.

ИСПИТУВАЊА

- Плазматски натриум (нормални вредности 137-145 mmol/l)
- Плазматски калиум, креатинин, гликоза
- Уринарна натриумска и калиумска концентрација
- Уринарна осмолалност (денес достапна и надвор од работното време)
- Серумско ниво на кортизол, ако е суспектен клинички хипокортизолизам
- Плазма ниво на копептин (заменува мерење на ADH, видете Хипернатремија 2)

СИМПТОМИ НА ХИПОНАТРЕМИЈАТА

- Спектрумот на симптоми корелира добро со брзината и степенот на намалување на концентрацијата на натриум.

- Невролошките симптоми не се јавуваат додека плазматската концентрација на натриум не падне под 120 mmol/l.
  - Поспаност
  - Главоболка
  - Конфузија
  - Конвулзии
  - Губиток на свест
- Брз развој на акутна хипонатремија (водна интоксикација) може да предизвика конвулзии и губиток на свест кај потполно здрава особа.
- Бавно развиена хипонатремија може да има изненадувачки малку симптоми.
  - Замор
  - Необично чувство
  - Слабост
  - Падови
  - Нарушување во одењето
  - Успорување
  - Нарушување на вниман ието

ПРИЧИНИ И ЕВАЛУАЦИЈА

- Дилуциона хипонатремија се развива кога земањето на вода е поголемо од нејзиното исфрлување (водата се акумулира во телото без формирање едеми и воглавном се задржува во клетката). Ова е најчестиот механизам на хипонатремија (инструкции за дијагноза: нормален крвен притисок, нема жед или едеми и нормален притисок на југуларните вени)
  - Гадење и болка асоцирана со ексцесивна хидрација
  - Тиазиди
  - Дефицит на гликокортикоиди и хипотироидизам
  - Лекови кои или ја зголемуваат секрецијата на ADH или го потенцираат неговиот ефект (SSRI, трициклични антидепресиви, опоиди, антиепилептици, метоклопрамид)
  - Синдром на несоодветна секреција на ADH (SIADH) асоциран со тумори (ситноклеточен белодробен карцином), заболувања на CNS (енцефалитис, повреда на глава, субарахноидална хеморагија) или болести на белите дробови (пнеумонија,туберкулоза, вентилација со позитивен притисок)
  - Аноректсија, делириум тременс, психоза, акутна порфирија
  - Пролонгиран физички напор (маратон)
  - Хипогликемија
  - Полидипсија
  - Клизма со вода од чешма, иригација на бешиката после TURP
- Намалување на натриумот
  - Зголемен губиток на натриумот од гастроинтестиналниот тракт (повраќање, дијареја)
  - Зголемен уринарен губиток (Адисонова болест, бубрежна болест, диуретици, церебрален синдром на губиток на сол)
  - Намален внес на натриум со исхраната како резултат на диета сиромашна со натриум (“чај и тост” феномен) или користење на пиво како примерен извор на исхрана (пивска потоманија)
- Хипонатремија асоцирана со едематозно нарушување
  - Црнодробна цироза 1
  - Нефротски синдром 2
  - Конгестивна срцева слабост 3.

ДИЈАГНОЗА И ДИФЕРЕНЦИЈАЛНА ДИЈАГНОЗА

- Дали има знаци за намалување на натриумот?
  - Желба за сол, хипотензија, пигментација кај Адисонова болест

- Клиничка евалуација: хипер,нормо,хиповолемија
- Дали пациентот има срцева слабост, црнодробна цироза или нефроза?
  - Дали пациентот има едеми, зголемен југуларен венски притисок, асцит или хипотензија како резултат на намалување на ефективниот циркулирачки плазма волумен?
- Дали има клинички знаци за
  - Гликокортикоиден дефицит (губиток на тежина, губиток на апетит, астенија, летаргија)
  - Хипотироидизам?
- Дали пациентот користи диуретици (мора да се имаат на ум комбинираните лекови) или други лекови кои можат да водат до намалена водена диуреза (види погоре)?
- Кои се навиките на пациентот за пиење вода?
  - Спрема табела 1 етиологијата на хипонатремијата може да се класифицира со помош на натриумската концентрација во случаен примерок на урина, како и од клиничките испитувања (крвниот притисок, отоците) 1. Референтните вредност во табелата се само индикативни.

Табела 1. Диференцијална дијагноза на хипонатремија

Секреција на уринарен натриум	**Хиповолемија**	**Нормо или хиперволемија**
<20 mmol/l	Низок внес на натриум или екстраренален губиток	Едематозни нарушувања со намалување на ефективен циркуларичкиот плазма волумен
	• Пиво како основна исхрана	• цироза на црн дроб
	• Диета со малку сол	• нефротски синдром
	• Повраќање и/или дијареја	• срцева слабост
	• Ексцесивно потење	
Ренален губиток на сол		
> 20 mmol/l	• Диуретици (недостиг на сол)	• Дефицит на гликокортикоиди
	• дефицит на Алдостерон	• Состојби кои водат со SIADH
	• бубрежна болест	• хипотиреоза
	• осмотска диуреза (гликозурија, губиток на HCO_3) • церебрален синдром на губиток на сол	• тијазиди и ексцесивно пиење • лекови кои го зголемуваат ADH • гадење • полидипсија

ТЕРАПИЈА НА ХИПОНАТРЕМИЈАТА

Хипонатремија со невролошки симптоми (интоксикација со вода)

- Ургентноста на третманот е одредена од симптомите, како и од степенот и траењето на хипонатремијата.
- Ургентен третман е индициран само во случаи на конвулзии или ако степенот на губење на свест кај пациентот брзо се влошува што укажува на церебрален едем.
  - Инфузија на хипертоничен 2.5% раствор на NaCl треба да се започне или како болус инјекција од 100мл или како инфузија со брзина од 100 ml/h/ (3% натриум хлорид, болус од 70мл и со брзина на инфузија од 70 ml/h).
  - Концентрацијата на плазматскиот натриум се мери секој час.
  - Внимателно се следи диурезата.

- Инфузијата се запира веднаш кога плазматскиот натриум ќе достигне 120 mmol/l или ќе порасне 10% од почетната вредност или симптомите ќе се подобрат или диурезата значително ќе се подобри.
- Инфузијата на хипотоничен раствор може да биде индицирана ако диурезата е толку голема што резултира со негативен баланс на течностите и многу брзо се покачува нивото на натриумот.
- Оптимално покачување на плазматскиот натриум е не повеќе од 12 mmol/l за 24 часа и 18mmol/l за 48 часа.
- Многу брза корекција може да биде асоцирана со церебрална осмотска демиелинизација, за што не постои специфичен третман. Особено предиспонирачки ризик фактор е алкохолизмот, хипокалемија и хипоксемија.

- Хронична хипонатремија или хипонатремија со малку симптоми, не бара ургентен третман и се третира според основното заболување.
  - Кај намалување на натриумот или при сомневање на неа (уринарен натриум <30ммол/л), третманот започнува со спора инфузија 150 ml/час) или физиолошки натриум хлорид и кај Адисонова болест на пациентот му се препишува fludrocortisone (0.05-0.1 mg/дневно).
  - Хипонатремијата асоцирана со едематозни нарушувања се третира според основното заболување (срцева слабост, црнодробна цироза или нефротски синдром),
  - Секој лек кој предизвикува хипонатремија треба да се прекине; можна коегзистирачка хипонатремија предизвикана со тиазид се корегира.
  - Нема потреба да се корегира лесна хипонатремија (Na ≥ 130 mmol/l) и асимптоматска предизвикана од лекови (антиепилептици) се додека пациентот се советува да избегнува ексцесивен внес на течности кој може да ја влоши хипонатремијата.
  - Се започнува со гликокортикоиди (хидрокортизон 50-100 mg i.v./i.m.) ако се сомневаме за хиперкортизолизам (мора да се земат примероци крв за одредување кортизол и ACTH пред да се започне се медикација).
  - Тироксинот ќе ја корегира хипонатремијата во состојба на хипотироидизам.
  - Хипонатремија предизвикана од ексцесивен внес на течности или SIADH се третира рестрикција на внесот на течности (иницијално <1000 ml/дневно). Рестрикцијата на внес на течности е ефективна ако уринарниот волуме е >1500мл/24 часа, уринарната осмоларност е <500mosm/kg H_2O или ако односот (уринарен натриум и уринарен калиум)/плазматски натриум е јасно под 1.
  - Ако е возможно може да се започне со специфичен ADH антагонист (tolvaptan 7,5-15 mg/дневно) во болница да се лекува хипонатремијата асоцирана со SIADH или едематозни нарушувања, ако се исклучи деплеција на натриум. Лекот брзо може да ја покачи диурезата на вода, затоа третманот бара строго мониторирање (уринарен волумен, воден баланс, плазматски натриум). Ако е потребно пребрзото зголемување во натриумската концентрација мора да се забави со инфузија на хипотонични течности. Рестрикцијата на внес на течности се запира за време на третманот.
- Сликата 1 претставува график за дијагноза и третман на хипонатремија. Прво, мора да се одреди дали има намалување на натриумот; ова е следено со одредување на можноста за натриумски ексцес (едематозни нарушувања), што ја остава најчестата причина за хипонатремија како последен избор во графикот.

ПОВРЗАНИ ИЗВОРИ

Литература

- Gross P. Treatment of hyponatremia. Intern Med 2008;47(10):885-91. PubMed
- Adrogué HJ, Madias NE. Hyponatremia. N Engl J Med 2000 May 25;342(21):1581-9. PubMed
- Cadnapaphornchai MA, Schrier RW. Pathogenesis and management of hyponatremia. Am J Med 2000 Dec 1;109(8):688-92. PubMed

1. Fenske W, Maier SK, Blechschmidt A et al. Utility and limitations of the traditional diagnostic approach to hyponatremia: a diagnostic study. Am J Med 2010;123(7):652-7. PubMed

Автор: Timo Sane Article ID: ebm00506 (024.012) © 2014 Duodecim Medical Publications Ltd

1. **EBM Guidelines, 10.3.2014, www.ebm.guidelines.com**
2. **Упатството треба да се ажурира еднаш на 2 години**
3. **Предвидено следно ажурирање до април 2016 год.**

Упатството го ажурирал-Д-р.Билјана Зафировска
Координатор-Проф.Д-р. Катица Зафировска

1433.

Врз основа на член 27 став (1) од Законот за здравствената заштита („Службен весник на Република Македонија“ број 43/12, 145/12, 87/13, 164/13, 39/14, 43/14, 132/14, 188/14 и 10/15), министерот за здравство донесе

У П А Т С Т В О
ЗА МЕДИЦИНСКОТО ЗГРИЖУВАЊЕ ПРИ ХИПЕРКАЛЦЕМИЈА И ХИПЕРПАРАТИРОИДИЗАМ

Член 1

Со ова упатство се утврдува медицинското згрижување при хиперкалцемија и хиперпаратироидизам.

Член 2

Начинот на медицинското згрижување при хиперкалцемија и хиперпаратироидизам е даден во прилог, кој е составен дел на ова упатство.

Член 3

Здравствените работници и здравствените соработници ја вршат здравствената дејност на медицинското згрижување при хиперкалцемија и хиперпаратироидизам по правило согласно ова упатство.

По исклучок од став 1 на овој член, во поединечни случаи по оценка на докторот може да се отстапи од одредбите на ова упатство, со соодветно писмено образложение за причините и потребата за отстапување и со проценка за натамошниот тек на згрижувањето, при што истото од страна на докторот соодветно се документира во писмена форма во медицинското досие на пациентот.

Член 4

Со денот на влегувањето во сила на ова упатство престанува да важи Упатството за практикување на медицина заснована на докази при хиперкалцемија и хиперпаратироидизам („Службен весник на Република Македонија“ бр. 12/13).

Член 5

Ова упатство влегува во сила наредниот ден од денот на објавувањето во „Службен весник на Република Македонија“.

Бр. 17-2373/1
27 февруари 2015 година
Скопје

Министер,
Никола Тодоров, с.р.

Прилог

ХИПЕРКАЛЦЕМИЈА И ХИПЕРПАРАТИРОИДИЗАМ

МЗД Упатство
11.3.2014

- Основни податоци
- Дефиниција и преваленција на хиперкалцемијата
- Чести причини за хиперкалцемија
- Симптоми на хиперкалцемија
- Лабораториски испитувања
- Лекување
- Поврзани извори

ОСНОВНИ ПОДАТОЦИ

- Кај примарниот хиперпаратироидизам, паратироидните жлезди прекумерно создаваат паратироиден хормон (PTH) во врска со концентрацијата на калциумот во крвта.
- Кај секундарниот хиперпаратироидизам покачената секреција на PTH е одговор на намалувањето на концетрацијата на калциум во крвта.
- Хиперкалцемијата независна од PTH е придружена со малигни тумори или со други системски заболувања.

ДЕФИНИЦИЈА И ПРЕВАЛЕНЦИЈА НА ХИПЕРКАЛЦЕМИЈАТА

- Плазматската концентрација на калциум повеќе од 1,3 mmol/l во повеќе наврати или на гладно е повеќе од 2,50 mmol/l. Референтните вредности можат да бидат различни во различни болници. Не мешајте ги тие вредности со прагот на кој треба да се донесе одлука
- Преваленцијата на примарниот хиперпаратиреоидизам кај постменопаузални жени е >1 процент. Видете подолу за преваленцијата на хиперкалцемија кај пациенти со карцином. Инаку, хиперкалцемијата е прилично ретка.

ЧЕСТИ ПРИЧИНИ ЗА ХИПЕРКАЛЦЕМИЈА

Хиперкалцемија зависна од паратиронден хормон

- ***Примарен хиперпаратиреоидизам***
- Терцијарен хиперпаратиреоидизам (пациенти на дијализа)
- Фамилијарна хипокалциурична хиперкалцемија

Хиперкалцемија независна од паратиреонден хормон

- **Тумори**
  - Кај карциноми, концентрациите на серумски калциум се зголемуваат поради литичните коскени метастази или трансмитери слични на хормони што се излачуваат од страна на карциномот.
  - Хиперкалцемијата се одредува кај околу 20 проценти пациенти со карцином на дојка, 10-15 проценти пациенти со карцином на бел дроб или бубрег, 10-30 проценти пациенти со мултипен миелом и кај 10 проценти пациенти со леукемија или со лимфом
- Саркоидозата, другите грануломатози, определени видови лимфоми
- Хипертиреоидизам

- Лесна хиперкалцемија е честа кај хипертироидизам; ќе се коригира кога ќе се среди хипертироидизмот
- Акутна бубрежна инсуфициенција, фаза на заздравување
- Рабдомиолиза, фаза на заздравување
- Медикаменти
  - Предозирање со витамин Д
  - Тијазидни диуретици (промовираат експресија на благ хиперпаратиреоидизам)
- Имобилизација

СИМПТОМИ НА ХИПЕРКАЛЦЕМИЈА

- Интензитетот на симптомите се менува од асимптоматски до тешки системски симптоми. Вообичаено е асимптоматски кога концентрацијата на серумски калциум е <1,4 mmol/l (плазматска концентрација на цалциум на гладно <2,8 mmol/l).
- Примарниот хиперпаратиреодизам често се открива инцидентно. Може да се открие кај пациенти со хронични болки, опстипација или со депресивни симптоми или кога се бара причина за уринарни калкули или остеопороза. Брзо прогресивните симптоми и слабата општа состојба укажуваат на постоење малиген тумор
- Системски симптоми
  - замор, загуба на апетит
- Гастроинтестинални симптоми
  - наузеја, опстипација, абдоминална болка, пептичен улкус, панкреатит
- Бубрези и биланс на течности
  - уринарни и бубрежни калкули
  - полиурија, полидипсија, дехидратација
  - бубрежна инсуфициенција
- Коски и зглобови
  - артралгија, болки во коски, болки, фрактури
  - радиолошки промени (кај хиперпаратиреоидизам, малигни болести)
- Невропсихијатриски симптоми
  - неспособност за концентрација, депресија, деменција
  - конфузија, психоза
- Кардиоваскуларни симптоми
  - краток QT интервал и аритмии
  - хипертензија

ЛАБОРАТОРИСКИ ИСПИТУВАЊА

- Серумскиот јонизиран калциум или плазматски калциум на гладно и албумин. Промената во серумскиот албумин за 10 g/l предизвикува промена од 0,2 mmol/l во иста насока на серумскиот калциум. Јонизираниот калциум е покорисен од калциумот ако постојат нарушувања на серумските протеини
- Серумски интактните нивоа на PTH можат да се употребат за диференцијална дијагноза меѓу хиперкалцемија што е зависна или независна од паратироиден хормон
  - кај хиперкалцемија што е зависна од паратироиден хормон, концентрацијата на PTH е зголемена или близу до горната граница на нормала
  - кај хиперкалцемија независна од паратироиден хормон, концентрацијата на PTH е намалена или премногу ниска за мерење
  - ве молиме, забележете дека: секундарниот хиперпаратиреоидизам предизвикан од недоволно внесување или малапсорпција на диететскиот калциум и/или витамин Д се честа причина за повисоки нивоа на PTH. Во овие случаи, серумскиот калциум е нормален или низок.

- Специфичните тестови за откривање на причината за хиперкалцемија се избираат според очекуваната етиологија. Примарниот хиперпаратиреоидизам може да се дијагностицира ако серумскиот калциум или јонизираниот калциум е повисок, а концентрацијата на интактниот PTH е зголемена или блиска до горната нормална граница, а нивото на 24-часовен уринарен калциум е нормално или намалено (треба да се консултира специјалистичка здравствена служба). Кај хиперкалцемија што не зависи од паратироиден хормон, обично се бара малиген тумор со коскени метастази или саркоидоза (испитувања во специјализирана здравствена служба).

ЛЕКУВАЊЕ

Ургентност

- Ако серумскиот (јонизиран калциум) е
  - <3,25 mmol/l (<1,6mmol/l) ретко е индицирано непосредно лекување
  - >3,5 mmol/l (1,75 mmol/l) индицирано е лекување на хиперкалцемичната криза

ЛЕКУВАЊЕ НА ХИПЕРКАЛЦЕМИЧНАТА КРИЗА

- Коригирајте ја дехидратацијата (почнувајќи со 0,9-процентен раствор на натриумхлорид) и обезбедете диуреза (фуросемидот ќе го зголеми излачувањето на уринарен калциум). Дајте калиум и магнезиум како суплементација ако е потребно
- Намалете ги серумските концентрации на калциум со давање единечна интравенска доза на бисфосфонати (5 mg золедронат во 100 ml 0,9-процентен натриумхлорид во тек на 15 минути или калцитонин (5 – 10 iU /kg/ден во 500 ml 0,9-процентен натриумхлорид, 0,9 проценти за шест часа). Повторете ја дозата на калцитонин во наредните два до три дена ако е неопходно.
- Zoledronatot ги намалуваат концентрациите на калциум поефикасно од калцитонинот. Калцитонинот се активира малку порано, но има послаб и пократкораен ефект. Калцитонинот е побезбеден од soledronatot кај пациенти со бубрежна слабост, но soledronatot не е контраиндициран кај умерена бубрежна слабост. Бубрежната слабост најчесто се коригира со течности, а серумскиот калциум се намалува.
- Кај тежок примарен хиперпаратироидизам се користи и цинакалцет (консултирајте се со ендокринолог).
- Кортикостероидите се корисни кај миеломи, саркоидоза, предозирање на витамин Д и хиперкалцемија поврзана со лимфоми

ПРИМАРЕН ХИПЕРПАРАТИРОИДИЗАМ

- Единствен тераписки третман е хируршкиот. Индикации за операција се:
  - Серумски калциум > 2,90 mmol/l или серумски јонизиран калциум > 1,5 mmol/l
  - Покачен серумски креатинин
  - Бубрежни или уринарни калкули
  - Остеопороза откриена со коскена дензитометрија
  - Пациент во работоспособна возраст се серумски јонизиран калциум > 1,4 mmol/l
  - Нарушена когнитивна функција
  - Жена што планира бременост
- Доколку хируршки третман не е индициран кај примарниот хиперпаратиреоидизам или операција не е изведена од некои други причини, нивоата на серумскиот калциум (јонизираниот калциум) треба да се набљудуваат еднаш до двапати годишно, а серумски креатинин и 24-часовен уринарен калциум се мери еднаш годишно.
  - Доколку нивоата на серумскиот калциум се покачат, треба да се преоцени потребата од оперативен третман.
  - Нивото на серумскиот калциум често останува непроменето со години, особено кај постари жени. Нема потреба од ограничување на внесувањето калциум со храната, меѓутоа не се препорачуваат суплементи на калциум. Оптимално внесување калциум е 800-1000 mg дневно.

- Внесување витамин Д, обично, ја влошува хиперкалцемијата, но дневните потреби треба да се внесуваат со исхраната, а недостигот од витамин Д треба да се коригира. Ако серумската концентрација на 25-OH vitamin D е < 40 nmol/l, се препорачува дневен суплемент со 10-20 μg vitamin D.
- Третманот со бисфосфонати или деносумаб се препорачува ако Т-резултатот при мерењето на коскената густина е < –2,5 SD.

Други причини

- Основната причина за хиперкалцемија треба да се третира соодветно. Причинскиот третман не е секогаш можен.
- За секундарниот хиперпаратироидизам видете и (1).

ПОВРЗАНИ ИЗВОРИ

Литература

1. Fraser WD. Hyperparathyroidism. Lancet 2009 Jul 11;374(9684):145-58. PubMed
2. Sitges-Serra A, Bergenfelz A. Clinical update: sporadic primary hyperparathyroidism. Lancet 2007 Aug 11;370(9586):468-70. PubMed

Автор: Ritva Kauppinen-Mäkelin Поранешен автор: Risto Pelkonen Article ID: ebm00502 (024.021) © 2012 Duodecim Medical Publications Ltd

1. **EBM Guidelines, 11.3.2014, www.ebm.guidelines.com**
2. **Упатството треба да се ажурира еднаш на 2 години**
3. **Предвидено следно ажурирање до ноември 2016 година**

Упатството го ажурирал-Д-р.Билјана Зафировска
Координатор-Проф.Д-р. Катица Зафировска

1434.

Врз основа на член 27 став (1) од Законот за здравствената заштита („Службен весник на Република Македонија“ број 43/12, 145/12, 87/13, 164/13, 39/14, 43/14, 132/14, 188/14 и 10/15), министерот за здравство донесе

У П А Т С Т В О
ЗА МЕДИЦИНСКОТО ЗГРИЖУВАЊЕ ПРИ МЕТАБОЛИЧЕН СИНДРОМ (МС)

Член 1

Со ова упатство се утврдува медицинското згрижување при метаболичен синдром (МС).

Член 2

Начинот на медицинското згрижување при метаболичен синдром (МС) е даден во прилог, кој е составен дел на ова упатство.

Член 3

Здравствените работници и здравствените соработници ја вршат здравствената дејност на медицинското згрижување при метаболичен синдром (МС) по правило согласно ова упатство.

По исклучок од став 1 на овој член, во поединечни случаи по оценка на докторот може да се отстапи од одредбите на ова упатство, со соодветно писмено образложение за причините и потребата за отстапување и со проценка за натамошниот тек на згрижувањето, при што истото од страна на докторот соодветно се документира во писмена форма во медицинското досие на пациентот.

Член 4

Со денот на влегувањето во сила на ова упатство престанува да важи Упатството за практикување на медицина заснована на докази при метаболичен синдром (МС) („Службен весник на Република Македонија“ бр.12/13).

Член 5

Ова упатство влегува во сила наредниот ден од денот на објавувањето во „Службен весник на Република Македонија“.

Бр. 17-2372/1
27 февруари 2015 година
Скопје

Министер,
Никола Тодоров, с.р.

Прилог

МЕТАБОЛИЧЕН СИНДРОМ (МС)

МЗД Упатство
18.10.2010

- Основни податоци
- Дефиниција на метаболичен синдром (МС)
- Дијагноза на МС
- Преваленција
- Третман
- Следење пациент со МС
- Поврзани извори
- Референци

ОСНОВНИ ПОДАТОЦИ

- Рано откривање и третман на метаболичен синдром (МС) има за цел примарна и секундарна превенција на дијабетес тип 2, кардиоваскуларни заболувања (хипертензија, КВБ, мозочен удар, клаудикации) и возможно депресија и Алцхајмерова болест.

ДЕФИНИЦИЈА НА МЕТАБОЛИЧЕН СИНДРОМ (МС)

- Метаболичен синдром (МС) е предизвикан од индустријализираното општество и од нездравиот начин на живот. Тоа се однесува на група фактори на ризик за кардиоваскуларни заболувања како стрес, физичка неактивност, централна дебелина и резистенција на инсулин. Покажано е дека депресијата е често предизвикана од МС.
- Збирот на факторите на ризик доведува до повисок ризик за дијабетес тип 2 и за кардиоваскуларни болести отколку ако се смета секој фактор на ризик поединечно (3,4). Резистенцијата на инсулин предизвикана од стрес, дебелина и проинфламација, игра важна улога во насобирањето на компонентите од МС кај секоја индивидуа (5).
- Кај резистенцијата на инсулин, биолошкиот одговор на инсулин на масното ткиво, мускулното ткиво, црниот дроб и на мозокот се нарушени. Главната абнормалност на синдромот вклучува збир на резистенција на инсулин со компензаторна хиперинсулинемија и дислипидемија кај дебел пациент (1).
- МС вообичаено е евидентен од централната дебелината, која може да се определи во клиничката практика со мерење на обемот на половината. МС ретко се јавува кај слаби поединци[6].
- Присуството на МС може да се пронајде преку испитување на медицинската историја, антропометрија, мерење на крвниот притисок и со мерење на:
  - Вредностите на липидите
  - Крвниот шеќер (тест за толеранција на гликоза или постпрандијална гликемија ако гликемијата на гладно е нормална).

ДИЈАГНОЗА НА МС

- Според критериумите на Американската програма ориентирана кон практиката, NCEP (National Cholesterol Education Program), МС се дијагностицира кај пациенти со најмалку три од следниве пет критериуми (7):
  - Централна дебелина: обем на половината ≥ 102 cm кај мажи или ≥ 88 cm кај жени

- Триглицериди на гладно ≥ 1,70 mmol/L или специфичен третман за дислипидемија
- Серумски ХДЛ холестерол < 1,03 mmol/L кај мажи, или < 1,29 mmol/L кај жени
- Покачена гликемија на гладно ≥5,6 mmol/l или претходно дијагностициран дијабетес тип 2 или примање терапија за дијабетес
- Хипертензија, крвен притисок ≥130/≥85 mmHg или примање антихипертензивни лекови

- Според IDF (International Diabetes Federation) консензусот од 2005 8, дијагностички критериуми за СМ се:
  - Централна дебелина, дефинирана како обем на половината ≥ 94 cm за европоидни мажи и ≥ 80 cm за европоидни жени **ПЛУС**
  - Најмалку два од следниве фактора:
    - Покачени серумски триглицериди на гладно ≥ 1,70 mmol/L или специфичен третман за оваа липидна абнормалност
    - Намален серумски ХДЛ холестерол на гладно < 1,03 mmol/L кај мажи, или < 1,29 mmol/L кај жени или специфичен третман за оваа липидна абнормалност
    - Хипертензија, систолен крвен притисок ≥130 или дијастолен крвен притисок ≥85 mmHg или третман за претходно дијагностицирана хипертензија
    - Покачена гликемија на гладно ≥5,6 mmol/l или претходно дијагностициран дијабетес тип 2. Ако вредноста е над 5,6 mmol/l, има строга препорака за изведување орален тест за толеранција на гликоза, но не е неопходен да се дефинира присуството на синдромот.
- Други важни знаци и клинички наоди што ја поддржуваат дијагнозата се:
  - Фамилијарна компонента: роднини од прво колено со дијабетес тип 2
  - Дебелина: индекс на телесна маса (BMI) ≥ 30 kg/m^2
  - Абнормален тест за толеранција на гликоза: нарушена јагленохидратна толеранција (IGT) или дијабетес тип 2 (NIDDM=non-insulin-dependent diabetes mellitus) наспроти WHO критериумите
  - Хиперурикемија: серумски урати на гладно ≥ 450μmol/l кај мажи, ≥ 340μmol/l кај жени
  - Микроалбуминурија: уринарен албумин ≥ 20mg/24 часа
  - Хиперинсулинемија: гликемија на гладно ≥ 7,8pmol/l (≥ 13,0 mU/l)
- Бидејќи преваленцијата на депресијата кај пациентите со МС е околу двапати од таа кај општата популација, корисно е да се направи скенирање за депресија меѓу овие пациенти со користење Back Depression Inventory.
- Алцхајмерова болест и, sleep apnea може да бидат предизвикани од МС.

ПРЕВАЛЕНЦИЈА

- Според критериумите на IDF, преваленцијата на МС во Финска, кај пациенти на средна возраст, изнесува 38 проценти за мажи и 34 проценти за жени. Користејќи ги критериумите на NCEP, преваленцијата е 34 проценти за мажи и 27 проценти за жени. Совпаѓање на критериумите беше 75 проценти кај жените и 60 проценти кај мажите, така што во практика критериумите ги откриваат речиси истите поединци со ризик (5).
- Околу една половина од хипертензивните пациенти се хиперинсулинемични и/или имаат отпорност на инсулин. Во финската популација, речиси една половина од хипертензивните пациенти ги исполнуваат критериумите за МС (9).

ТРЕТМАН

- Во принцип, третманот е нефармаколошки и е базиран на промени на стилот на живот. Покажано е дека овој приод има одличен ефект, на пример, во превенција на дијабетесот (DPS Студија А, 10 11)
- Промените во животниот стил се единствен облик на третман што има ефект на сите компоненти од МС, и ако не се искористи овој третман, треба да се смета дека етички е погрешно.

- Бидејќи трајна промена на животниот стил бара многу ментална енергија, потребно е да се процени капацитетот на пациентот и можноста за депресија пред да се обиде да спроведе строга програма за промена на стилот на живот.

Нефармаколошки третман

- Зголемување на физичка активност (ннд-А)
- Намалување на телесната тежина
- Промена на навики за исхрана (ннд-В): зголемено внесување диетални влакна, намалување на мастите (особено заситените масти) и јагленихидрати што брзо се преработуваат (високорафинирани); намалување на солта
- Престанување со пушење
- Ограничување алкохол до умерен степен
- Промените во стилот на живот бараат силна ментална поддршка, која може да се постигне преку добар однос меѓу пациентот-докторот-медицинската сестра или преку поддршка од околината.

Фармаколошки третман

- Не постои третман што го опфаќа комплетниот МС, и третманот треба да се состои во лекување на поединечните компоненти од синдромот.
- Ако не е контраиндицирано, на сите пациенти со МС треба да им се препише мала доза аспирин.
- Третманот на хипертензија кај пациентите со МС не треба да содржи лекови што ја влошуваат резистенцијата на инсулин, како што се неселективните бета-блокатори и високи дози на диуретици. Прва линија лекови за терапија на хипертензијата се:
  - АКЕ инхибитори
  - Блокатори на рецепторот ангиотензин II
  - Калциумски антагонисти
  - Високосензитивни бета-блокатори
- Дислипидемијата кај пациентите со МС, главно, треба да се лекува со статини имајќи на ум дека пациентите имаат висок ризик за коронарно артериско заболување.
- Хипертриглициридемијата првично треба да се лекува со статини. Фибрати или рибино масло се додаваат ако, и покрај третманот со статини, вредноста на триглицеридите постојано е над 5,0 mmol/L. Хипертриглицеридемијата кај пациент со МС треба да се третира со лекови (статин или фибрат) ако нивото на триглицеридите е >2,30 mmol/L и односот на вкупниот холестерол/ХДЛ холестеролот е повисок од пет или ХДЛ холестеролот е понизок од 0,9 mmol/L.
- Дисгликемијата кај пациент со МС првично треба да се лекува со метформин. Ако промените во животниот стил и метформинот не дадат задоволителен резултат, терапијата од втора линија вклучува глиниди, глиптини или сулфонилуреја. Новите инкретински миметици обезбедуваат дополнителна можност за третман на дислгикемијата. Со инсулинот треба да се почне навреме.
- Метформин, акарбоза и гуар гум може да ја коригираат резистенцијата на инсулин и затоа се сметаат за лекови од прв ред кај дебели пациенти со дијабетес тип 2.
- Орлистат може да се даде кај пациенти со индекс на телесна маса повисока од 30 kg/m^2. Овие лекови ја намалуваат телесната тежина и особено ги намалуваат висцералните масти.

СЛЕДЕЊЕ ПАЦИЕНТИ СО МС

- Од најголема важност се мотивација за промени во начинот на живот и следење на третманот .

- Следењето на пациентите што примаат лекови е одговорност на докторот. Редовни контроли можат да бидат важна мотивација.
- Пациенти без лекови треба да се следат од медицинска сестра. Следново треба да е вклучено во следењето: мотивација за промени во начинот на живот, мерење на телесната тежина и обем на половината, крвен притисок и контрола на липидниот статус и на гликемијата. Треба да се консултира доктор доколку:
  - Крвниот притисок е повторувано > 140 и/или > 90 mmHg
  - Односот на вкупен холесетрол/ХДЛ холестерол е > 5
  - Триглицериди се повторувано ≥ 2,30 mmol/L
  - Гликемија на гладно ≥ 6,7 mmol/L
  - Пациентот развива симптоми на друго заболување (гихт и сл.)
  - Пациентот има симптоми на депресија (Back score 10 или повеќе).

ПОВРЗАНИ ИЗВОРИ

Литература

1. Selvin E, Steffes MW, Zhu H, Matsushita K, Wagenknecht L, Pankow J, Coresh J, Brancati FL. Glycated hemoglobin, diabetes, and cardiovascular risk in nondiabetic adults. N Engl J Med 2010 Mar 4;362(9):800-11. PubMed
2. The ACCORD Study Group. Effects of Combination Lipid Therapy in Type 2 Diabetes Mellitus. N Engl J Med 2010 Mar 14;():. PubMed
3. Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults. Executive Summary of the Third Report of the National Cholesterol Education Program (NCEP). JAMA 2001; 285:2486-249

РЕФЕРЕНЦИ

1. Laakso M. The possible pathophysiology of insulin resistance syndrome. Cardiovascular Risk Factors 1993;1:55-66
2. Vaccarino V, McClure C, Johnson BD, Sheps DS, Bittner V, Rutledge T, Shaw LJ, Sopko G, Olson MB, Krantz DS, Parashar S, Marroquin OC, Merz CN. Depression, the metabolic syndrome and cardiovascular risk. Psychosom Med 2008 Jan;70(1):40-8. PubMed
3. Alexander CM, Landsman PB, Teutsch SM, Haffner SM, Third National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES III), National Cholesterol Education Program (NCEP). NCEP-defined metabolic syndrome, diabetes, and prevalence of coronary heart disease among NHANES III participants age 50 years and older. Diabetes 2003 May;52(5):1210-4. PubMed
4. McNeill AM, Rosamond WD, Girman CJ, et al. The metabolic syndrome and 11-year risk of incident cardiovascular disease in the atherosclerosis risk in communities study. Diabetes Care 2005 Feb;28(2):385-90. PubMed
5. Saltevo J, Vanhala M, Kautiainen H, Kumpusalo E, Laakso M. Association of C-reactive protein, interleukin-1 receptor antagonist and adiponectin with the metabolic syndrome. Mediators Inflamm 2007;2007():93573. PubMed
6. Vanhala MJ, Pitkäjärvi TK, Kumpusalo EA, Takala JK. Obesity type and clustering of insulin resistance-associated cardiovascular risk factors in middle-aged men and women. Int J Obes Relat Metab Disord 1998 Apr;22(4):369-74. PubMed
7. Grundy SM, Brewer HB Jr, Cleeman JI, Smith SC Jr, Lenfant C, American Heart Association, National Heart, Lung, and Blood Institute. Definition of metabolic syndrome: Report of the National Heart, Lung, and Blood Institute/American Heart Association conference on scientific issues related to definition. Circulation 2004 Jan 27;109(3):433-8. PubMed

8. The IDF consensus worldwide definition of the metabolic syndrome (online). International Diabetes Federation 2005. Available from: 1 [Accessed March 30, 2009]
9. Vanhala MJ, Kumpusalo EA, Pitkäjärvi TK, Notkola IL, Takala JK. Hyperinsulinemia and clustering of cardiovascular risk factors in middle-aged hypertensive Finnish men and women. J Hypertens 1997 May;15(5):475-81. PubMed
10. Uusitupa M, Schwab U, Mäkimattila S, Karhapää P, et al. Effects of two high-fat diets with different fatty acid compositions on glucose and lipid metabolism in healthy young women. Am J Clin Nutr 1994 Jun;59(6):1310-6. PubMed
11. Tuomilehto J, Lindström J, Eriksson JG, et al; Finnish Diabetes Prevention Study Group. Prevention of type 2 diabetes mellitus by changes in lifestyle among subjects with impaired glucose tolerance. N Engl J Med 2001 May 3;344(18):1343-50. PubMed

Автор: Mauno Vanhala
Article ID: ebm00498 (023.036)
© 2012 Duodecim Medical Publications Ltd

1. **EBM-Guidelines, 18.10.2010, www.ebm-guidelines.com**
2. **Упатството не е ажурирано до 2014 година**
3. **Упатството треба да се ажурира по 3 години.**
4. **Предвидено е следно ажурирање во 2017 година**

1435.

Врз основа на член 27 став (1) од Законот за здравствената заштита („Службен весник на Република Македонија“ број 43/12, 145/12, 87/13, 164/13, 39/14, 43/14, 132/14, 188/14 и 10/15), министерот за здравство донесе

У П А Т С Т В О
ЗА МЕДИЦИНСКОТО ЗГРИЖУВАЊЕ ПРИ ДИЈАБЕТЕС-ДЕФИНИЦИЈА, ДИФЕРЕНЦИЈАЛНА ДИЈАГНОЗА И КЛАСИФИКАЦИЈА

Член 1

Со ова упатство се утврдува медицинското згрижување при дијабетес-дефиниција, диференцијална дијагноза и класификација.

Член 2

Начинот на медицинското згрижување при дијабетес-дефиниција, диференцијална дијагноза и класификација е даден во прилог, кој е составен дел на ова упатство.

Член 3

Здравствените работници и здравствените соработници ја вршат здравствената дејност на медицинското згрижување при дијабетес-дефиниција, диференцијална дијагноза и класификација по правило согласно ова упатство.

По исклучок од став 1 на овој член, во поединечни случаи по оценка на докторот може да се отстапи од одредбите на ова упатство, со соодветно писмено образложение за причините и потребата за отстапување и со проценка за натамошниот тек на згрижувањето, при што истото од страна на докторот соодветно се документира во писмена форма во медицинското досие на пациентот.

Член 4

Со денот на влегувањето во сила на ова упатство престанува да важи Упатството за практикување на медицина заснована на докази при дефиниција, диференцијална дијагноза и класификација на дијабетесот („Службен весник на Република Македонија“ бр. 12/13).

Член 5

Ова упатство влегува во сила наредниот ден од денот на објавувањето во „Службен весник на Република Македонија“.

Бр. 17-2371/1
27 февруари 2015 година
Скопје

Министер,
Никола Тодоров, с.р.

Прилог

ДИЈАБЕТЕС: ДЕФИНИЦИЈА, ДИФЕРЕНЦИЈАЛНА ДИЈАГНОЗА И КЛАСИФИКАЦИЈА

МЗД Упатства
27.5.2013 • Последно ажурирање 27.5.2013
Hannele Yki-Järvinen and Tiinamaija Tuomi

- Дефиниции
- Знаци и симптоми кои се карактеристични за тип 1 дијабетес
- Знаци и симптоми кои се карактеристични за тип 2 дијабетес (ИЦД-10: Е11)
- Други типови на дијабет
- Гестациски дијабет
- Орален тест за толеранција на глукоза
- Референци

ДЕФИНИЦИЈА

- Дијагноза на дијабетес се потпира на покачени нивоа на гликоза на гладно (плазматска гликоза > 7,0 ммол/Л) или на ниво на гликоза мерена два часа по тестот за толеранција на гликоза тестот (плазматска гликоза > 11,0 ммол/Л) (табела 1). Кај асимптоматски пациенти за дијагноза се потребни два поединечни резултата, кои ја надминуваат граничната вредност. Ако пациентите имаат симптоми што упатуваат на хипергликемија и резултатот од единечно мерење е > 11 ммол/л (независно кога е земен), едно мерење е доволно.
- Ризикот за дијабетес се зголемува кај луѓе со вредности на гликоза што се покачени, но не ги надминуваат граничните вредности (покачена гликемија на гладно или нарушена гликозна толеранција; види табела 1 за референтни вредности).
- Според WHO, вредностите на ХбА1ц кои надминуваат 6,5 проценти (48 ммол/мол) би биле доволни за дијаноза на дијабетес 2. ХбА1ц концентрација < 6,5% (48 ммол/Л) не исклучува дијагноза на дијабетес. Важно е да се забележи дека скратување на полуживотот на црвените крвни зрнца (крвавење, хемолиза, ЕПО терапија) води до ниски недијагностички концентрации и кај брзо развивачка инсулинска дефизиеција ХбА1ц концентрацијата нема доволно време да се зголеми.
- Полезно е да се направи двочасовен орален тест за толеранција на гликоза тест ако гликемијата на гладно е лесно покачена (< 7,0 ммол/л), концентрацијата на ХбА1ц е 6-6,5 проценти (42-48ммол/мол) или ако резултатите од тестовите за процена на ризикот се над нормалата.
- Ако пациентот не покажува знаци за **дијабетес тип 1** (полидипсија, полиурија, загуба во тежина, значајно покачени нивоа на гликоза во крвта и кетони во крвта и во урината), најверојатно, има дијабетес тип 2.
- Терминот **дијабетес тип 2,** обично, се однесува на дијабетес дијагностициран по возраст од 35 години. Иако овие пациенти можат да преживеат без инсулин тој често се припишува за да превенира оштета на органите од хипергликемија.
- Возраста на почетокот не е секогаш индикативна за типот на дијабетесот. За време на дијагнозата, 10-15 проценти од пациентите со дијабетес тип 2 се на возраст од повеќе од 30 години. Ова е таканаречен MODY[1] тип на дијабетес и често почнува на возраст од помалку од 30 години, како што обично не е случај со дијабетес тип 2.

[1] MODY = Maturity Onset Diabetes of Youth

- Некои пациенти (околу 10 проценти) се чини дека имаат дијабетес тип 2, но имаат GAD антитела и пола од нив развиваат значаен инсулински дефицит за неколку години. Овие пациенти се класификуваат дека имаат бавнопрогресивен дијабетес тип 1 (WHO 1999). Оваа состојба, исто така, се однесува на терминот: ЛАДА „Latent Autoimmune Diabetes in Adults“. Полезно е да се определат GAD антитела ако пациентот е со нормална тежина или значително загубил во тежина или е помлад од 30 до 40-годишна возраст.

Табела 1. Дијагностички вредности на гликозна концентрација (ммол/л) на гладно и два часа по тест за толеранција на гликоза со 75 г гликоза (WHO 2006).

		Венска крв (ммол/л)
Нарушена гликоза на гладно (ИФГ)	Вредности на гладно	6,1-6,9
	Вредности по два часа	< 7,8
Нарушена гликозна толеранција (ИГТ)	Вредности на гладно	< 7,0
	Вредности по два часа	7,8-11,0
Дијабетес	Вредности на гладно	> 7,0
	Вредности по два часа	> 11,1

ЗНАЦИ И СИМПТОМИ КАРАКТЕРИСТИЧНИ ЗА ДИЈАБЕТЕС ТИП 1 (ИЦД-10: Е10)

- Пациентите се обично слаби или со нормална тежина, но и натхранетоста не исклучува дијабетес тип 1.
- Несакана загуба на тежина
  - Значајна несакана загуба на тежина за неколку недели, која ѝ претходи на дијагнозата, вообичаено укажува на дијабетес зависен од инсулин.
- Кетоацидоза
  - Кетоните се јасни и присутни во урината и/или во серумот (со тест со стапче, мала количина кетонски тела може да се најде во урината дури и кај здрав човек во тек на гладување)
  - Метаболна ацидоза (ниско ниво на БЕ и/или ниска пХ вредност со анализа на Аструп)
- Ниска концентрација на Ц-пептид (т.е. оштетена ендогена инсулинска продукција)
  - **Серумски Ц-пептид** - низок за време на дијагнозата (< 0,3-0,6 нмол/Л), подоцна не може да се открие (вообичаено < 0,1 нмол/Л).

Забелешка!
Ц-пептидот е зависен од нивото на гликоза во крвта (се зголемува со високо ниво на гликоза и се намалува со ниско ниво на гликоза).

- Антитела против островските клетки, glutamate decarboxylase (GAD) или инсулински ИА2 антитела (позитивни кај 70-80 проценти од пациентите за време на дијагнозата, одредување обично не е потребно кај пациенти помлади од 20 години); примарен скрининг тест кај пациенти > 20 години е тестот за GAD антитела.
- Почеток вообичаено под 30-годишна возраст; но, кај некои пациенти (10-15%) болеста се јавува во подоцнежен стадиум.

ЗНАЦИ И СИМПТОМИ КАРАКТЕРИСТИЧНИ ЗА ДИЈАБЕТЕС ТИП 2 (ИЦД-10: Е11)

- Најчест тип на дијабетес (70–80 проценти од сите пациенти со дијабетес).
- 80 проценти од пациентите се натхранети.

- **Синдром на резистенција на инсулин (метаболичен синдром)** често претходи на болеста: дебелина, зголемен крвен притисок, абнормално ниво на липиди (масен хепар, низок холестерол ХДЛ и високи триглицериди (2-3 ммол/Л, ретко > 5 ммол/Л) и често покачена концентрација на серумски урати. Преваленцата на метаболниот синдром рапидно се зголемува во целата популација; возрасни пациенти со тип 1 дијабет може да го имаат овој синдром.
- Вообичаено дијагнозата е кај возрасни (повозрасни од 35 години).
- Атеросклерозата е најзначајната компликација од болеста, како коронарна артериска болест, артериопатија на долните екстремитети и мозочни и други макроваскуларни болести (удар).
- Пациентите имаат значајна семејна историја на дијабетес, хипертензија и коронарна артериска болест.
- Концентрацијата на сеумското ниво на Ц-пептид на гладно се одредува ако има несигурност во типот на дијабет. Многу ниска концентрација (под 0,2-0,3 нмол/Л) силно сугерира на инсулинска дефициенција, а концентрација од <0,5-0,6нмол/Л за време на хипергликемија сугерира на моќна инсулинска дефициенција, која има потреба од исулинска терапија најмалку во почетната фаза. Тешката хипергликемија (>15ммол/Л) може привремено да ја намали екскрецијата на инсулин, и дури и ниската Ц-пептид концентрација може да се нормализира кога хипергликемијата е третирана. Може да е индицирано повторно одредување на концентрацијата на Ц-пептидот со цел да се процени понатамошната потреба од инсулинска терапија. Високо ниво на Ц-пептид концентрација сугерира на инсулинска резистенција. Не е потребен глукагонски тест за толеранција.
- Есеј за GAD антитела може да биде во предвид ако пациентот е под 40 години возраст, концентрацијата на Ц-пептидот е под 0,2-0,3нмол/Л или ако пациентот има атипи;ен тип 2 дијабет(автоимун феномен, слаба конституција, брз развој на симптоми)

ДРУГИ ТИПОВИ ДИЈАБЕТЕС

- **MODY** (Maturity Onset Diabetes of Youth)
  - Може да се замени и со дијабетес тип 1 и со тип 2.
  - Вклучува неколку поттипови предизвикани од мутација на гените што го регулираат излачувањето инсулин.
  - Типични знаци за дијабетес MODY вклучуваат:
    - Ран почеток (често < 25-годишна возраст, големи варијации!)
    - Доминантен пример на наследност (дијабетес присутен во неколку генерации - важно е да се испитаат другите членови на семејството); немање фамилијарна историја не исклучува MODY тип дијабетес ако има силно сомневање на други основи(кога се развиваат нови мутации)
    - Нарушен инсулински одговор на гликоза, некои пациенти имаат и актуелен инсулински дефицит; степенот на тежина на овие абнормалности е променлив
    - Зголемен ризик од хипогликемија предизвикан со антидијабетски лекови, кај некои пациенти спонтани хипогликемии дури и пред дијагнозата на дијабетесот.
  - Цистично бубрежно заболување, зголемени аминотрансферази и/или урати, како и абнормалии на гениталиите може да биде манифестирано со дијабетес MODY5.
  - Некои пациенти се лекуваат со диета или со лекови преку уста, додека други може да бараат интензивиран инсулински режим. Најчестата форма, гликокиназен дефект или MODY2, вообичаено не бара третман. Се манифестира со лесно покачена гликемија на гладно.
  - Ако се сомневаме за MODY, пациентот треба да се префрли на клиника за дијабетес (на пример, може да биде индицирано генетско советување).
- **Митохондријалниот дијабетес е ретко генетско нарушување**, кој преминува од мајката на следната генерација (и на машки и на женски). Коморбидноста вклучува други промени на органи, како нарушување на слухот. Тежината на инсулинскиот дефицит е променлива.
- **Секундарен дијабетес (Е13)**

- Може да се развие по панкреатит. Исто така, може да се манифестира со хиперкортицизам (кортизонски лекови или Cushing-ов синдром) или со зголемена екскреција на хормонот на растење (Acromegalia). Пациентите често имаат позитивна семејна историја за дијабетес тип 2.

- **Дијабетес постпанкреатектомија (E89.1)**
  - Се развива по комплетна панкреатектомија и се манифестира со зголемена склоност кон хипогликемија.

ГЕСТАЦИСКИ ДИЈАБЕТЕС

- Дијабетес во тек на бременост (види 3)
- 20-40 проценти од пациентките подоцна ќе развијат дијабетес тип 2, а мал број ќе развијат дијабетес тип 1.

ОРАЛЕН ТЕСТ ЗА ТОЛЕРАНЦИЈА НА ГЛИКОЗА

- Потребен за откривање нарушена толеранција на гликоза.
- Ако гликемијата на гладно ја надминува вредноста за дијагноза на дијабетес, тестот за толеранција на гликоза не е потребен за дијагноза, додека кај пациенти со покачена гликемија на гладно или со значителен ризик за дијабетес (синдром на нарушен метаболизам, фамилијарна историја) полезно е да се направи тестот за откривање можен дијабетес.
- На возрасен пациентот му се дава 75 г гликоза во раствор по прекуноќно гладување.
- Нивото на крвниот шеќер се определува непосредно пред испивање на растворот и два часа потоа.
- Пациентите мораат да јадат нормални количини јаглени хидрати три дена пред тестот, сè до ноќта пред изведување на тестот.
- За толкување на тестот, види ја табелата 1.

РЕФЕРЕНЦИ

1. Definition and diagnosis of diabetes mellitus and intermediate hyperglycemia: report of a WHO/IDF consultation. World Health Organization (WHO) 2006
2. Употреба на гликозилиран хемоглобин (ХбА1ц) во дијагнозата на дијабетес мелитус. Светска здравствена ортганизација 2011 2

Автори: Hannele Yki-Järvinen and Tiinamaija Tuomi Article ID: ebm00486 (023.001) © 2012 Duodecim Medical Publications Ltd.

1. **EBM-Guidelines, 27.5.2013, www.ebm-guidelines.com**
2. **Упатството треба да се ажурира по две години.**
3. **Предвидено следно ажурирање во 2015 година.**

Упатството го ажурирал-Д-р.Билјана Зафировска
Координатор-Проф.Д-р. Катица Зафировска

ФИЗИКАЛНА МЕДИЦИНА

1436.

Врз основа на член 27 став (1) од Законот за здравствената заштита („Службен весник на Република Македонија“ број 43/12, 145/12, 87/13, 164/13, 39/14, 43/14, 132/14, 188/14 и 10/15), министерот за здравство донесе

У П А Т С Т В О
ЗА МЕДИЦИНСКОТО ЗГРИЖУВАЊЕ ПРИ КРИЛЕСТА СКАПУЛА (SCAPULA ALATA)

Член 1

Со ова упатство се утврдува медицинското згрижување при крилеста скапула (scapula alata).

Член 2

Начинот на медицинското згрижување при крилеста скапула (scapula alata) е даден во прилог, кој е составен дел на ова упатство.

Член 3

Здравствените работници и здравствените соработници ја вршат здравствената дејност на медицинското згрижување при крилеста скапула (scapula alata) по правило согласно ова упатство.

По исклучок од став 1 на овој член, во поединечни случаи по оценка на докторот може да се отстапи од одредбите на ова упатство, со соодветно писмено образложение за причините и потребата за отстапување и со проценка за натамошниот тек на згрижувањето, при што истото од страна на докторот соодветно се документира во писмена форма во медицинското досие на пациентот.

Член 4

Со денот на влегувањето во сила на ова упатство престанува да важи Упатството за практикување на медицина заснована на докази при крилеста скапула („Службен весник на Република Македонија“ бр.49/14)..

Член 5

Ова упатство влегува во сила наредниот ден од денот на објавувањето во „Службен весник на Република Македонија“.

Бр. 17-2413/1
27 февруари 2015 година
Скопје

Министер,
Никола Тодоров, с.р.

Прилог

КРИЛЕСТА СКАПУЛА (SCAPULA ALATA)

МЗД Упатство
05.03.2013

- Основни податоци
- Етиологија
- Симптоми
- Дијагноза
- Третман на пареза на m.serratus
- Третман на пареза на n.accessorius
- Поврзани извори на информации

ОСНОВНИ ПОДАТОЦИ

- Повредата на n.accessorius, предизвикана од хируршки зафат, треба да се препознае и да се третира навреме.
- Пареза на m.serratus anterior може да настане при повреда на рамото или да биде предизвикана од хируршки зафат.

ЕТИОЛОГИЈА

- Пареза на m.serratus anterior како резултат на лезија на n.thoracicus anterior. Нервот е најчесто оштетен при повреди во рамото, при кои настанува ненадејно движење надолу, при носење тежок товар, хируршки интервенции (на пример, операција на карцином на дојка), истегнување кое се изведува под анестезија или, пак, да биде предизвикано од невритис.
- Парализа на m.trapezius настанува кога n.accessoirus е оштетен поради ресекција на лимфните јазли, биопсија или хируршки интервенции во пределот на вратот или, пак, кога настанува негова компресија, предизвикана од сутура или од лузна.

СИМПТОМИ

- Болка во рамото и скапуларната регија која може да се шири и надолу во раката.
- Кај парезата на m.serratus anterior болката може да биде присутна и во пределот на градниот кош и аксилата.
- Раката не може да се подигне над хоризонталата.
- Подоцна се јавува болка при движење на рамото поради нестабилност на скапулата.

ДИЈАГНОЗА

- Кај парезата на m.serratus anterior, појавата на крилеста скапула се набљудува при давање отпор на кревањето на раката нанапред и кога пациентот го турка sидот со двете раце (забележете ја асиметријата меѓу двете страни).
- Кај парезата на n.accessorius крилеста скапула се јавува особено при давањето отпор на абдукцијата во рамото и целото рамо паѓа неколку сантиметри надолу поради мускулната атрофија (асиметрија!).

- Вратот, аксилите и градниот кош се палпираат за да се детектира евентуално постоење на тумор.
- Доколку е потребно, се прави рентгенграфија на градниот кош.
- Дијагнозата се потврдува со ЕНМГ.

ТРЕТМАН НА ПАРЕЗАТА НА M.SERRATUS ANTERIOR

- Парезата која настанува по повредите кои вклучуваат нагли движења во рамото може да се повлече делумно или целосно во текот на наредните 2 години.
- Кај поизразена пареза се применува ортоза за да го олесни користењето со раката во положба нанапред и за да се намали болката при истегнувањето.
- Доколку состојбата на крилестата скапула останува трајна и доколку симптомите предизикуваат проблеми, по 2 години може да дојде предвид хируршки третман со трансплантација на мускулот.

ТРЕТМАН НА ПАРЕЗАТА НА N.ACCESSORIUS

- Со оглед на тоа дека оштетувањето на нервот предизвикува значително нарушување, не треба да се смета на спонтано заздравување. Потребно е да се направи хируршка експлорација на нервот во текот на првите 6 месеци и да се репарира детектираниот дефект.

ПОВРЗАНИ ИЗВОРИ

- Литература 1

Authors:
Timo Pohjolainen
Previous authors:
Sinikka Levoska
Article ID: ebm00402 (020.009)
© 2014 Duodecim Medical Publications Ltd

1. **EBM Guidelines, 5.3.2013. www.ebm-guidelines.com**
2. **Упатството не е ажурирано до 2014 година**
3. **Упатството треба да се ажурира по 3 години.**
4. **Предвидено е следно ажурирање до јуни 2017 година.**

1437.

Врз основа на член 27 став (1) од Законот за здравствената заштита („Службен весник на Република Македонија“ број 43/12, 145/12, 87/13, 164/13, 39/14, 43/14, 132/14, 188/14 и 10/15), министерот за здравство донесе

У П А Т С Т В О

ЗА МЕДИЦИНСКОТО ЗГРИЖУВАЊЕ ПРИ ТРЕТМАН НА ДИЈАБЕТОЧНО СТАПАЛО

Член 1

Со ова упатство се утврдува медицинското згрижување при третман на дијабеточно стапало.

Член 2

Начинот на медицинското згрижување при третман на дијабеточно стапало е даден во прилог, кој е составен дел на ова упатство.

Член 3

Здравствените работници и здравствените соработници ја вршат здравствената дејност на медицинското згрижување при третман на дијабеточно стапало по правило согласно ова упатство.

По исклучок од став 1 на овој член, во поединечни случаи по оценка на докторот може да се отстапи од одредбите на ова упатство, со соодветно писмено образложение за причините и потребата за отстапување и со проценка за натамошниот тек на згрижувањето, при што истото од страна на докторот соодветно се документира во писмена форма во медицинското досие на пациентот.

Член 4

Со денот на влегувањето во сила на ова упатство престанува да важи Упатството за практикување на медицина заснована на докази при третман на дијабетично стапало („Службен весник на Република Македонија“ бр. 49/14)..

Член 5

Ова упатство влегува во сила наредниот ден од денот на објавувањето во „Службен весник на Република Македонија“.

Бр. 17-2412/1
27 февруари 2015 година
Скопје

Министер,
Никола Тодоров, с.р.

Прилог

ТРЕТМАН НА ДИЈАБЕТИЧНО СТАПАЛО

МЗД Упатство
7.3.2014.

- Основни податоци
- Скрининг на проблеми на стапалото и препознавање на ризичен пациент
- Преглед на стопала кај дијабетичен пациент
- Третман на позициони деформации
- Површински габични и бактериски инфекции
- Индикации за болнички третман на улкус на стапалото
- Третман на улкус на стапалото
- Длабоки инфекции (остеитис и целулитис)
- Charcot-ова неуроартропатија
- Совети за третман на дијабетичен пациент
- Критериуми за квалитет
- Поврзани извори

ОСНОВНИ ПОДАТОЦИ

- Стапалата на дијабетичен пациент треба редовно да се прегледуваат и ризични категории се евидентираат годишно. Пациенти во категорија на ризик 2 и 3 активно се третираат и посебно следат.
- Исто така подијатар учествува во третманот на стапалата на дијабетичен пациент и едукацијата на пациентот.
- Инфекциите на кожата треба да се третираат рано и ефикасно.
- Уреди за намалување на притисок како тотална контактна имобилизација, имобилизациона чизма за движење или терапеутска чизма која може да се одстрани помагаат кај хронични рани. (ннд-Б) .
- Треба да се препознае критичната исхемија и да се третира со васкуларна операција.
- Charcot-ва неуроартропатија треба да се препознае и да се третира брзо.

СКРИНИНГ НА ПРОБЛЕМИ СО СТАПАЛОТО И ПРЕПОЗНАВАЊЕ НА РИЗИЧНИ ПАЦИЕНТИ

- Стапалата кај сите дијабетични пациенти треба да се прегледуваат најмалку еднаш годишно
  - Особено е важно да се испитаат стапалата кај тип 2 дијабетични пациенти и кај оние од тип 1 на возраст од 30 години или повеќе чија болест трае повеќе од 15 години.
  - Подијатар или специјалист за нега на дијабетес треба го спроведува скрининг прегледот и да определи категорија на ризик. Ова би требало да подразбира и едукација на пациентот (ннд-Д).
- Пациентите со ризик треба да се препознаат врз база на наодите и тие треба често да се контролираат (исто така и од лекарот, не само од персоналот за нега).
  - Предходни улкуси и инфекции
  - Калус (ризикот од улкус се зголемува ако има темно крварење во калусот)
  - Мацерации и були на кожата
  - Деформитети на стапалата и палците.

- Pes transversoplanus предиспонира калус или улкус во средината на облиот дел од табанот на стапалото
- Прсти во вид на чекан
- Hallux valgus
- Испакната метатарзална коска во основата на стопалото

- Намален осет на допир (невропатија; 10-г монофиламент тест)
- Намалена циркулација во стапалата, предходна васкуларна операција
- Ризикот од лезија на стапалото исто така се зголемува со :
  - слаба контрола на шекерот
  - ретинопатија која му се заканува на очниот вид
  - нефропатија
  - пушење
  - слаба хигиена на стапалото
  - исклученост од општеството, проблеми со алкохол
  - психијатриска болест, депресија
- Петиците на дијабетичар врзан за кревет треба да се заштитат од појава на декубитуси со ставање перничиња и позиционен третман. Кожата треба да се проверува секој ден.
- Класификацијата на ризикот 1 помага во насочување на специјално внимание и интервенции на оние кои добиваат најголема полза од терапевтските интервенции (на пр. нега на стапалото, влошки) и контролите.

Табела 1. Класификација за проценка на ризикот од проблеми со стапалато кај дијабетичар

Ризик класа 0	• Нема сензорна невропатија, нема нарушување на артериският крвен проток • Може да се најде извесно лошо позиционирање на стапалата
Ризик класа 1	• Сензорна невропатија; губиток на протективниот осет се тестира со 10-г монофиламент
Ризик класа 2	• Сензорна невропатија; губиток на протективниот осет • Во дополнение едно или повеќе како следи: ○ Моторна невропатија ○ Ограничена подвижност во зглоб ○ Промени во одот и оптоварувањето на стапалото ○ Нарушување на артериският крвен проток ▪ Пулсевите на стапалото не се палпабилни ▪ Јасно редуциран АБИ индекс < 0.7 (притисок кај глуждот < 90 или > 130 mmHg → сомнение за склероза на медиата) ▪ Интермитентна клаудикација ▪ Критична исхемија (болка во мирување, улкус, гангрена)
Ризик класа 3	• Претходен улкус и/или ампутација

ИСПИТУВАЊЕ НА СТАПАЛАТА НА ДИЈАБЕТИЧЕН ПАЦИЕНТ

1. Барање на знаци за невропатија (ннд-Б)
   - чешкање, парестезии, грчеви, немир, недостаток на осет, болка и хиперестезија се знаци на сензитивна невропатија.
   - Намален осет за допир, исчезнување на осетот за вибрација и отсуство на рефлексите на Ахилова тетива се најлесно препознатливите знаци на невропатија. 10-г монофиламент мерач секогаш треба да е на располагање.

2. Преглед на чевлите и нивната погодност
   - Дали чевлите кои се облечени се носат секој ден или само повремено?

- Дали е чевелот доволно голем (=должина на стопалото + 1-1,5 sm)?. Дали има надуености околу првиот и вториот прст? Каде е излижана поставата?
- Дали се чорапите со доволна големина и од мек памук?

3. Испитување на циркулацијата
   - Има ли симптоми на клаудикација?
   - Ладни стапала и тенка, светликава и црвена кожа укажува на слаб артериски крвен проток
   - Треба да се аускултираат феморалните артерии и да се палпираат периферните артерии. Видна макроангиопатија може да се исклучи само ако периферните пулсеви се јасно палпабилни.
   - Автономната невропатија го зголемува артериовенозниот шантинг што го прави стапалото топло на пипање, а вените полни. И покрај на изглед добриот проток снабдувањето на ткивата со кислород е намалено.
   - Може да се употреби Доплер стетоскоп за евалуација на периферниот проток. Секогаш забележлив наод е намален притисок при глуждот. Разорно висок притисок може да се мери кога е присутна склероза на медиата, но бавен (ниска фреквенција) и еднофазен звучен пулс укажува на слаб проток. Исхемијата е критична ако притисокот во глуждот е под 60 ммHg или односот на притисокот глужд-рака е под 0.85 и пациентот има болка или улкус.

4. Барај знаци на тарзални деформации, промени на кожата, промени на ноктите, улкуси и лацерации (и меѓу прстите) и инфекции.
   - Треба да се земе габична култура ако е суспектна кандида.
   - Задебелување на кожата во региите на притисок.
   - Огледало на подијатарот или педографија ќе помогнат во откривање на местата на притисок.

ТРЕТМАН НА ПОЗИЦИОНИ ДЕФОРМАЦИИ

- Погодни чевли, специјално направени, фабрички или кај кондурација кога е потребно
- Хигиена на кожата и редовно влажење.
- Вежби за стапала и одење
- Влошки кои го олеснуваат оптоварувањето или биомеханички го стимулираат стапалото.
- Ортози, лонгети за прсти, перничиња
- Редовно отклонување на калозитетите
- Хируршки третман: корекција на прсти како чекан, отклонување на hallux valgus, редресман на прсти, метатарзални ресекции.

ПОВРШИНСКИ ГАБИЧНИ И БАКТЕРИСКИ ИНФЕКЦИИ

- Дијагнозата на габична инфекција 4 треба да се базира на габична култура. Примерок се зима од чиста кожа после заздравување на било која бактериска инфекција.
  - Локален третман се врши на просторите меѓу прстите (имидазол или тербинафин)
  - Онихомикоза и т. н. мокасина стопало (tinea pedis) бараат орални лекови (тербинафин или итраконазол) 4. Онихомикоза која е ограничена на врвот на ноктот (надворешна третина) може да се згрижи со премачкување на ноктот со аморолфин.
  - Времетраењето на лекувањето кај онихомикоза е обично најмалку 3 месеци.
- Обично на инфективниот дерматит му претходи габична инфекција.
  - Пустуларен егзем меѓу прстите и на метатарзусот, со нагол почеток.
  - Колку е можно побрзо се започнува со антибиотици против стафилококи (на пр. цефалексин 3 x 500 mg).
  - Бањи со калиум перманганат (1:10 000) и во пустуларна фаза, крем кој содржи кортикостероид и антибактериски агенс со влажна компреса од физиолошки раствор

на врвот. Компресата се менува или кваси секои 4-6 часа. Со смирување на инфекцијата преврските се прават помалку оклузивно и посуво за да се постигне "сува рана".

- Паронихија (со врастен нокт во прстот) кај дијабетичар бара сериозно внимание. Погрешно сечење на ноктот или тесни чевли се обично причината.
  - Пациенти се учат правилно да ги сечат ноктите. Подијатар може да корегира раст на ноктот со федер или некој друг апарат.
  - Антибиотици (на пр. цефалексин 3 x 500 mg) може да се индицираат во раната фаза.
  - Бањи со калиум перманганат. Неомицин и бацитрацин треба да се одбегнуваат поради ризик од алергија.
  - Ако паронихијата стане хронична, работ на ноктот треба да се отсече и коренот на ноктот да се фенолизира 5. Можните гранулации се вадат. Процедурата не може да се изведе под локална анестезија ако циркулацијата во стопалото е јасно оштетена.

ИНДИКАЦИИ ЗА БОЛНИЧКИ ТРЕТМАН НА УЛКУС НА СТАПАЛОТО

- Длабок улкус кој може да се шири кон коската или зглобот
- Висока температура или лоша општа состојба
- Целулит повеќе од 2 см пречник околу инфицираниот улкус
- Тешка (критична) исхемија
- Пациентот не може да ги следи советите за третман на раната
- Лоши услови за третман (хигиена, домашна ситуација)
- Индикации за консултација со специјалист се:
  - Улкусот не покажува знаци на заздравување во тек на две недели.
  - Пулсевите не се палпабилни во стопалото со улкус.

ТРЕТМАН НА УЛКУС НА СТАПАЛОТО

- Дури и мали повреди треба да се третираат и контролираат.
- Нивото на гликозата во крвта треба да се одржува на нормала колку е можно.
- Невропатски улкус често се јавува на местото на калус или клавус и е обиколен со хиперкератотична кожа.
  - Најважен третман е олеснување на кожата од притисок.
  - Улцерот ќе заздрави за приближно 1-1.5 месеци со гипс за одење.Третманот се изведува на оддел со искуство за состојбата. Длабока инфекција која бара дренажа, тешка исхемија, пукната кожа на стапалото или ногата, тежок едем на стапалото, често придружен од слаба соработка, слаб вид, проблеми со рамнотежата и дебелина се контраиндикации за третман со гипс.
  - Влошка која го олеснува оптоварувањето е алтернатива и може да ја направи подијатар или ортопедски техничар.
- Исхемичниот улкус се лоцира на врвот на прстите, помеѓу прстите на латералниот раб на стапалото или на петицата. Околната кожа е тенка.
  - Кај критична исхемија веднаш мора да се процени можноста за васкуларен хируршки третман.
  - Може да има потреба од влошка која го намалува оптоварувањето или од специјално направени чевли.
  - Исто така може да се употреби и третман со гипс за одење за улкус на работ или врвот на стопалото.
- Да се запамети третманот на ризик факторите
  - серумски ЛДЛ холестерол намалку под 2.5 ммол/Л (се преферира под 2 ммол/Л); скоро сите пациенти имаат полза од статини.
  - Профилакса на тромбоза (аспирин, понекогаш клопидогрел или варфарин)
- Важно е препознавањето на остеитис кај длабоки улцери (види понатаму).

Локален третман

- Хиперкератоза околу невропатскиот улкус мора механички да се отстрани барем еднаш неделно.
- Црната основа на улкусот, некротичното ткиво, се отклонува со пинцети и нож или ножици. Ако треба, се користи локален анестетик.
- Заздравувањето на пурулентен длабок улкус се забрзува со ензимски препарати (Varidase® или Iruxol®). Тие се стават во облоги на физиолошки раствор и се менуваат или влажнат на 8 (-12) часа.
- Бањи со калиум перманганат (1:10 000) е добра локална антимикробна терапија.
- Длабоки рани може да се дренираат со декстраномер паста (на пр. Дебрисан®) (ннд-Б), хидроколоид (на пр. Aquacell® или со газа (на пр. Sorbact®). Откако улцерот ќе се исуши, во понатамошен третман може да се употреби кадексомер јодин (на пр. Iodosorb®).

АНТИБИОТСКИ ТРЕТМАН

- Индициран кај скоро сите улкуси кои достигаат до мускулниот слој и кај улкуси опкружени со инфекција на мекото ткиво (јасно црвенило на кожата). Површен, некомплициран улкус не бара рутински антибиотски третман.
- Направи бактериска култура на течност извадена од ткивото во основата на длабокиот улкус откако ќе се отстранат некротичното ткиво и гнојот.
- Антибиотикот мора да е ефикасен против стафилококус и стрептококус.
  - Цефалексин или Цефадроксил 3 x 500 mg или
  - Клиндамицин 3 x 150 mg или
  - Клоксацилин 4 x 500 mg

ДЛАБОКИ ИНФЕКЦИИ (ОСТЕИТИС И ЦЕЛУЛИТИС)

Остеитис

- Длабочината на улкусот (коската може да се детектира со звук во дното на улкусот) (nnd-С), фистула и обилен секрет укажуваат на остеитис.
- Промените на остеитис стануваат видливи на радиографија само после 2-6 недели, понекогаш дури и подоцна. МНР е побрза и далеку попрезизна (ннд-Ц).
- Сондирање и радиографија се често адекватни како примарни испитувања.
  - Ако звукот ја погоди коската, третирај го улкусот како да постои остеитис.
  - Ако коската не може да се достигне од сондата, се дава антибиотик, како кај инфекции на меко ткиво. Повторна радиографија и евалуација на третманот после две недели. Ако се види остеитис на радиографија или улкусот сеуште сецернира, улкусот треба да се третира како остеитис.
- CRP ќе се зголеми при акутна инфекција. Кај хроничен остеитис, CRP е често нормален, а седиментацијата на еритроцитите е лесно зголемена.
- Треба да се консултира специјалист во поглед на третманот на остеитис (МНР често е неопходна, инвазивно земање примерок за бактериска култура е често потребно).
  - Во акутната фаза, третманот е, на пример, клиндамицин 4 x 450 mg и.в. + ципрофлоксацин 2 x 500 mg орално.
  - Третманот може да продолжи со клиндамицин 4 x 150 mg орално.
  - Со антибиотскиот третман треба да се продолжи и после клиничко заздравување и затворање на улкусот за 1-2 месеци, понекогаш дури и со години.

Целулитис

- Целулитис со висока температура, што личи на еризипел, треба секогаш да се третира во болница со и. в. антибиотици.
  - Кај тешки случаи третманот е имипенем или трета генерација на цефалоспорин плус клиндамицин во централна болница.
  - Кај полесни случаи третманот е цефуроксим 3 x 1.5 g, и. в.+ клиндамицин 150-300 mg x 4 орално на оддел во здравствен центар. Интравенски ертрапенем 1. 0 г еднаш дневно е алтернатива. Третманот може да продолжи орално (клиндамицин) откако се намалила температурата и инфекцијата се повлекла (CRP е корисен). Вкупниот третман со антибиотици е 2-4 недели.
  - Пеницилин G 6 може да се употреби во третманот на благ еризипел, ако нема дијабетична невро- или макроангиопатија во стапалата на пациентот.

CHARCOT-OBA НЕВРОПАТИЈА

- Оваа состојба често опфаќа брза прогресивна фрагментација на коските, повреди на зглобовите, предиспозиција за сублуксација и луксација и може да се јави кај неисхемично стапало на пациент со долготраен дијабетес.
  - Првите симптоми се едем, блага болка, зголемена температура и понекогаш црвенило на стапалото. Радиографските промени се видливи во подоцнежната фаза на болеста. Типичен е колапс на сводот како резултат на деструкција на TMT зглоб.
- CRP и седиментацијата на еритроцити се нормални; може да е зголемена серумската алкална фосфатаза.
- Кога е потребно, дијагнозата може да се потврди со MHP која ќе покаже типични наоди
- Третманот е 6-9 месечна имобилизација со гипс и патерици.
- За третман после ампутација, види го тоа поглавје.

СОВЕТИ ЗА ТРЕТМАН НА ДИЈАБЕТИЧЕН ПАЦИЕНТ

- Чевлите мора да се погодни.
- Треба да се одбегнуваат мали повреди
- Треба да се одбегнува одење надвор бос, без чевли.
- Стопалата треба да се одржуваат чисти.
- Вештачко загревање е штетно.
- Ноктите треба да се третираат внимателно.
- Габичните инфекции треба ефикасно да се превенираат.
- Формирање калус треба да се превенира.
- Важно е редовното навлажување.

КРИТЕРИУМИ НА КВАЛИТЕТ

- Комплетен преглед на стапалото кај дијабетичар
- Достапност на подијатриски служби
- Достапност на специјалистичка грижа
- Болнички третман на сериозни инфекции на стапалото
- Бројни случаи бараат ампутација.

ПОВРЗАНИ ИЗВОРИ

- Cochrane reviews1
- Литература 1

http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7848417

Authors:
Tapani Ebeling
Previous authors:
Liisa Hiltunen

Article ID: ebm00497 (023.044)

© 2014 Duodecim Medical Publications Ltd

1. **EBM Guidelines, 7.3.2014.. www.ebm-guidelines.com**
2. **Упатството е ажурирано до 2014 г.**
3. **Упатството треба да се ажурира еднаш на 2 години.**
4. **Предвидено е следно ажурирање до март 2016 година.**

Упатството го ажурирал: Слободан Ристовски
Координатор: Проф. Д-р К. Зафировска

1438.

Врз основа на член 27 став (1) од Законот за здравствената заштита („Службен весник на Република Македонија“ број 43/12, 145/12, 87/13, 164/13, 39/14, 43/14, 132/14, 188/14 и 10/15), министерот за здравство донесе

У П А Т С Т В О

ЗА МЕДИЦИНСКОТО ЗГРИЖУВАЊЕ ПРИ СЛЕДЕЊЕ НА ПАЦИЕНТ СО РЕВМАТОИДЕН АРТРИТ

Член 1

Со ова упатство се утврдува медицинското згрижување при следење на пациент со ревматоиден артрит.

Член 2

Начинот на медицинското згрижување при следење на пациент со ревматоиден артрит е даден во прилог, кој е составен дел на ова упатство.

Член 3

Здравствените работници и здравствените соработници ја вршат здравствената дејност на медицинското згрижување при следење на пациент со ревматоиден артрит по правило согласно ова упатство.

По исклучок од став 1 на овој член, во поединечни случаи по оценка на докторот може да се отстапи од одредбите на ова упатство, со соодветно писмено образложение за причините и потребата за отстапување и со проценка за натамошниот тек на згрижувањето, при што истото од страна на докторот соодветно се документира во писмена форма во медицинското досие на пациентот.

Член 4

Со денот на влегувањето во сила на ова упатство престанува да важи Упатството за практикување на медицина заснована на докази при следење на пациент со ревматоиден артритис („Службен весник на Република Македонија“ бр. 49/14).

Член 5

Ова упатство влегува во сила наредниот ден од денот на објавувањето во „Службен весник на Република Македонија“.

Бр. 17-2411/1
27 февруари 2015 година
Скопје

Министер,
Никола Тодоров, с.р.

Прилог

СЛЕДЕЊЕ НА ПАЦИЕНТ СО РЕВМАТОИДЕН АРТРИТ

МЗД Упатство
30.7.2013.

- Основни податоци
- Клинички преглед
- Лабораториски испитувања
- Интервју
- Имиџинг испитувања
- Потреба од рехабилитација, и помагала
- Консултација со специјалист
- Поврзани извори
- Референци

ОСНОВНИ ПОДАТОЦИ

- Целта на третманот кај пациентите со ревматоиден артрит (РА) е ремисија (одсуство на симтомите, без болна осетливост или оток во зглобовите, нормални вредности на седиментација на еритроцити и CRP); ова исто така би требало да биде целта и кај другите ревматски заболувања.
- Со цел да се оптимизираат лековите, состаноци треба да се иницираат почесто(секои 1-3 месеци)
- Следењето има за цел да се идетифицираат промените штетни за прогноза(зголемен број на воспалени зглобови, покачен ЦРП, намалување на функционален капацитет, ерозии).
- РА е поврзан со зголемен ризик од кардиоваскуларни заболувања.
- Целни липидни вредности треба да се исти како и кај другите пациенте со висок ризик(на пример дијабет).

ИНТЕРВЈУ

- Актуелни проблеми: ништо што би го загрижило пациентот (како почетна точка на дискусијата)
- Времетраење на утринската вкочанетост.
- Секојдневните активности и задачи кои предизвикуваат проблема.
- **Зглобови со симптоми.**
- **Несакани** дејства на лековите (особено гастроинтестинални симптоми, наузеја, осип), инфекции
- Употреба на аналгетици.
- Влијание на болеста на пациентот: ефект на социјален живот, расположение.

КЛИНИЧКО ИСПИТУВАЊЕ

- Редовно треба да се документира појава на симптомите во зглобови (осетливост, оток и обем на движења, запишани како бројна вредност) и без оглед дали се или не се присутни симптоми, провери го следното:
  - Дали е ограничена флексијата на прстите(доколку е потребно, да се даде локална инјекција со стероид во PIP или MCP зглобовите или во обвивките на флексорните тетиви)?

- Дали е ограничена екстензијата во рачниот зглоб или лактот?
- Дали можат надлактиците целосно да се абдуцираат (ограничувањето на движењето може да се развие подмолно)?
- Проценка и документирање на активноста на болеста на пример со DAS28 калкулатор, види (1).

- Систематски преглед на зглобовите 1
  - Годишно за сите пациенти.
  - Пред зголемување на дозата на лековите, и 2-6 месеци после зголемувањето.

ЛАБОРАТОРИСКИ ИСПИТУВАЊА

- Лабараториски мониторинг треба да вклучи определување на SE и CRP барем на секои три месеци кај пациенти кои користат антиреуматски лекови (инјециono злато 2, ауранофин 3, сулфасалазин 4, циклоспорин 5, метотрексат 6, азатиоприн 7, циклоспорин 8, биолошки лекови). Постојано зголеменото ниво на вредноста на CRP може да укажува на развој на амилоидоза и е причина за интензивирање на медикаментозната терапија.
- Ниската концентрација на хемоглобин со висока SE е обично знак на активност на болеста и нема да реагира на терапијата со железо. Гастроинтестинално крвавење (НСАИЛ - нестероидни антиинфламаторни лекови!) треба да се има на ум како причина за феродефицитна анемија.
- Присуство на ревматоидниот фактор или анти-циклични цитрулирани пептидни(анти-ЦЦП) антитела не се користат како мерка на активноста на болеста и повторувано определување не е потребно. Повторен тест може да биде оправдан доколку пациентот, чиј реуматодиен фактор/анти-ЦЦП антитела биле негативни во минатото, се презентира со активна болест бидејќи конверзија во позитивен статус дава полоша прогноза.
- Ревматоидниот артрит е поврзан со зголемена иициденца на кардиоваскуларни заболувања. Активна инфламација ќе резултира со поголем атероген липиден профил...Мониторинг на РА вклучува определување на липидни вредности. Целните вредностите за липидите треба да се исти како и кај другите пациенти со висок ризик (на пример со дијабетес).
  - Доколку липидниот профил не се корегира со третманот на ревматската инфламација, треба да се препишат статини.

ИМИЦИНГ ИСПИТУВАЊА

- Рентегенграфија на градите е индицирана пред да се започне со терапија со метотрексат или билолошки агенси.
- Перзистирачките симптоми во прстите, рачните зглобови и МТП зглобовите се индикација за повторени Ртг снимки на шаките и стапалата на секои 2-3 години така да развој на можни ерозии може а биде следен.
- Ултрасонографијата е користна во клиничка пракса за идентификување на синовитис, теносиновитис и бурситис, и артроцентеза може да се направи под контрола на ултразвук. Особено е корисна при проценка на симптомите во колковите и рамењата со оглед на тоа дека клиничката евалуација на овие зглобови е тешка.
- Доколку ултрасонографија потврди подобрување на воспаление на зглобот на колкот али болка во зголобовите перзистира, и Ртг снимка открива стеснување на зглобниот простор, Ртг снимка би требало да се повтори на секои 1-2 години со цел да се избегне одложувањето на операција(диференцијална дијагноза: болни состојби на големиот трохантер)
- Ртг снимки во флексија-екстензија на цервикален ‘рбет се индицирани кога е суспектна атланто-аксијална сублуксација(очигледна осетливост и болка во цервикалниот рбет при движења, силна окципитална болка, понекогаш сензации како електичен- шок при виткање). Патолошки знак е ако просторот помеѓу dens axis и atlas при флексија е 4 mm или повеќе и е индикација за консултација со специјалист (потреба од цервикална

ортоза?); кај поголемите дислокации (>10мм) поврзани со невролошки симптоми, може да дојде во предвид итна хируршка интервенција.

ПОТРЕБА ОД РЕХАБИЛИТАЦИЈА И ПОМАГАЛА

- Трошоци за помагала и физиотерапија треба да се надоместат на пациентот со РА како дел од тековната медицинска рехабилитација.
- Најчести ортози се:
  - ортоза за рачен зглоб (ннд-Б)
  - ортоза за врат при патување со кола ако пациентот има симптоми во вратот од цервикалниот ‘рбет
  - соодветни чевли/влошки (ннд-Б)
- Најдобар начин да се процени потреба од помагала е за време на посета дома од страна на физиотерапеут или професионален терапеут. Оваа посета треба да биде активно охрабрување за сите пациенти чии физички активности се ограничени заради РА. Пред да добиепомагала за кои се смета дека се неопходни, терапеут треба да е сигурен дека пациентот е мотивиран да ги користи.
- Едукацијата на пациентот треба да биде систематска и целиот тим за грижа (ревматолог, сестра од ревматолошка област, ортопед, физијатар, физиотерапевт, професионален терапевт, подијатар , советник за рехабилитација, социјален работник итн.) треба да учествува во нејзиното планирање и имплементирање. Подршка понудена од локална болница треба да вклучи индивидуални упатства како и едукативни денови за специфична дијагностика.
- Мултидисциплинарни тимски програми за нега(ннд=А) и едукација на пациенти во групи(ннд=Ц) се ефиксани барем на краток рок.
- За време на состаноци треба да се дискутира за самостојно изведување на вежби и треба да се обезбеди пациентот повторно да добива инструкции. Вежби (динамична работа на мускули) ја зголемуваат долготрајна издржливост, мускулната снага и зглобна подвижност (ннд=Б). Пациентот со РА може да вежба без ризик од активација на болеста 1.
- Специфични разлики меѓу државите постојат како за аранжманите на рехабилитација, превоспитување, финансиска подршка, преквалификација итн. за пациенти со РА.
-

НАМАЛУВАЊЕ НА ДОЗА НАЛЕКОВИ.

- Доколку потполна ремисија трае повеќе од една година, може да се напарви обид за намалување на доза на лековите, после онсултација во специјалистичка нега.
- Ако актуелните лекови се состојат од комбинација на конвенционална, према болеста модифицирана антиреуматска терапија(ДМАРД) и преднизолон, доза на преднизолон е обично прва која се намалува, следено со хидроксихлорокинин или сулфасалазин. Ако метотрексат се добро поднесува , неговата доза обично последна се намалува. Сепак треба добро да се размисли пред целосно прекинување на метотрексат.
- Биолошки агенси не треба да се прекинат во примарна здравствена заштита, без претходна консултација со специјалисти во специјалистичка нега. Ако е пациент третиран со биолошки агенс во ремисија, преднизолон е обичНо прв лек кој се прекинува. Ова е проследено со се помала администрација на биолошки агенс така да на крај само метотрексат останува да се користи.
- Може да се забалежи дека после многу години од третманот со глукокортикоиди пациент може да развие инсуфициенција на надбубрег и во тие случаи прекин на лекот нема да биде можен.

КОНСУЛТАЦИИ СО СПЕЦИЈАЛИСТ

- Практики се разликуваат, но во повеќе случаи следниве групи на пациенти оправдува долготраен мониторинг во специјалистичка грижа:

- Пациенте третирани со комбинација на неколку ДМАРД
- Пациенте третирани со биолошки агенси
- Пациенте со активна реуматоидна болест.

- Третман со биолошки агенси бара мониторинг од специјалист
- Лекари во примарна здравствена заштита може да бидат одговорни за планирано следење на пациенте
- Специјалистичка консултација е секогаш препорачана ако се размислува за употреба на поефикасен лек, ако активноста а болеста перзистира или доколку се развијат компликации.
  - Активниот синовитис укажува на ризик од постојано оштетување на зглобовите и треба да се третира со најефикасна анти-инфламаторна терапија.
  - Ако активноста на болеста не се намали за 3(-6) месеци од промената на лековите, треба да се размислува за понатамошна промена.
  - Треба да се има на ум индикациите за хируршки зафат кај ревматоиден артрит.

ПОВРЗАНИ ИЗВОРИ

- Cochrane reviews
- Други прегледи со докази

РЕФЕРЕНЦИ

1. Häkkinen A. Resistance training in patients with early inflammatory rheumatic diseases. Special reference to neuromuscular function, bone mineral density and disease activity [Academic dissertation]. Studies in Sport, Physical Education and Health nr. 60. Jyväskylä 1999.

Authors:
Markku Hakala
Aticle ID: ebm00441 (021.021)
© 2014 Duodecim Medical Publications Ltd

1. EBM Guidelines, 7.6.2013. www.ebm-guidelines.com
2. Упатството е ажурирано до 2014 г.
3. Упатството треба да се ажурира еднаш на 2 години.
4. Предвидено е следно ажурирање до јуни 2015 година.

Упатството го ажурирал: Слободан Ристовски
Координатор: Проф. Д-р К. Зафировска

1439.

Врз основа на член 27 став (1) од Законот за здравствената заштита („Службен весник на Република Македонија“ број 43/12, 145/12, 87/13, 164/13, 39/14, 43/14, 132/14, 188/14 и 10/15), министерот за здравство донесе

У П А Т С Т В О
ЗА МЕДИЦИНСКОТО ЗГРИЖУВАЊЕ ПРИ ПОВРЕДИ НА MEDULLA SPINALIS

Член 1

Со ова упатство се утврдува медицинското згрижување при повреди на medulla spinalis.

Член 2

Начинот на медицинското згрижување при повреди на medulla spinalis е даден во прилог, кој е составен дел на ова упатство.

Член 3

Здравствените работници и здравствените соработници ја вршат здравствената дејност на медицинското згрижување при повреди на medulla spinalis по правило согласно ова упатство.

По исклучок од став 1 на овој член, во поединечни случаи по оценка на докторот може да се отстапи од одредбите на ова упатство, со соодветно писмено образложение за причините и потребата за отстапување и со проценка за натамошниот тек на згрижувањето, при што истото од страна на докторот соодветно се документира во писмена форма во медицинското досие на пациентот.

Член 4

Со денот на влегувањето во сила на ова упатство престанува да важи Упатството за практикување на медицина заснована на докази при повреди на медула спиналис („Службен весник на Република Македонија“ бр.49/14).

Член 5

Ова упатство влегува во сила наредниот ден од денот на објавувањето во „Службен весник на Република Македонија“.

Бр. 17-2410/1
27 февруари 2015 година
Скопје

Министер,
Никола Тодоров, с.р.

Прилог

ПОВРЕДИ НА MEDULLA SPINALIS

МЗД Упатство
28.04.2010

- Основни податоци
- Акутна повреда
- Рехабилитација
- Секвели од повреда
- Поврзани извори
- Референци

ОСНОВНИ ПОДАТОЦИ

- Земете ја предвид можноста од повреда на медула спиналис кај сите пациенти со траума и осигурајте се дека транспортот нема да ја влоши повредата (`рбетот мора да се стабилизира).
- Третманот и рехабилитацијата на овие повреди мора да се изведува на специјални оддели.
- Проблемите по повреда на медулата се повеќестрани, тешки за третман и долготрајни. Затоа, третманот бара експертиза и индивидуално планирање.

АКУТНА ПОВРЕДА

- **Дали механизмот на траумата е таков што пациентот можеби страда од спинална повреда?** Несвесен пациент со високо-енергетска повреда мора да се смета дека има повреда на медулата, додека не се докаже спротивното.
- Параплегијата или тетраплегијата се очигледни знаци на спинална повреда. И помалку тешки знаци на невролошки дефицит може да покажат на зафатеност на медулата ако механизмот на траумата укажува на тоа и особено ако пациентот се жали на локални симптоми во грбот или во вратот.
- Пациентот веднаш треба да се однесе во болница која има доволно можност де се третираат спинални повреди.(1). Негата на спиналните повреди треба да се изведува на специјални оддели.
- Од витална важност е да не се презема дејство на местото на несреќата и за време на транспортот, што може да ја влоши повредата.
- Кога се подготвува пациентот за транспорт, треба следново да се земе предвид:
  - Приоритет е следењето на виталните функции. Дишењето на пациент без свест може да не е ефективно. Помош при дишењето кај пациентот со цервикална повреда обично бара одржување на отворен проток на воздухот. Треба да се внимава да не се компромитира имобилизацијата. Во услови на поле, најсоодветен метод е употреба на рачна ларингеална маска (**ИЛМА**). Меѓутоа, препорачаниот метод да се одржуваат дишните патишта отворени е методот кој најдобро е воден од тимот за спасување.
  - Просечниот крвен притисок треба да се одржува доволно високо што се должи на повредата на нервното ткиво. Дисфункцијата на симпатикусот со повреди на високо ниво (над TX6) треба да се третира со катехоламини (имајте на ум ризик од вагална брадикардија). Можниот волуменски застој кај мултитрауматизиран пациент, предизвикан од губиток на крв, треба да се коригира со интравенски течности.

- Обично се користат специјални носила како подобри од рацете на неколку помагачи кога се транспортира пациентот или кога пациентот треба да се ослободи од местото на несреќата. Меѓутоа, ако има потреба, пациентот може да се пренесе на спинална штица или на носило, поткрепено од 3-4 лица.
- Од витална важност е имобилизацијата на `рбетот за транспорт, ако постои сомнение за спинална повреда. Штицата треба да е мазна за да се спречат рана појава на декубитуси при транспортот. Треба да се третира и уринарната ретенција.

- Резултатите од поновите проучувања кои се однесуваат на употребата на метилпреднизолон во акутна фаза (ннд-**Б**) се противставувачки. Меѓутоа, метил-преднизолонот е прифатен како стандарна терапија во многу земји и треба да се даде што е можно побргу.
  - Почетната доза е 30 mg/kg, интравенозно. Ако третманот е започнат во првите 3 часа од несреќата, со лекот треба да се продолжи како инфузија (5.4 мг/кг/час) за 24 часа. Ако поминале 3-8 часа од несреќата, инфузијата треба да продолжи 48 часа. Метилпреднизолон не треба да се дава ако е поминато повеќе од 8 часа од несреќата.

РЕХАБИЛИТАЦИЈА

Рехабилитација во акутна фаза

- Негата и рехабилитацијата на пациентот треба да се одвива во специјализирани оддели.
- Животот на пациентот е одеднаш сменет драматично. Централизираната нега и рехабилитација овозможува персоналот да стане високо обучен и искусен. Од врвна важност е и поддршката од другите пациенти со спинална повреда.
- Рехабилитацијата во акутна фаза вклучува:
  - **Промоција на функционалната независност.**
  - Треба да се зајакнат сите мускули кои се функционални.
  - 2/3 од пациентите ќе бидат врзани за инвалидска количка за цел живот.
  - Обично се практикува вертикализација и исправена положба.
  - Пациентот се снабдува со лични помагала и опрема и се обучува за нивна употреба (пр. количка, системи за контрола во околината).
  - Функционалната оспособеност и справувањето се тестираат при куси посети дома.
- **Медицинска нега**
  - Најдобра можна медицинска нега треба да се даде со третманот на изменетите телесни функции (пр. мочен меур, црева, сексуална функција).
  - Треба да се превенираат компликации (пр. декубитуси).
- **Психијатриска поткрепа**
  - Фамилијата мора да се вклучи во згрижувањето на кризата која ја следи изненадната инвалидност.
  - Еднаква поддршка може да се добие и од претходно повредени пациенти.
- Пациентот треба да се советува околу релевантна корист и компензациони исплати. Неопходните помагала и опрема треба да се прикажат во домот на пациентот (ако е потребно специјално домаќинство). На пациентот му се нуди работна, професионална рехабилитација.
  - Скоро сите пациенти со спинална повреда се испишуваат дома по акутната фаза на рехабилитација. Со помош на личен негувател, дури и оние со тешки повреди, може да се справуваат со независно живеење.

Континуирана рехабилитација

- За да се одржи физичкото функционирање, пациентите со спинални повреди може да имаат потреба од стационарна рехабилитација во редовни интервали. Целта е да се одржи или да се подобри функционалната независност, да се третираат какви било мускулоскелетни проблеми и да се подобри физичката кондиција. Куси одмори се потребни за пациентот да се одмори од терапијата.

- Потребата и степенот на физиотерапија во заедница треба да се одредуваат индивидуално.
  - Тетраплегичарите често имаат потреба од редовна физиотерапија, еднаш или двапати неделно или периодично. Оваа физиотерапија треба да вклучува функционални вежби, одржување на движењата во зглобовите, намалување на спастичноста, нега на мускулите итн.
  - Параплегичарите, исто така, имаат потреба од редовна физиотерапија во општествената заедница (ннд-Ц) за да се одржат гореспоменатите цели, како и да се одржи мускулоскелетното функционирање.
- Професионалната рехабилитација и тренинг на адаптација обично се воведуваат во текот на првите неколку години по повредата. Меѓутоа, потребата од ваква рехабилитација може да се јави подоцна во животот, откако другите работи кои се однесуваат на инвалидноста ќе се стабилизираат.
- Помагалата и опремата значително ја подобруваат самодовербата и често го овозможуваат независното живеење. Потребата од опрема се проценува во почетната рехабилитациона фаза. Ситуацијата на пациентот ќе се менува со текот на годините, така што проценката треба да се изведува во редовни интервали.

Секвели од спинална повреда

- Долготрајниот третман на пациенти со спинална повреда ќе биде одговорност на општиот лекар.
- Како резултат на единствената природа на подоцнежните компликации, пациентот треба да се проценува во редовни интервали во специјализиран центар кој ќе соработува со општиот лекар на пациентот.

Проблеми со уринарниот тракт

- Симптоматските инфекции на уринарен тракт треба да се потврдат со примерок на чисто земена урина и бактериска култура. Инфекцијата на уринарен тракт треба секогаш да се смета како причина за акутни системски симптоми и грозница, дури и во отсуство на типични симптоми. Некои пациенти на кои им треба интермитентна катетеризација имаат хронична бактериурија.
- Пациент со рецидивни инфекции треба да се испрати на уролог. Симптоматски уринарни инфекции треба да се третираат со антибиотик подолго отколку што е вообичаено. Профилактички антибиотици рутински не треба да се препишуваат.
- Урологот треба да ги проверува сите пациенти секои 1-3 год. со ултразвучен преглед на бубрезите и на уринарниот тракт, ренографија или урографија, ако има потреба. При специјални индикации, се прави уродинамско испитување.
- Секогаш методот на празнење на мочниот меур се одредува индивидуално. Интермитентна катетеризација е засега примарна терапија за неурогена дисфункција на мочниот меур и се покажало дека превенира дилатација и рефлукс во горниот уринарен тракт.

Проблеми со кожата

- Декубитуси може де се превенираат со соодветно советување и помош. Важна е внимателна превенција (вкучувајки и мерење на притисок при седење).
- Ако постои опасност од нивна појава и развој, веднаш треба да се отстрани компресијата на кожата (мирување во кревет ако е неопходно, промена на положбата, пренасочување на притисокот врз здрави регии на кожата).
- Дури и за мали декубитуси, треба да се консултира пластичен хирург кога не заздравуваат со конзервативен третман. Месеци на мирување во кревет може да се одбегнат со навремена пластична операција.

Болка

- Мускулоскелетна болка треба да се третира според вообичаените правила.
- Болката во вратот и во раменатa и проблеми на горните екстремитети кај пациенти врзани за инвалидаска количка, бараат особено внимание, бидејќи може да ја попречи функционалната независност на пациентот.
- Дијагнозата на висцерална болка може да е отежната поради сензорен дефицит.
- Болката, придружена на спинална повреда е често невропатска и тешка за третирање, меѓутоа таа треба соодветно да се третира, бидејќи има значително влијание врз квалитетот на животот на пациентот. Можеби ќе треба рано обраќање до клиниката за болка.

Спастицитет

- Типична компликација на спинална повреда.
- Зголемениот спастицитет може да потекнува од причина каудално на нивото на спиналната повреда. Таква причина често не може да се дефинира (на пр. инфекција, проблеми со кожата или други процеси кои нормално предизвикуваат болка). Ако спастицитетот е проследен со системни симптоми, тоа може да биде знак на сериозен процес, на пр. акутен абдомен.
- Причината за зголемен спастицитет мора да биде веднаш третирана.
- Третман на спастицитет.

Сексуална функција, фертилитет, планирање на семејство

- Нарушувањата на сексуалната функција (особено губитокот на осет) може многу да го наруши квалитетот на животот.
- Информацијата и сексуалното советување се важен дел на рехабилитациониот процес. Потребата може да се јави подоцна, со менување на животните ситуации.
- Обично е ефикасна орална примена на лекови за еректилна дисфункција. Некои пациенти повеќе сакаат употреба на инјекции.
- Кај мажи со спинална повреда, неејакулацијата и слабиот квалитет на спермата скоро секогаш предизвикуваат неплодност. Меѓутоа, со модерни третмански методи (стимулација со вибратор, електроејакулација или тестикуларна биопсија) спермата може да се собира од скоро секој маж со спинална повреда.

Посттрауматска сирингомиелија (ПТС)

- ПТС укажува на цистична дилатација на централниот канал на медулата.
- Секогаш треба да се сомневаме кога невролошката состојба на пациентот одеднаш ќе се влоши неколку години по повредата. Првиот клинички синдром може да е интензивираната болка. Други симптоми се зголемувањето на нивото на сензорната повреда, зголемената спастичност, прогресивната мускулна слабост и симптомите кои укажуваат на оштетеност на автономниот нервен систем.
- Дијагнозата се потврдува со магнетна резонанца. Пациентот треба веднаш да се префрли на неврохирушкиот оддел заради евалуација.

Други компликации

- Треба да се има на ум следново: променета функција на цревата, синдром на автономна дисрефлексија и ризик од остеопороза.

РЕФЕРЕНЦИ

1. Bagnall AM, Jones L, Richardson G, Duffy S, Riemsma R. Effectiveness and cost-effectiveness of acute hospital-based spinal cord injuries services: systematic review. Health Technol Assess 2003; 7(19):iii, 1-92. **PubMed**.

Authors:
Antti Dahlberg
Previous authors:
Veli Matti Huittinen,
Article ID: ebm00804 (018.011)
© 2014 Duodecim Medical Publications Ltd

1. **EBM Guidelines, 28.4.2010. www.ebm-guidelines.com**
2. **Упатството не е ажурирано до 2014 г**
3. **Упатството треба да се ажурира по 3 години.**
4. **Предвидено е следно ажурирање до јуни 2017 година.**

1440.

Врз основа на член 27 став (1) од Законот за здравствената заштита („Службен весник на Република Македонија“ број 43/12, 145/12, 87/13, 164/13, 39/14, 43/14, 132/14, 188/14 и 10/15), министерот за здравство донесе

У П А Т С Т В О

ЗА МЕДИЦИНСКОТО ЗГРИЖУВАЊЕ ПРИ ЛАТЕРАЛЕН И МЕДИЈАЛЕН ЕПИКОНДИЛИТИС НА ЛАКТОТ

Член 1

Со ова упатство се утврдува медицинското згрижување при латерален и медијален епикондилитис на лактот.

Член 2

Начинот на медицинското згрижување при латерален и медијален епикондилитис на лактот е даден во прилог, кој е составен дел на ова упатство.

Член 3

Здравствените работници и здравствените соработници ја вршат здравствената дејност на медицинското згрижување при латерален и медијален епикондилитис на лактот по правило согласно ова упатство.

По исклучок од став 1 на овој член, во поединечни случаи по оценка на докторот може да се отстапи од одредбите на ова упатство, со соодветно писмено образложение за причините и потребата за отстапување и со проценка за натамошниот тек на згрижувањето, при што истото од страна на докторот соодветно се документира во писмена форма во медицинското досие на пациентот.

Член 4

Со денот на влегувањето во сила на ова упатство престанува да важи Упатството за практикување на медицина заснована на докази при латерален и медијален епикондилитис на лакотот („Службен весник на Република Македонија“ бр. 49/14).

Член 5

Ова упатство влегува во сила наредниот ден од денот на објавувањето во „Службен весник на Република Македонија“.

Бр. 17-2409/1
27 февруари 2015 година
Скопје

Министер,
Никола Тодоров, с.р.

Прилог

ЛАТЕРАЛЕН И МЕДИЈАЛЕН ЕПИКОНДИЛИТИС НА ЛАКТОТ

МЗД Упатство
19.6.2013.

- Основни податоци
- Преваленца
- Знаци и симптоми
- Третман
- Поврзани извори
- Референци

ОСНОВНИ ПОДАТОЦИ

- Мора да се идентификува истегањето кое предизвикува симптоми. Откако истегањето се отклони епикондилитот вообичаено спонтано се повлекува.
- За третман на акутна болка може да се употребат топични антиинфламаторни лекови (ннд-Б). Физикалната терапија може да се земе предвид кај хронични случаи (ннд-Ц) .
- Инјекции на кортикостероид не би требало да се користат во третманот на епикондилитис. Дури и ако инјекциите ја намалат акутната болка тие значајно ќе ја зголемат повторната појава на епикондилитот (ннд-А).

ПРЕВАЛЕНЦА

- Латералниот епикондилитис (тениски лакот) е предизвикан од повторувано истегање на рачниот зглоб и мускулите екстензори на прстите што резултира со иритација на тетивниот припој за хумерусот. Исто така, медијалниот епикондилитис е предизвикан од истегање на флексорните мускули.
- Ризик факторите за латерален епикондилитис вклучуваат ракување со тешки алати и товари како и работни задачи кои вклучуваат повторувани движења (ннд-Ц). Предиспонирачките фактори за медијален епикондилитис вклучуваат држење товари, повторувани движења и употреба на вибрирачки алати (ннд-Ц).
- Според Health 2000 (здравствена студија спроведена во Финска) преваленцата на епикондилитис не покажува разлика според полот. Преваленцата на латералниот епикондилитис била 1. 1% , а таа на медијалниот епикондилитис 0. 3%.
- Пушењето може да го зголеми ризикот и на латералниот и на медијалниот епикондилитис (1).

ЗНАЦИ И СИМПТОМИ

- Пациентот типично манифестира болка која ја локализира околу епикондилот, особено додека стиска нешто со екстендиран подлакт.
- Треба да се изврши изометричко тестирање против отпор со екстендиран подлакт. Отпор се наметнува на екстензијата (латерален епикондилитис) и флексијата (медијален епикондилитис) на рачниот зглоб. Болка кај припојот на тетивата чини позитивен наод.
- Мерење на снагата на стисокот на шаката и болка за време на стисокот може да се употребат како дијагностички алатки, и тие исто така служат како индикатори на функционалниот капацитет. Доминантноста на шаката има ефект на стисокот на шаката, и 10% разлика помеѓу страните е нормална.

Дијагностички критериуми

- Латерален епикондилитис
  - Екстензија на рачниот зглоб против отпор предизвикува болка кај латералниот епикондил
  - Епикондилот е осетлив на палпација
- Медијален епикондилитис
  - Флексија на рачниот зглоб против отпор предизвикува болка кај медијалниот епикондил и
  - Епикондилот е осетлив на палпација

Диференцијална дијагноза

- Локални симптоми на истегање и тендинитис во подлактицата.
- Артроза на зглобот на лакотот и синдром на улнарниот жлеб
- Проксимални проблеми кои потекнуваат од плексусот или од ареа на корен на цервикален спинален нерв , на пр. пролапс на дискус и радикуларна компресија
- Вклештеност на нерв на длабоката моторна гранка на радијалниот нерв (Frohse-ов синдром) е екстремно ретка и е поврзана со слабост на екстензијата на прстите
- ЕНМГ (1) е неопходна во некои случаи за диференцијална дијагноза

ТРЕТМАН

Акутна фаза

- Избегнување подигање и стискање.
- Безбедна аналгезија: локални нестероидни антиинфламаторни лекови (ннд-Б) или парацетамол
- Нема евиденција за корист од орални антиинфламаторни лекови, и заради нивните можни негативни ефекти тие не се препорачуваат (ннд-Ц).

Пролонгирани симптоми

- Инјекции на стероиди обично не се препорачуваат за третман на епикондилитис бидејќи ја зголемуваат повторната појава на болка во период на контролно следење од 3-12 месеци и покрај тоа што обезбедуваат добро кусо-времено (помалку од 6 недели) ослободување од болката (ннд-А).
- Ортотска подршка, како што се атхезивна трака или лонгети, може да ги подобрат симптомите (ннд-Ц) и, ако е неопходно, тие може да се употребат за кусо време со цел да се намали болката.
- Вежби за снага со постепено зголемување може да има извесен ефект и на симптомите и на оправокот од хроничниот епикондилитис, но научната евиденција е недоследна (ннд-Ц).
- Терапијата со ударни бранови е проучувана во неколку компаративни студии, но нејзиниот ефект во поглед на болка и функција кај хроничен епикондилитис не е докажан (ннд-А).
- Ултразвук може да ги подобри симптомите на хроничен епикондилитис.. Ефектот од третманот е многу мал и резултатите од студиите не се потполно доследни (ннд-Ц).
- Постои доказ од поединечни студии дека локална примена на азотен оксид (2) и ботулинум токсин (3) може да бидат ефикасни во третманот на хроничен епикондилитис.
- Нема докази од компаративни студии за ефикасноста на оперативен зафат во третманот на епикондилитис и не постојат јасни индикации за оперативен зафат (ннд-Д).

Професионална болест

- Епикондилитисот може да се смета за професионална болест во некои околности. Во согласност со националната законска регулатива пациентот може да исполнува услови за исплата на надоместок.

ПОВРЗАНИ ИЗВОРИ

- Cochrane reviews 1
- Други резимеа на докази 1
- Извори од интернет 1
- Литература1

http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17910298

РЕФЕРЕНЦИ

1. Shiri R, Viikari-Juntura E, Varonen H, Heliövaara M. Prevalence and determinants of lateral and medial epicondylitis: a population study. Am J Epidemiol 2006 Dec 1;164(11):1065-74. **PubMed**
2. Paoloni JA, Appleyard RC, Nelson J, Murrell GA. Topical nitric oxide application in the treatment of chronic extensor tendinosis at the elbow: a randomized, double-blinded, placebo-controlled clinical trial. Am J Sports Med 2003 Nov-Dec;31(6):915-20. **PubMed**
3. Wong SM, Hui AC, Tong PY, Poon DW, Yu E, Wong LK. Treatment of lateral epicondylitis with botulinum toxin: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial. Ann Intern Med 2005 Dec 6;143(11):793-7. **PubMed**,

Authors:
Helena Liira
Previous authors:
Olli Korkala
Article ID: ebm00407 (020.020)
© 2014 Duodecim Medical Publications Ltd

1. **EBM Guidelines, 19.6.2013. www.ebm-guidelines.com**
2. **Упатството е ажурирано до 2014 г.**
3. **Упатството треба да се ажурира еднаш на 3 години.**
4. **Предвидено е следно ажурирање до јуни 2016 година.**

Упатството го ажурирал: Слободан Ристовски
Координатор: Проф. Д-р К. Зафировска

1441.

Врз основа на член 27 став (1) од Законот за здравствената заштита („Службен весник на Република Македонија“ број 43/12, 145/12, 87/13, 164/13, 39/14, 43/14, 132/14, 188/14 и 10/15), министерот за здравство донесе

У П А Т С Т В О
ЗА МЕДИЦИНСКОТО ЗГРИЖУВАЊЕ ПРИ ХОНДРОМАЛАЦИЈА НА ПАТЕЛА

Член 1

Со ова упатство се утврдува медицинското згрижување при хондромалација на патела.

Член 2

Начинот на медицинското згрижување при хондромалација на патела е даден во прилог, кој е составен дел на ова упатство.

Член 3

Здравствените работници и здравствените соработници ја вршат здравствената дејност на медицинското згрижување при хондромалација на патела по правило согласно ова упатство.

По исклучок од став 1 на овој член, во поединечни случаи по оценка на докторот може да се отстапи од одредбите на ова упатство, со соодветно писмено образложение за причините и потребата за отстапување и со проценка за натамошниот тек на згрижувањето, при што истото од страна на докторот соодветно се документира во писмена форма во медицинското досие на пациентот.

Член 4

Со денот на влегувањето во сила на ова упатство престанува да важи Упатството за практикување на медицина заснована на докази при хондромалација на патела („Службен весник на Република Македонија“ бр. 49/14)..

Член 5

Ова упатство влегува во сила наредниот ден од денот на објавувањето во „Службен весник на Република Македонија“.

Бр. 17-2408/1
27 февруари 2015 година
Скопје

Министер,
Никола Тодоров, с.р.

Прилог

ХОНДРОМАЛАЦИЈА НА ПАТЕЛА

МЗД Упатство
3.2.2014.

- Основни податоци
- Дефиниција и епидемиологија
- Дијагноза
- Причини
- Третман на болна лезија на 'рскавицата
- Поврзани извори

ОСНОВНИ ПОДАТОЦИ

- Засега возрасни во помлада и средна возраст
- Третман во акутна фаза се состои од одмор; со вежби се почнува подоцна.

ДЕФИНИЦИЈА И ЕПИДЕМИОЛОГИЈА

- Хондромалацијата вообичаено е присутна кај двата пола над 12 годишна возраст.
- 20% од пациентите се помлади од 20 години, 75% се под 50 годишна возраст.
- Хондромалацијата е често пропратена со пателарна нестабилност и
- пателофеморална дисплазија како хистопатолошки наод.

ДИЈАГНОЗА

- Хондромалацијата сама по себе не мора да даде симптоми; затоа не треба да се користи сама како клиничка дијагноза.
- Клиничката дијагноза се базира на крепитации, псевдозакочување, кркцање и/или болка на пателарно "триење". Медијалните и латералните рабови на патела може да се осетливи. Наодот се потврдува со артроскопија или магнетна резонанца.
- Хидропс се среќава ретко кај хондромалацијата.

ПРИЧИНИ

- Причините за тенденција на пателарна латерална дислокација која резултира со намалена површина за контакт со фемурот вклучуваат: валгус на колената дизбаланс на висината на кондилот, намален сулкус агол, и мускулна нерамнотежа.
- Фактори кои ги влошуваат симптомите се клечење, одење по скали или по нерамен терен, потскокнување со скокање, коленичење и пролонгирано седење со свиткани колена.

ТРЕТМАН НА БОЛНА ЛЕЗИЈА НА 'РСКАВИЦАТА

- Целта е да се зајакне особено медијалниот квадрицепс и да се истегне цврстиот Q и капсуларниот систем. Терапија со вежби ја намалува болката (инд-Ц).
- Треба да се одбегнувас тешко затегнување на пателарниот зглоб.

Акутна фаза

- Делумно мирување 1 до 2 недели,елиминирање на движењата кои го оптеретуваат пателарниот зглоб, криотерапија, вежби за коленото под супервизија, антиинфламаторни аналгетици, доколку е потребно.

Фаза на вежби

- Подигање на исправена нога еднаш во секунда со повторувања 20 пати. Сериите се повторуваат три пати дневно во тек на 2 недели, потоа пет пати дневно. Кога ова ќе се изведува добро, на глуждот се става тежина од 3-5 kg. Вежбите се прават во супинирана или во седечка положба. Динамични вежби никогаш не треба да започнат со колено во флексија. Со палпација на m.quadriceps терапевтот треба да потврди дека пациентот изведува изометрична контракција, особено на m.vastus medialis. Прогресот може да се следи со мерење на обемот на мускулот.
- Пациентот се советува дека прогноза на состојбата е добра и дека не води кон остеоартритис на коленото и на долг рок. Понатаму, на пациентот треба да му се објасни дека постигнувањето на отстранување на болката може да трае и неколку месеци. Специјалист треба да се консултира не порано од три месеци од појавата на симптомите. Потпора на пателата може да помогне, но не смее да ја притиска пателата спроти главата на фемурот.

Хируршки третман

- Може да биде опција ако со активните вежби не се отстранат симптомите за шест месеци.
- Дефектите во ‘рскавичниот слој на пателарната зглобна површина може да се израмнат со помош на артроскопија (shaving). Резултатите од интервенцијата се високо варијабилни,и не постои убедлив доказ за придобивките од интревенција во третманот на хондромалација. .
- Латерално ослободување не ја ублажува болката поврзана со хонромалација. Реинсерција и вентромедијализација на тибијалниот туберкул како и медијална капсулопластика единствено се применуваат доколку екстензивни летерални дислокации на патела се видат на пателарна проекција на рентген снимка на колено..

ПОВРЗАНИ ИЗВОРИ

- Cochrane reviews 1

- Authors:

Jerker Sandelin
Previous authors:
Tapio Tervo
Article ID: ebm00422 (020.042)
© 2014 Duodecim Medical Publications Ltd

1. **EBM Guidelines, 3.2.2014 www.ebm-guidelines.com**
2. **Упатството е ажурирано до 2014 г.**
3. **Упатството треба да се ажурира еднаш на 3 години.**
4. **Предвидено е следно ажурирање до февруари 2017 година.**

Упатството го ажурирал: Слободан Ристовски
Координатор: Проф. Д-р К. Зафировска

1442.

Врз основа на член 27 став (1) од Законот за здравствената заштита („Службен весник на Република Македонија“ број 43/12, 145/12, 87/13, 164/13, 39/14, 43/14, 132/14, 188/14 и 10/15), министерот за здравство донесе

У П А Т С Т В О
ЗА МЕДИЦИНСКОТО ЗГРИЖУВАЊЕ ПРИ ФИБРОМИАЛГИЈА

Член 1

Со ова упатство се утврдува медицинското згрижување при фибромиалгија.

Член 2

Начинот на медицинското згрижување при фибромиалгија е даден во прилог, кој е составен дел на ова упатство.

Член 3

Здравствените работници и здравствените соработници ја вршат здравствената дејност на медицинското згрижување при фибромиалгија по правило согласно ова упатство.

По исклучок од став 1 на овој член, во поединечни случаи по оценка на докторот може да се отстапи од одредбите на ова упатство, со соодветно писмено образложение за причините и потребата за отстапување и со проценка за натамошниот тек на згрижувањето, при што истото од страна на докторот соодветно се документира во писмена форма во медицинското досие на пациентот.

Член 4

Со денот на влегувањето во сила на ова упатство престанува да важи Упатството за практикување на медицина заснована на докази при фибромијалгија („Службен весник на Република Македонија“ бр. 12/13)..

Член 5

Ова упатство влегува во сила наредниот ден од денот на објавувањето во „Службен весник на Република Македонија“.

Бр. 17-2407/1
27 февруари 2015 година
Скопје

Министер,
Никола Тодоров, с.р.

Прилог

ФИБРОМИАЛГИЈА

МЗД Упатство
02.12.2010

- Основни податоци
- Критериуми за фибромиалгиа на Американскиот Колеџ за Ревматологија
- Додатни симптоми и типични особености
- Третман
- Поврзани извори
- Референци

ОСНОВНИ ПОДАТОЦИ

- Дијагнозата на фибромиалгија треба да се воспостави за да се диференцира од други пореметувања кои треба да се третираат поспецифично на пр. инфламаторни ревматски пореметувања, хипотироидизам и симптоми на менопауза.
- Треба да се оценуваат кај пациентот лажни предрасуди и идеи за причините на симптомите.
- Треба да се испитаат факторите кои ги влошуваат симптомите.
- Сите пациенти треба да имаат индивидуален план на третман.
- Треба да се поттикнува физичка активност бидејќи добрата мускулна сила и издржливост ги намалува симптомите на фибромиалгија (ннд-А).

КРИТЕРИУМИ ЗА ФИБРОМИАЛГИЈА НА АМЕРИКАНСКИОТ КОЛЕЏ ЗА РЕВМАТОЛОГИЈА(АКР)

- Анамнеза за распространета болка
  - Болка во двете страни на телото
  - Над и под струкот
- Болка на дигитална палпација кај најмалку 11 од следните 18 осетливи точки (секоја страна се смета одвоено)
  - субокципитални мускулни инсерции
  - антериорни аспекти на интертрансверзалните простори помеѓу С5 и С7
  - почетоци на m. supraspinatus над скапуларната спина
  - средна точка на горната граница на m. trapezius
  - втора костохондрална врска
  - 2 sm дистално од латералниот епикондил
  - горни надворешни квадранти на задникот при антериориот превој на мускулот
  - од задната страна на проминенцијата на големиот трохантер
  - медијалното масно перниче на коленото проксимално на линијата на зглобот
- Формирана е работна група, назначена од страна на АКР која има објавено алтернативни "дијагностички критериуми" за фибромијалгија 2 кои се комплементарни со критериумите наведени погоре. Палпација на болните точки како класификациони критериум е испуштена. Наместо тоа, новите критериуми се подобри во однос на ментални проблеми, спиење кое не одмара и широк спектар на соматски симптоми типични за пациенти со фибромиалгија. Новиот „дијагностички критериум" овозможи само-дијагностицирање.

ДОПОЛНИТЕЛНИ СИМПТОМИ И ТИПИЧНИ ОСОБЕНОСТИ

- Замор во текот на денот
- Сон кој не одмара (немирен сон)
- Општа осетливост на допир поради намален праг на болка
- Психосоматски симптоми кои опфаќаат разно потекло (синдром на иритабилно дебело црево, често мокрење, срцеви симптоми, гинеколошки проблеми)
- Невролошки симптоми (утрнатост, чувство на боцкање, на затегнатост, главоболка)
- Ментални пореметувања (депресија, анксиозност, тешка депресија е ретка)
- Когнитивни проблема (неспособност да се концентрира, потешкотии при учење на нови работи)
- Субјективно чувство на оток
- 30-50% од пациентите имаат зглобен хипермотилитет
- Тенденција на црвенило (erythema fugax) која е ограничена на горниот дел на телото, а од друга страна, ладни екстремитети се премногу присутни кај овие пациенти
- Симптомите може да варираат од наворешни (на пример промени на временските услови различни нарушувања) и внатрешни(стрес) фактори.
- Фибромиалгијата не е заболување со посебен ентитет, туку повеќе комбинација на симптоми и наоди..

ТРЕТМАН

- Раната дијагноза,доверлив однос лекар-пациент, избегнување на несоодветни испитувања и биопсихосоцијалниот пристап се основни во третманот.
- Обидите се да се корегираат погрешните предрасуди на пациентот за болка и замор и стравувањата во врска со нивните ефекти врз функционалната способност на паиентот.
- Целта на не-фармаколошките терапии е да се подобри функционалната способност и квалитетот на животот на пациентот
  - Вежбањето ги намалува симптомите (ннд=**Б**). Аеробниот капацитет треба да се подобри со физичко вежбање(ннд=Б) (пешачење, возење точак, скијање или пливање) освен ако проблемите во вратот и раменатa регија не пречат во овие активности.(ннд=Б)
  - Треба да се воспостави личен програм на тренинг(ннд=Ц))
  - Спиењето треба да се подобри со елиминирање на фактори кои попречуваат (кафе, алкохол, бучава и стрес)
- Целта на фармаколошката терапија е да ги намали симптомите.
  - Мали дози на амитриптилин од 10-50 mg треба да се земат пред да започне ноќта, што се покажа како ефикасно во неколку рандомизирани студии.(ннд=Б) Ефектот обично се покажува после една до две недели, но можните негативни ефекти можат да се појават веднаш, така што пациентот треба да се охрабрува да продолжи со земање на лекови.
  - Анти-инфламаторни лекови како што се нестероидните антиинфламаторни лекови (НСАИЛ), аналгетици, мускулни релаксанси и антидепресивни лекови кои се базираат на основа на селективна реапсорптивна(reuptake) инхибиција на серотонин или инхибиција на моноамин оксидаза од поновите не се ефикасни кај болката предизвикана од фибромиалгија.
  - Дулоксетин (ннд=Б) и милнаципран (ннд=Б) 1 кои ја инхибираат реапсорпцијата и на серотонинот и на норадреналинот, и прегабалин (ннд-А) биле лиценцирани од страна на ФДА за третман на фибромиалгија.
- Кај најпроблематични случаи најдобри резултати се постигнуваат со употреба на современ мултидициплинарен програм на рехабилитација (ннд-**D**).

РЕФЕРЕНЦИ

1. Gendreau RM, Thorn MD, Gendreau JF, Kranzler JD, Ribeiro S, Gracely RH, Williams DA, Mease PJ, McLean SA, Clauw DJ. Efficacy of milnacipran in patients with fibromyalgia. J Rheumatol 2005 Oct;32(10):1975-85. **PubMed**.
2. Wolfe F, Clauw DJ, Fitzcharles MA, Goldenberg DL, Katz RS, Mease P, Russell AS, Russell IJ, Winfield JB, Yunus MB. The American College of Rheumatology preliminary diagnostic criteria for fibromyalgia and measurement of symptom severity. Arthritis Care Res (Hoboken) 2010 May;62(5):600-10. **PubMed**

Authors: Pekka Hannonen, Article ID: ebm00395 (020.082)
© 2014 Duodecim Medical Publications Ltd

1. **EBM Guidelines, 19.6.2013. www.ebm-guidelines.com**
2. **Упатството е ажурирано до 2014 г.**
3. **Упатството треба да се ажурира еднаш на 2 години.**
4. **Предвидено е следно ажурирање до јуни 2015 година.**

Упатството го ажурирал: Слободан Ристовски
Координатор: Проф. Д-р К. Зафировска

1443.

Врз основа на член 27 став (1) од Законот за здравствената заштита („Службен весник на Република Македонија“ број 43/12, 145/12, 87/13, 164/13, 39/14, 43/14, 132/14, 188/14 и 10/15), министерот за здравство донесе

У П А Т С Т В О
ЗА МЕДИЦИНСКОТО ЗГРИЖУВАЊЕ ПРИ БАКЕРОВА ЦИСТА

Член 1

Со ова упатство се утврдува медицинското згрижување при Бакерова циста.

Член 2

Начинот на медицинското згрижување при Бакерова циста е даден во прилог, кој е составен дел на ова упатство.

Член 3

Здравствените работници и здравствените соработници ја вршат здравствената дејност на медицинското згрижување при Бакерова циста по правило согласно ова упатство.

По исклучок од став 1 на овој член, во поединечни случаи по оценка на докторот може да се отстапи од одредбите на ова упатство, со соодветно писмено образложение за причините и потребата за отстапување и со проценка за натамошниот тек на згрижувањето, при што истото од страна на докторот соодветно се документира во писмена форма во медицинското досие на пациентот.

Член 4

Со денот на влегувањето во сила на ова упатство престанува да важи Упатството за .

Член 5

Ова упатство влегува во сила наредниот ден од денот на објавувањето во „Службен весник на Република Македонија“.

Бр. 17-2406/1
27 февруари 2015 година
Скопје

Министер,
Никола Тодоров, с.р.

Прилог

БЕКЕРОВА ЦИСТА

МЗД Упатства
3.2.2014 • Последна промена на 18.3.2014

Едитори

- Основни правила
- Симптоми
- Дијагноза
- Диференцијална дијагноза
- Лекување
- Руптура на Бакер-ова циста
- Референци

ОСНОВНИ ПРАВИЛА

- Синовијално испапчување од задната страна на коленото кое може да биде конгенитално кај деца, но кај возрасни често пати е секундарно по повреда, артрит, остеоартроза или хидропс.

СИМПТОМИ

- Повеќето цисти се мали и без симптоми. Цистата може да биде случаен наод кога се снима зглобот на коленото заради некоја друга причина.
- Често е видливо само како асимптоматско испапчување на местото на превиткување на коленото.
- Голема циста може да предизвика локална напнатост и ограничување на движењата на коленото.
- Физичка активност може да ги влоши симптомите
- Често пати симптомите се повеќе поврзани со основната состојба на коленото (остеоартритис, траума), отколку со самата циста.

ДИЈАГНОЗА

- Клиничката дијагноза е обично доволна.
  - Испапчувањето најјасно се гледа кога пациентот стои со колено во потполна екстензија, а се омекнува кога пациентот го свитка коленото.
- Цистата може лесно да се дијагностицира со ултрасонографија.
- Радиографска снимка на коленото може да се направи за да се открие можна артроза.

ДИФЕРЕНЦИЈАЛНА ДИЈАГНОЗА

- Длабока венска тромбоза може значително да наликува на рупturирана Бакерова циста (види подолу).
- Липома; малигнани состојби, како лимфом и сарком
- Аневризма на поплитеалната артерија: обично пулсацијата на артеријата е разграничувачки наод

ЛЕКУВАЊЕ

- Случајно најдена асимптоматска циста не бара третман

- Кај деца, цистата може да се следи неколку години доколку не пречи во опсегот на движењата во зглобот и ако не предизвикува болка. Ако голема циста не се повлече спонтано, треба да се отстрани хируршки.
- Некогаш е доволно да се намали оптоварувањето на колениот зглоб за да може вишокот на синовијална течност постепено да се апсорбира.
- Симптоматското лекување подразбира студени облоги и нестероидни антиревматици, орално или локално.
- Колена ортоза може да помогне.
- Циста која дава симптоми кај возрасни, може да се третира со пункција на колениот зглоб следено со интра-артикуларна инјекција на кортикостероид (1). Околу два од секои три пациенти имаат јасна корист од интервенцијата во тек на една недела.
- Кај возрасни, цистата може, исто така, директно да се дренира со шприц, по можност под ултрасонографска контрола (избегнувајќи пункција на крвните садови). Користејќи ја истата игла може да се инјектира во дренираната циста метилпреднизолон или триамцинолон.
- Голема болна циста може понекогаш да бара хируршки третман.

РУПТУРА НА БЕКЕРОВА ЦИСТА

- Руптурирана Бакерова циста може да предизвика оток на потколеницата и болка кои наликуваат на длабока венска тромбоза.
- Ако постои анамнеза за Бакерова циста и ако може со доплер стетоскоп да се потврди дека е проодна поплиталната вена и ако венска тромбоза може да се исклучи со одредување на Д-димери, тогаш не е потребна венографија.
- Ехосонографијата ја потврдува дијагнозата.
- Руптурирана Бакерова циста не бара терапија.

РЕФЕРЕНЦИ

1. Handy JR. Popliteal cysts in adults: a review. Semin Arthritis Rheum 2001;31(2):108-18. PubMed

Последен преглед за ажурирање на 3.2.2014 • Последна промена на 18.3.2014

Article ID: ebm00427 (020.045)
© 2014 Duodecim Medical Publications Ltd

1. EBM Guidelines 18.3.2014**, www.ebm-guidelines.com**
2. Упатството треба да се ажурира еднаш на 3 години.
3. Предвидено е следно ажурирање во 2017 година.

Упатството го ажурирала: Проф. Д-р. Катица Зафировска
Координатор: Проф. Д-р. Катица Зафировска

1444.

Врз основа на член 27 став (1) од Законот за здравствената заштита („Службен весник на Република Македонија“ број 43/12, 145/12, 87/13, 164/13, 39/14, 43/14, 132/14, 188/14 и 10/15), министерот за здравство донесе

У П А Т С Т В О
ЗА МЕДИЦИНСКОТО ЗГРИЖУВАЊЕ ПРИ АМПУТАЦИЈА НА ДОЛЕН ЕКСТРЕМИТЕТ - ПОСТОПЕРАТИВЕН ТРЕТМАН И РЕХАБИЛИАТАЦИЈА

Член 1

Со ова упатство се утврдува медицинското згрижување при ампутација на долен екстремитет - постоперативен третман и рехабилиатација.

Член 2

Начинот на медицинското згрижување при ампутација на долен екстремитет - постоперативен третман и рехабилиатација е даден во прилог, кој е составен дел на ова упатство.

Член 3

Здравствените работници и здравствените соработници ја вршат здравствената дејност на медицинското згрижување при ампутација на долен екстремитет - постоперативен третман и рехабилиатација по правило согласно ова упатство.

По исклучок од став 1 на овој член, во поединечни случаи по оценка на докторот може да се отстапи од одредбите на ова упатство, со соодветно писмено образложение за причините и потребата за отстапување и со проценка за натамошниот тек на згрижувањето, при што истото од страна на докторот соодветно се документира во писмена форма во медицинското досие на пациентот.

Член 4

Со денот на влегувањето во сила на ова упатство престанува да важи Упатството за практикување на мепрактикување на медицина заснована на докази при ампутација на долен екстремитет: постоперативен третман и рехабилитација („Службен весник на Република Македонија“ бр. 49/14).дицина заснована на докази при фибромијалгија („Службен весник.

Член 5

Ова упатство влегува во сила наредниот ден од денот на објавувањето во „Службен весник на Република Македонија“.

Бр. 17-2405/1
27 февруари 2015 година
Скопје

Министер,
Никола Тодоров, с.р.

Прилог

АМПУТАЦИЈА НА ДОЛЕН ЕКСТРЕМИТЕТ: ПОСТОПЕРАТИВЕН ТРЕТМАН И РЕХАБИЛИТАЦИЈА

МЗД Упатство
24.6.2013.

- Основни податоци
- Третман непосредно по оперативниот зафат
- Вежби
- Поставување протеза
- Следење и профилакса на болката

ОСНОВНИ ПОДАТОЦИ

- Управување со болката, превенција на венска тромбоза и редукција на отокот на чкунката се главни цели во акутната фаза.
- Физикална терапија треба да се воведе толку порано колку може да се толерира со цел повторно да се врати оптималниот функционален капацитет и подвижност.
- Мора да бидат направени планови во врска со соодветна рехабилитација, опрема и адаптација на домот на пациентот.

ТРЕТМАН НЕПОСРЕДНО ПО ОПЕРАТИВНИОТ ЗАФАТ

- Соодветно управување со болката
- Профилакса на венска тромбоза (медикаментозна терапија и физикална терапија)
- Вежби на длабоко дишење за постарите пациенти (на пр. користејќи помагало "дувај во шише")
- Пациентот мора да избегнува:
  - Потпирање на колкот или коленото во флектирана положба
  - Седење во истата положба подолго време или било кои други положби кои допринесуваат настанување едем на екстремитетот
- Исто така, кога е во постела пациентот треба да лежи во странична или во положба на стомак онолку долго колку е можно (ја поттикнува екстензијата).
- Со цел да се намали отокот колку е можно порано треба да се започне со употреба на компресивни завој или еластичен чорап.
- Бандажирањето за обликување на чкунката треба да започне толку порано колку чкунката толерира лесен притисок; како намотувањето на завојот напредува кон проксимално треба да се аплицира помал притисок.
- Прилагодување кон лежиштето со силиконска облога може да започне веќе 5-10 дена после операцијата откако претходно сме се обезбедиле дека нема компликации кои ја зафаќаат чкунката. Употребата на лежиште со силиконска облога се зголемува постепено.
- Чкунката мора да биде заштитена од траума; крварење ќе го забави заздравувањето на раната.
- Лице за подршка кое го има истиот проблем може на многу начини да му помогне на ампутирецот.

ВЕЖБИ

- Тие треба да започнат колку е можно порано и да се спроведуваат неколку пати на ден.
- Вежби за остаточниот екстремитет, особено за екстензијата на зглобот

- При лежење во положба на страна или на стомак чкунката бавно се истега и се екстендира кон назад
- Стоејќи, чкунката се истега кон назад колку е можно подалеку
- Вежби за екстензија на колената се изведуваат при стоење, седење и лежење
- Другите екстремитети и трупот мора исто така да се вежбаат
- Постојат и вежби со кои се вежба станувањето како и вежби кои се работат во стоечка положба.

ПОСТАВУВАЊЕ ПРОТЕЗА

- Периодот на аклиматизација на силиконската облога се продолжува додека едемот не се повлече по што пациентот се оспособува за лежиште за да ја земе протезата.
- Поставувањето на протезата и неговото временско усогласување се проценуваат индивидуално. Можно е да се обезбеди лежиште изработено по нарачка веќе од 3 недели по операцијата.
- Протеза се зема за употреба под упатство, и употреба постепено се зголемува.
- Ако поставувањето на протезата е одложено, стоењето и тренингот за од може да се спроведат со помош на помагало за рано одење.

СЛЕДЕЊЕ И ПРОФИЛАКСА НА БОЛКАТА

- Справување со тежината е важно.
- Мора да се мониторира способноста на чкунката да поднесува тежина и соодветноста на протезата.
- Компресивни преврски, потпорни чорапи и силиконски ракави може да се употребат против создавање едем.
- Соодветна аналгезија
- Пациентот мора да исполнува услови за различни рехабилитациони програми финансирани од државата.

Authors:
Timo Pohjolainen and Mika Määttänen
Article ID: ebm00434 (020.084)
© 2014 Duodecim Medical Publications Ltd

1. **EBM Guidelines, 24.6.2013. www.ebm-guidelines.com**
2. **Упатвото е ажурирано до 2014 г.**
3. **Упатството треба да се ажурира еднаш на 3 години.**
4. **Предвидено е следно ажурирање до јуни 2016 година.**

Упатството го ажурирал: Слободан Ристовски
Координатор: Проф. Д-р К. Зафировска

1445.

Врз основа на член 27 став (1) од Законот за здравствената заштита („Службен весник на Република Македонија“ број 43/12, 145/12, 87/13, 164/13, 39/14, 43/14, 132/14, 188/14 и 10/15), министерот за здравство донесе

У П А Т С Т В О
ЗА МЕДИЦИНСКОТО ЗГРИЖУВАЊЕ ПРИ ТРОХАНТЕРИЧНА БОЛКА

Член 1

Со ова упатство се утврдува медицинското згрижување при трохантерична болка.

Член 2

Начинот на медицинското згрижување при трохантерична болка е даден во прилог, кој е составен дел на ова упатство.

Член 3

Здравствените работници и здравствените соработници ја вршат здравствената дејност на медицинското згрижување при трохантерична болка по правило согласно ова упатство.

По исклучок од став 1 на овој член, во поединечни случаи по оценка на докторот може да се отстапи од одредбите на ова упатство, со соодветно писмено образложение за причините и потребата за отстапување и со проценка за натамошниот тек на згрижувањето, при што истото од страна на докторот соодветно се документира во писмена форма во медицинското досие на пациентот.

Член 4

Со денот на влегувањето во сила на ова упатство престанува да важи Упатството за практикување на медицина заснована на докази при трохантерична болка („Службен весник на Република Македонија“ бр. 14/13)..

Член 5

Ова упатство влегува во сила наредниот ден од денот на објавувањето во „Службен весник на Република Македонија“.

Бр. 17-2404/1
27 февруари 2015 година
Скопје

Министер,
Никола Тодоров, с.р.

Прилог

ТРОХАНТЕРИЧНА БОЛКА

МЗД Упатство
6.8.2013.

- Основни податоци
- Етиологија и симптоми
- Дијагноза
- Третман
- Референци

ОСНОВНИ ПОДАТОЦИ

- Трохантерична болка може да биде причинета од тендинопатија или руптура на m. gluteus medius или minimus или од трохантеричен бурзитис. Установен термин за ова состојба е синдром на болка на големиот трохантер(ГТПС)
- Трохантеричната болка често се ублажува со инјекција на кортикостероид (ннд -С).

ЕТИОЛОГИЈА И СИМПТОМИ

- Типичниот пациент е средовечен маж или постара жена. Предиспонирачки фактор е прекумерната телесна тежина.
- Прекумерното напрегање на колкот како и микротраумата имаат етиолошка сигнификантост. Болката, исто така, може да биде предизвикана од повреда при директен удар (пад) или пролонгиран напор, на пример, трчање.
- Болка која ирадира проксимално и дистално од трохантеричната регија во регијата на колкот и латералната страна на бутот.
- Болка при одење и на физичко истегање, на пример, при качување на скали.
- Болка при спиење на болната страна.

ДИЈАГНОЗА

- Палпација на големиот трохантер го покажува местото на осетливост. За време на испитувањето пациентот лежи на неговата/нејзината страна
- Екстремната абдукција на колкот обично е болна, а, исто така, и пасивната екстремна абдукција и надворешна ротација против отпор.
- Ентезитис или руптура на m. gluteus medius може да е почеста причина за трохантерична болка од бурзитисот 1 2. Внатрешна ротација со отпор во колкот создава латерана болка во колкот.
- Во диференцијалната дијагностика треба да се земат предвид пренесена болка од половината, иритација на феморалниот нерв и фибромијалгија.

ТРЕТМАН

- Третман на избор е инјекција на кортикостероид и локален анестетик во најболното место (употреби игла 4-8 sm во зависност од длабочината и дебелината на бутот).
  - Кортикостероид 1ml + 1% лидокаин 1-2ml.
  - Да се внесе иглата до контакт со коската, потоа да се подигне врвот на иглата наназад за околу 5mm.

- Да се инјектира половина од растворот на местото на болката, а остатокот во различни насоки и длабочини.

- Ако првата инјекција не ја олесни болката, третманот може да се повтори по приближно 3 до 4 недели.
- Дискрециono право, третманот може да вклучи истегнување од страна на физиотерапевт и НСАИЛ лекарства.

РЕФЕРЕНЦИ

1. Kong A, Van der Vliet A, Zadow S. MRI and US of gluteal tendinopathy in greater trochanteric pain syndrome. Eur Radiol 2007 Jul;17(7):1772-83. **PubMed**
2. Bird PA, Oakley SP, Shnier R, Kirkham BW. Prospective evaluation of magnetic resonance imaging and physical examination findings in patients with greater trochanteric pain syndrome. Arthritis Rheum 2001 Sep;44(9):2138-45. **PubMed**

Authors: Tuomo Pienimäki
Article ID: ebm00414 (020.036)
© 2014 Duodecim Medical Publications Ltd

1. **EBM Guidelines, 6.8.2013. www.ebm-guidelines.com**
2. **Упатството е ажурирано до 2014 г.**
3. **Упатството треба да се ажурира еднаш на 3 години.**
4. **Предвидено е следно ажурирање до август 2016 година.**

Упатството го ажурирал: Слободан Ристовски
Координатор: Проф. Д-р К. Зафировска

1446.

Врз основа на член 27 став (1) од Законот за здравствената заштита („Службен весник на Република Македонија“ број 43/12, 145/12, 87/13, 164/13, 39/14, 43/14, 132/14, 188/14 и 10/15), министерот за здравство донесе

У П А Т С Т В О
ЗА МЕДИЦИНСКОТО ЗГРИЖУВАЊЕ ПРИ СИНДРОМ НА ТОРАКАЛЕН ОТВОР

Член 1

Со ова упатство се утврдува медицинското згрижување при синдром на торакален отвор.

Член 2

Начинот на медицинското згрижување при синдром на торакален отвор е даден во прилог, кој е составен дел на ова упатство.

Член 3

Здравствените работници и здравствените соработници ја вршат здравствената дејност на медицинското згрижување при синдром на торакален отвор по правило согласно ова упатство.

По исклучок од став 1 на овој член, во поединечни случаи по оценка на докторот може да се отстапи од одредбите на ова упатство, со соодветно писмено образложение за причините и потребата за отстапување и со проценка за натамошниот тек на згрижувањето, при што истото од страна на докторот соодветно се документира во писмена форма во медицинското досие на пациентот.

Член 4

Со денот на влегувањето во сила на ова упатство престанува да важи Упатството за практикување на медицина заснована на докази при синдром на торакален отвор („Службен весник на Република Македонија“ бр. 14/13).

Член 5

Ова упатство влегува во сила наредниот ден од денот на објавувањето во „Службен весник на Република Македонија“.

Бр. 17-2403/1
27 февруари 2015 година
Скопје

Министер,
Никола Тодоров, с.р.

Прилог

СИНДРОМ НА ТОРАКАЛЕН ОТВОР

МЗД Упатство
13.8.2013

- Основни податоци
- Дефиниција
- Симптоми
- Дијагностичко тестирање
- Лабораториски испитувања и диференцијална дијагноза
- Третман

ОСНОВНИ ПОДАТОЦИ

- Типични симптоми се болка и отрпнатост во прстите, дланката, подлактицата и рамото.
- Симтомите се јавуваат почесто кај жени во споредба со мажите и е ретка кај особи над 50 годишна возраст.
- Статичката работа која бара главно употреба на горните екстремитети предиспонира симтомите.

ДЕФИНИЦИЈА

- Синдромот на торакален отвор (ТОС) се однесува на компресија на нервен плексус и/или на крвните садови во областа на горниот торакален отвор предизвикан од тесните анатомски односи , а и со функционалото потекло во повеќето случаи.

СИМПТОМИ

- Болка и трпнење во прстите, шепата, антебрахиумот и рамото во Ц7-Тх1 дерматомите.
- Болката може да ирадира кон градите.
- Симптомите ги предизвикува работа со рацете кренати на ниво на рамото или повисоко. Вообичаена е ноќна болка после напор.

ДИЈАГНОСТИЧКО ТЕСТИРАЊЕ

- **Roos-ов тест** (АЕР тест): Горниот дел од рацете се абдуцираат и ротираат нанадвор и во таа позиција се одржуваат 1 до 3 минути, кога тупаницата се отвора и затвора. Ако симптомите се провоцирани, тестот е позитивен.
- **Adson-ов тест** : Пациентот ја врти главата кон страната на болката, длабоко вдишува и го задржува здивот. Палпирај заради можно исчезнување на радијалниот пулс.
- Со главата поставена во разни позиции, ослушнувај ја супраклавикуларната фоса за звуци кои укажуваат на компресија на брахијална артерија.
- **Тестови на одделни провокации** често се позитивни и кај асимптоматски лица. Затоа, дијагнозата треба да се базира на неколку фактори во анамнезата и клиничкиот статус. Функцијата на целиот супериорен торакален отвор треба да се евалуира.
- **CRLF тест** (тест на цервикална ротација и латерална флексија) се користи за евалуација на функцијата на супериорниот торакален отвор. Со цервикалниот 'рбет во неутрална позиција, главата, прво, се врти максимално подалеку од страната која треба да се испита. Во оваа позиција, цервикалниот 'рбет се флектира (увото кон градите). Нормален обем на движење е

околу 70 степени. Ако ова движење е ограничено, тестот се смета за позитивен и укажува на малфункција на горниот отвор. Се споредуваат двете страни.

ЛАБОРАТОРИСКИ ИСПИТУВАЊА И ДИФЕРЕНЦИЈАЛНА ДИЈАГНОЗА

- Да се исклучи можноста од Pancoast тумор со торакална рендгенографија.
- Се користи рендгенографија на цервикален 'рбет за откривање на можна спондилоза или цервикално ребро, МРИ испитување на цервикалниот дел на 'рбетот за да се исклучи пролапс на интервертебрален дискус, сирингомиелија или мултипна склероза.
- Електронеуромиографија се користи примарно за исклучување на карпал тунел синдром.
- Употреба на снимање со контраст не е рутинско испитување, освен ако нема причина за суспектна венозна тромбоза или сериозно артериско заболување.

ТРЕТМАН

- Конзервативен третман е примарна опција: вклучува корекција на кифотичното држење, подобрување на мобилноста на горниот дел на вратот и активирање на скалените за подобра мобилност на горниот торакален отвор. Конзервативниот третман треба да трае долго и инструкциите за пациентот треба да се модифицираат според постигнатиот одговор.
- Треба да се има предвид операција само ако има одредени невролошки и васкуларни симптоми и знаци (се отстранува влакното од сврзното ткиво, се дисецира m.scalenus anticus или првото ребро се ресецира).

Authors: Karl-August Lindgren
Article ID: ebm00401 (020.060)
© 2014 Duodecim Medical Publications Ltd

1. **EBM Guidelines, 13.8.2013 www.ebm-guidelines.com**
2. **Упатството е ажурирано до 2014 г.**
3. **Упатството треба да се ажурира еднаш на 3 години.**
4. **Предвидено е следно ажурирање до март 2016 година.**

Упатството го ажурирал: Слободан Ристовски
Координатор: Проф. Д-р К. Зафировска

1447.

Врз основа на член 27 став (1) од Законот за здравствената заштита („Службен весник на Република Македонија“ број 43/12, 145/12, 87/13, 164/13, 39/14, 43/14, 132/14, 188/14 и 10/15), министерот за здравство донесе

У П А Т С Т В О
ЗА МЕДИЦИНСКОТО ЗГРИЖУВАЊЕ ПРИ СИНДРОМ НА КАРПАЛЕН ТУНЕЛ (СКТ)

Член 1

Со ова упатство се утврдува медицинското згрижување при синдром на карпален тунел (СКТ).

Член 2

Начинот на медицинското згрижување при синдром на карпален тунел (СКТ) е даден во прилог, кој е составен дел на ова упатство.

Член 3

Здравствените работници и здравствените соработници ја вршат здравствената дејност на медицинското згрижување при синдром на карпален тунел (СКТ) по правило согласно ова упатство.

По исклучок од став 1 на овој член, во поединечни случаи по оценка на докторот може да се отстапи од одредбите на ова упатство, со соодветно писмено образложение за причините и потребата за отстапување и со проценка за натамошниот тек на згрижувањето, при што истото од страна на докторот соодветно се документира во писмена форма во медицинското досие на пациентот.

Член 4

Со денот на влегувањето во сила на ова упатство престанува да важи Упатството за практикување на медицина заснована на докази при синдром на карпален тунел (СКТ) („Службен весник на Република Македонија“ бр. 14/13)..

Член 5

Ова упатство влегува во сила наредниот ден од денот на објавувањето во „Службен весник на Република Македонија“.

Бр. 17-2402/1
27 февруари 2015 година
Скопје

Министер,
Никола Тодоров, с.р.

Прилог

СИНДРОМ НА КАРПАЛЕН ТУНЕЛ (СКТ)

МЗД Упатство
2.7.2013.

- Основни податоци
- Преваленца
- Симптоми
- Дијагноза
- Диференцијална дијагноза
- Третман
- Упатување
- Оперативно лекување
- Поврзани докази
- Референци

ОСНОВНИ ПОДАТОЦИ

- Симптоми кои ги афектираат горните екстремитети, особено ноќни парестезии и отрпнатост , треба да се идентификуваат како манифестации на синдромот на карпален тунел.
- Намалување на физичкото оптоварување, заедно со конзервативниот третман, (ноќна шина) се основни стратегии на лекување за благи симптоми и наоди.
- Неспецифичен третман (на пример, неопходна физикална терапија) треба да се одбегнува.
- Ако сензорните нарушувања се пролонгираат и на ENMG се утврди тешко нарушување на нервите или се развие мускулна слабост, треба да се разгледа можноста за хируршки третман.

ПРЕВАЛЕНЦА

- Најчесто се јавува кај средовечни жени, исто така, и кај постари лица.
- Кај околу 1/3 од случаите, состојбата е билатерална.
- Предиспонирачките фактори вклучуваат прекумерна тежина, ревматоиден артритис, дијабетес, бубрежни заболувања и хипотироидизам. СКТ поврзани со бременост обично се решаваат спонтано после породувањето 1. СКТ може да се развие после фрактура на рачниот зглоб.
- СКТ може да биде и професионална болест. Повторувачки и присилни работни движења, вибрации и зглобни позиции кои отстапуваат од неутралната положба се предиспозиција за СКТ(ннд=Б) 4.

СИМПТОМИ

- Отрпнатост и сетилни нарушувања во палец, показалец, средниот и домалиот прст (регијата инервирана од n. medianus.).
- Симптоми се јавуваат особено за време на ноќно работно време: тресење на раката често дава олеснување.
- Симтомите може дабидат дифузни и да се чувствуваат во целата горна половина на рака, не само во дланката

- Нарушена мускулна функција, на пример, слабост на абдукција на палецот или зафат на штипање, може да следат сензорни нарушувања.
- Фини координирани активности може да се нарушени, на пример, закопчување може да биде тешко.
- Тенарните мускули може да се атрофирани (m.abductor pollicis brevis)
- Симптомите може да траат со години без објективни клинички наоди.
- Нетретиран карпал тунел синдром понатаму прогредира и може да води до стална мускулна атрофија и парестезија во регионот на нервот медијанус. .

ДИЈАГНОЗА

- Ноќни сензорни нарушувања или отрпнатост се најважен дијагностички знак.
- Дијагнозата се базира на симптомите и клиничкото испитување 2 3.
- Оштетеното чувство на болка и ослабена абдукција на палецот се најсензитивни дијагностички тестови (nnd =**Б)**
- Пациентот исцртува локализација на симптомите во т.н. Кац рачен дијаграм
- *Чувството за болка* може да биде почувствителен показател за повреда на нерв од сензацијата за допир. Чувството за болка може да се тестира со помош на инјекциска игла или со лесно штипкање. Споредете го наодот со раката која има поблаги симтоми или е без симптомите. Исто така, може да го споредите наодот со петтиот прст од истата рака, а во домалиот прст, може да се споредат радијален и улнарен аспект.
- Тетр-ов тест на компресија на медијален нерв: Притисните регионот на карпал тунел кај пациентот за 30 секунди со вашиот палец додека пациентот го држи рачниот зголб во 60 степени флексија. Чувство на отрпнатост во зона на дистрибуција на медијален нерв значи позитивен наод.
- Tinel-ов знак: лесно тапкање по медијален нерв со врвот на сопствениот прст или со рефлесен чекан над регионот на карпален тунел. Пациентот ќе чувствува пецкање или електрични сензации во зона на дистрибуција на медијален нерв.
- Phalen-ов тест: Пациентот го држи неговиот/нејзиниот рачен зглоб во полна флексија заедно со притискање на грбот на шаката: ова провоцира отрпнатост и пецкањето во прстите. Тестот се продложува за Една минута ако е потребно.
- Се тестираат двете раце и се споредуваат евентуалните разлики.
- Атрофија на тенарните мускули и слабост на палмарна абдукција на палецот се знаци за напредната состојба.
- Дијагнозата се потврдува со електронеуромиографија.
- Уреди за брза дијагноза, како исклучок, може да се користат за SKT во општа практика, но овие во сите случаи не можат да ја заменат конвенционалната електроневрографија.

ДИФЕРЕНЦИЈАЛНА ДИЈАГНОЗА

- Важно е да се вклучи вратот и целиот горен екстремитет при прегледот, почнувајќи од цервикален рбет.
  - Цервикален радикуларен синдром (симтоми од корени на C6 или C7) може да даде слични симптоми. Оваа состојба е ретка кај пациенти под 40 години. По прегледот, отрпнатост долж рацете може да биде само симптом на цервикалниот радикуларен синдром. Предходни епизоди на ирадирачка болка може да се открие во анамнеза на пациентот.
- Диференцијалната дијагноза треба да вклучи и други синдроми на нервна компресија на горниот екстремитет, остеоартритис, состојби кои предизвикуваат болки во рамото, епикондилитис, полиневропатија и тумори.
- Понекогаш n.medianus може да биде потфатен на кубитално ниво (синдром на pronator teres) или во подлактицата (предна интеросеална гранка). Вакви случаи треба да се проследат на специјалист.

ТРЕТМАН

- Модалитетеи на конзервативен третман (nnd=**C**) (на пример, ноќна шина(ннд=С)) треба да се претпочита.
- Проценка на фактори на оптоварување на работа, со цел намалување на оптоварувањето со технички решенија и повторен распоред на работните задачи.
- Симптомите често исчезнуваат ако се корегира основната состојба, на пример, бременоста завршила или се отстрани оптоварувањето на работа (nnd= C).
- Во лесни случаи ноќната шина (nnd= D) може да се користи за да се избегне флексија на зглобот додека спие.
- Инјекционата терапија (nnd= A) може да се проба пред хируршкиот третман. Таа може да биде одговорна за сериозни симптоми во текот на бременоста. Треба да се совлада техниката на инјектирање. Инјекција во нерв може да доведе до трајно оштетување на нервот.
  - Местото на инјектирање е проксимално на воларниот трансверзален превој на спојот на подлактицата и дланката, непосредно улнарно до тетивата на m. palmaris longus(обрните внимание н аможни анатомски варијации каде тетива е одсатна) .
  - Иглата се насочува под агол од 45 степени дистално и радијално на длабочина од 5 до 9mm и се инјектира 0.5-1ml мешавина од стероиди и локален анестетик (метилпреднизолон и 0.5-10% лидокаин).
  - Ако е засегнат мадијаниот нерв и пациентот чувствува болка како електичен удар, извлечи игла внимателно наназад. Не инјектиракте доколку постои отпор од нервот или тетивата. Отрпнатост или паресетезии во зона на дистрибуција на медијален нерв се нормална реакција и наскоро ќе се разрешат

УПАТУВАЊЕ

- Клиничка дијагностика-диференцијална дијагностика
- Понатамошни испитувања (ENMG)
  - Секогаш треба да се направи електроневромиографија пред да се донесе одлука за хируршки зафат, особено ако клиничката дијагноза не е сигурна (диференцирање од други, поретки, состојби на зафатеност на нерв).
- Пациенти со суспектна невропатија треба да се испратат на невролог.
- Консултација со ортопдски хирург или хирург за шака е неопходна кога дијагноза е веројатна и конзервативен третман не помага.

ХИРУРШКИ ТРЕТМАН

- Опреаација (ннд=Б) е индицирана доколку симптомите се влошат и покрај конзервативен третман, постои позитивен наод на ЕНМГ, И посебно доколку се развиваат симтоми на моторен дефицит.
- Кај амбуланстките процедуре, се прави транссекција на карпален лигамент под локална анестезија и во безкрваното оперативно поле.
- Кај напреднатитет случаи, опоравување на сензорен и моторен дефицит може да бара години, или тој е иреверзибилен.

РЕФЕРЕНЦИ

1. Stolp-Smith KA, Pascoe MK, Ogburn PL Jr. Carpal tunnel syndrome in pregnancy: frequency, severity, and prognosis. Arch Phys Med Rehabil 1998 Oct;79(10):1285-7. **PubMed**.
2. Sluiter JK, Rest KM, Frings-Dresen MH. Criteria document for evaluating the work-relatedness of upper-extremity musculoskeletal disorders. Scand J Work Environ Health 2001;27 Suppl 1():1-102. **PubMed**.

3. D'Arcy CA, McGee S. The rational clinical examination. Does this patient have carpal tunnel syndrome? JAMA 2000 Jun 21;283(23):3110-7. **PubMed**.
4. van Rijn RM, Huisstede BM, Koes BW, Burdorf A. Associations between work-related factors and the carpal tunnel syndrome--a systematic review. Scand J Work Environ Health 2009 Jan;35(1):19-36. **PubMed**.

Authors: Eira Viikari-Juntura Previous authors: Veikko Avikainen and Kaj Rekola
Article ID: ebm00411 (020.061) © 2014 Duodecim Medical Publications Ltd

1. **EBM Guidelines, 2.7.2013. www.ebm-guidelines.com**
2. **Упатството е ажурирано до 2014 г.**
3. **Упатството треба да се ажурира еднаш на 2 години.**
4. **Предвидено е следно ажурирање до јули 2015 година.**

Упатството го ажурирал: Слободан Ристовски
Координатор: Проф. Д-р К. Зафировска

1448.

Врз основа на член 27 став (1) од Законот за здравствената заштита („Службен весник на Република Македонија“ број 43/12, 145/12, 87/13, 164/13, 39/14, 43/14, 132/14, 188/14 и 10/15), министерот за здравство донесе

У П А Т С Т В О
ЗА МЕДИЦИНСКОТО ЗГРИЖУВАЊЕ ПРИ ПРОБЛЕМИ СО ГРБОТ КАЈ ДЕЦА

Член 1

Со ова упатство се утврдува медицинското згрижување при проблеми со грбот кај деца.

Член 2

Начинот на медицинското згрижување при проблеми со грбот кај деца е даден во прилог, кој е составен дел на ова упатство.

Член 3

Здравствените работници и здравствените соработници ја вршат здравствената дејност на медицинското згрижување при проблеми со грбот кај деца по правило согласно ова упатство.

По исклучок од став 1 на овој член, во поединечни случаи по оценка на докторот може да се отстапи од одредбите на ова упатство, со соодветно писмено образложение за причините и потребата за отстапување и со проценка за натамошниот тек на згрижувањето, при што истото од страна на докторот соодветно се документира во писмена форма во медицинското досие на пациентот.

Член 4

Со денот на влегувањето во сила на ова упатство престанува да важи Упатството за практикување на медицина заснована на докази при проблеми со грбот кај деца („Службен весник на Република Македонија“ бр.14/13).

Член 5

Ова упатство влегува во сила наредниот ден од денот на објавувањето во „Службен весник на Република Македонија“.

Бр. 17-2401/1
27 февруари 2015 година
Скопје

Министер,
Никола Тодоров, с.р.

Прилог

ПРОБЛЕМИ СО ГРБОТ КАЈ ДЕЦА

МЗД Упатство
27.3.2009

- Основни податоци
- Истегнување- поврзано со вертебрална остеопатија
- Спондилолиза
- Спондилолистеза
- Calve-ово заболување (вертебра плана)
- Дисцитис
- Јувенилен интервертебрален пролапс на дискот

ОСНОВНИ ПОДАТОЦИ

- Пролонгираната болка кај деца вообичаено е предизвикана од структурен дефект.
- Изразената болка во грбот кад деца помали од 10 години често е предизвикана од тумор (на пример, остеоид остеом), инфекција или системска болест (леукемија).
- Дополнителни испитувања се оправдани кај пролонгирана болка во грбот кај деца, кога болката предизвикува абнормално одење или попречува физички активности.
- Кај деца над 10 години, потребно е внимателно клиничко испитување и обична рендгенска слика на лумбалниот дел од 'рбетот, во повеќе случаи значајно е да се исклучи „непријатна" болест во грбот и може да бараат хируршки третман, на пример, изразена спондилолистеза и коскени тумори.

ИСТЕГНУВАЊЕ - ПОВРЗАНО СО ВЕРТЕБРАЛНА ОСТЕОПАТИЈА

- Заедничко за децата и адолесцентите од сите возрасни групи се физичките вежби.
- Најчесто се влијае на L5 пршленот.
- Поврзано со спортови кои влкучуваат повторувачки движења на 'рбетот наназад, слично на гимнастика на партер , уметничко лизгање и балет.
- Симптоми
  - Болка во грбот која се јавува при истегнување и ги отежнува движењата.
- Наоди
  - Исправнување на лумбалната лордоза се должи на болка.
  - Виткањето на грбот е многу болно, особено наназад
  - Нежна палпација на processus spinosus
  - Често мускулите на задната страна на натколеницата се затегнати.
  - Кога е нормално, профилна (латерална) рендгенска слика на лумбален дел од 'рбетот кога пациентот е во исправена положба, доволно е радиолошко испитување.
  - МРИ испитување може да открие едем во спонгиозната коска кај интерартикуларниот дел на рбетниот лак - може да биде унилатерално или билатерално.
- Третман
  - Ограничување на предизвикувачот, физичките вежби за дефиниран период (3 месеци) - на пример, може да се заменат со пливање.
  - Ако болеста напредува до стрес фрактура : потребен е третман со корсет.
- Прогноза
  - Повеќе деца може да се вратат на нивниот поранешен спорт.

- Во повеќе случаи веројатно ќе се развие спондилолиза, а кај дел од овие пациенти ќе се развие спондилолистеза.

СПОНДИЛОЛИЗА

- Веројатно, настанува како последица на поранешно истегнување поврзано со вертебрална остеопатија
- Рендгенографијата покажува пукнатина помеѓу предниот и задниот дел од прешленот (pars interarticularis)
- Нема поместување на прешлен
- Третман
  - Симптоми (случаен наод): нема третман
  - Болка: третман како и при истегање поврзано со вертебрална остеопатија
- Прогнозата е добра. Како возрасни, пациентите немаат некои поголеми проблеми со грбот, во однос на другата популација.

СПОНДИЛОЛИСТЕЗА

- Случајно застапена кај 6% од воените обврзници кои немаат симптоми.
- Болка во грбот која може да се протега кон натколениците, и се влошува со вежбање
- Клиничките знаци вклучуваат:
  - претерана лумбална лордоза,
  - понекогаш сколиоза,
  - палпативен „праг“ помеѓу processus spinosus,
  - мускулна затегнатост во задниот дел на натколеницата (затегнатост на хамстринзите),
  - во потешки случаи, невролошки симптоми на радикуларен дефицит.
- Рендгенографијата покажува промена во профилен (латерален) правец.
- Третман: максимално истегнување (кревање тежина, гимнастика) треба да се избегнува.
- Хирушки зафат за фузија на коската се индицира ако:
  - пациентот има рецидивни симптоми,
  - листезата надминува 1/3 од сагиталниот дијаметар на прешленот.

CALVE-ОВО ЗАБОЛУВАЊЕ (ВЕРТЕБРА ПЛАНА)

- Ретко заболување кај децата на возраст од 2 до 10 години со тотален колапс на прешлените.
- Еозинофилен гранулом на прешлен е најчестата етиологија
- Симптомите вклучуваат општо повлекување од секојдневието заради болка, беспомошен изглед на одењето, или целосно одбивање за одење.
- Нодите вклучуваат локална осетливост и проминентен processus spinosus.
- Може да биде, зголемена СЕ и понекогаш леукоцитоза.
- Диференцијална дијагноза: туберкулоза, дисцитис.
- Потребно е пациентите со суспектно Kalve-ово заболување да бидат испратени во болница за понатамошно испитување (МРИ и биопсија)
- Можно е спонтано повлекување на болеста

ДИСЦИТИС

- Обично асептичен, но може да биде предизвикан и од бактерија.

- Потешкотии во одењето и седењето се типична клиничка слика за дете во предучилишна возраст.
- Дијагнозата се базира на локална осетливост на прешлените и болни движења на 'рбетот.
- Детето треба да се хоспитализира за понатамошно испитување (МРИ, биопсија).
- При бактериска спондилолистеза потребно е лекување со интравенозна антибиотска терапија.

ЈУВЕНИЛЕН ИНТЕРВЕРТЕБРАЛЕН ПРОЛАПС НА ДИСКОТ

- Дегенерацијата на интервертебралните дискуси може да започне многу рано, уште пред 10-тата година.
- Вообичаена локација на пролапсот е пресакрално.
- Симптоми и наоди:
  - Абнормално одење и болна принудна положба(сколиоза),
  - Ласек знакот е позитивен,
  - Невролошки симптоми на радикуларен дефицит, вообичаено не се присутни.
- Третман
- Кај деца, хируршкиот третман почесто е потребен, отколку кај возрасни.

Authors:
Ilkka Helenius
Article ID: ebm00660 (030.021)
© 2012 Duodecim Medical Publications Ltd

1. **EBM Guidelines, 27.3.2009, www.ebm-guidelines.com**
2. **Нема промени во упатството до 2014 година.**
3. **Упатството треба да се ажурира еднаш на 2 години.**
4. **Предвидено е следно ажурирање до март 2016 година.**

Упатството го ажурирал: Доц. д-р Катерина Ставриќ
Координатор: Проф.д-р Катица Зафировска

1449.

Врз основа на член 27 став (1) од Законот за здравствената заштита („Службен весник на Република Македонија“ број 43/12, 145/12, 87/13, 164/13, 39/14, 43/14, 132/14, 188/14 и 10/15), министерот за здравство донесе

У П А Т С Т В О
ЗА МЕДИЦИНСКОТО ЗГРИЖУВАЊЕ ПРИ ПРЕГЛЕД НА РАМЕНИОТ ЗГЛОБ

Член 1

Со ова упатство се утврдува медицинското згрижување при преглед на раменот зглоб.

Член 2

Начинот на медицинското згрижување при преглед на раменот зглоб е даден во прилог, кој е составен дел на ова упатство.

Член 3

Здравствените работници и здравствените соработници ја вршат здравствената дејност на медицинското згрижување при преглед на раменот зглоб по правило согласно ова упатство.

По исклучок од став 1 на овој член, во поединечни случаи по оценка на докторот може да се отстапи од одредбите на ова упатство, со соодветно писмено образложение за причините и потребата за отстапување и со проценка за натамошниот тек на згрижувањето, при што истото од страна на докторот соодветно се документира во писмена форма во медицинското досие на пациентот.

Член 4

Со денот на влегувањето во сила на ова упатство престанува да важи Упатството за практикување на медицина заснована на докази при преглед на раменот зглоб („Службен весник на Република Македонија“ бр. 12/13)..

Член 5

Ова упатство влегува во сила наредниот ден од денот на објавувањето во „Службен весник на Република Македонија“.

Бр. 17-2400/1
27 февруари 2015 година
Скопје

Министер,
Никола Тодоров, с.р.

Прилог

ПРЕГЛЕД НА РАМЕНИОТ ЗГЛОБ

МЗД Упатство
31.1.2014.

- Основни податоци
- Клинички преглед
- Дијагностички критериуми
- Диференцијална дијагноза

Преглед на врат и болка во рамо, види 1

ОСНОВНИ ПОДАТОЦИ

- Клиничкиот преглед е основен елемент во проценката на функционалниот статус и локализација на болката во рамото. Прегледот на регион на рамото секогаш се прави кај соблечен пациент.
- Препорачливо е да се користи гониометар при мерење на мобилност на зглобовите.
- Клиничките тестови се прилично сигурни во дијагноза на пример нарушувања на ротаторна манжетна и исклучување на опсежни раскинувања на ротаторна манжетна кои бараат итна операција Б.
- Радиографија е прва линија на инструметални иследувања кај пациент со болка во рамото.
- Ако клиничката слика е таква што е неопходна хируршка интервенција, ултрасонографијата треба да го потврди расцепот на ротаторната манжетна (инд- В).
- Ако е потребно, поскапа контрастно-засилено МРИ скенирање може да се користи да даде појасна слика на рамото.
- Екстензивно раскинување на ротаторна манжетна треба да се оперира за неколку недели од повредета , со цел да се гарантира добар резултат..

КЛИНИЧКИ ПРЕГЛЕД

- Инспекција на вратот и раменатa регија: мускулна атрофија (укажуваат на оштетување на нерв или тетива).
  - Најчести се во регијата на m. supraspinatus и infraspinatus.
- Движења: флексија, абдукција, надворешна или внатрешна ротација опсег на активни и пасивни движења најдобро се определува со гониометар; болка
- Синдром на болен лак 60-120^0 (тетива на супраспинатус, субакромијална бурза)
  - Да се набљудуваат, исто така, и поврзани движења со скапулата. При синдромот на смрзнато рамо скапулата се подига порано отколку на здравата страна.
- Изометрички тестови со отпор абдукција (супраспинатус тест), надворешна ротација (инфраспинатус тест), внатрешна ротација+ "lift off" тест(види 2) и бицепс тест (виси 3)
- Палпација на тетиви
- Тестирање на болка во ротаторна манжетна и иритација во субакромијален простор, супраспинатус тест,една рака на испитувач на рамо, другата под лактот со подигање на горен дел од раката нагоре, со фиксиран зглоб на лакот и подлактица насочен кон напред.
- Провокативен тест на акромиоклавикуларен зглоб (тестови на хиперабдукција и на вкрстени раце)
- Проценка на функционалната способност на рамениот зглоб користејќи Constant Score 1

ДИЈАГНОСТИЧКИ КРИТЕРИУМИ

Атхезивен капсулитис на рамото (смрзнато рамо) (М 75.0)

- Опсегот на активните и пасивните движења во рамото е сигнификантно намален и
- болката во текот на ноќта *и*
- болката при движења (особено при ненадејни движења и екстремни позиции); добра мускулна снага
- Види 4

Синдром на ротаторна манжетна (М 75.1)

- Синдром на вклештување на рамо (Shoulder impingement syndrome)
- Анамнестички соодветна болка (болката иридира до средината на надлактицата, околу спојот на делтоидниот мускул) *и*
- Позитивен супраспинатус тест *или*
- Позитивен тест на предната елевација: испитувач пасивно потпомага флексија на рамо кон горе и болка која се чувствува кај потполна флескија укажува на зфаќање на тетива на супраспинатус наспротив преден акромион
- Види 2

Нестабилност на рамо

- Анамнеза за дислокација или повторени непријатни сензации на “ giving way-откажување.” на рамото
- Тест на приведување
  - Рамо е абдуцирано за 90° и надворешно ротирано; непријатниа сензација или болка пријавени од страна на пациентот сугерира на нестабилност
  - Тестот можеда се настави со тестот на релокација: пациентот лежи на грбот со рамо во абдукција од 90 степени и лактот флексиран за 90 степени. Испитувачот прави надворешна ротација на рамото; степен на подвижност е обично ограничен и пациентот чувствува дека рамото откажува. Испитувач применува притисок кон назад од предната страна на рамото за да .го поддржат и тестот се повторува. Тестот е позитивен доколку степен на подвижност кај надворешната ротација.се зголемува и рамотот на откажува.
- Наоди кај повеќенасочна нестабилност на рамо
  - На пример позитивен знак на сулкусот кај тестот на колено: пациентот седи со опуштени рамиња и држи неговите/нејзините колена подигнати со двете раце и потоа им овозможува на колената со сопствена тежина да го повлече горниот дел од раката надолу: кај позитивен тест простор помеѓу глава на хумерусот и акромионот е зголемен за неколку сантиметри.
  - Пациентот често има хиперекстензибилни прсти и лактите, и он/она може лесно да заврти неговиот/нејзиниот палец да ја допре подлактица.

ДИФЕРЕНЦИЈАЛНА ДИЈАГНОЗА

- Тестот на аксијална компресија се врши со притискање на врвот на главата кога пациентот седи (компресија на нервен корен)
- Тестови за "синдром на торакален отвор“ 5
- Тестови за епикондилитис
- Тестови за карпал тунел синдром 6
- Повреда на нервите во регион на рамото.

Authors: Editors
Previous authors: Sinikka Levoska
Article ID: ebm00404 (020.002)
© 2014 Duodecim Medical Publications Ltd

1. **EBM Guidelines, 31.1. 2014. www.ebm-guidelines.com**
2. **Упатството е азурирано до 2014 г.**
3. **Упатството треба да се ажурира еднаш на 3 години.**
4. **Предвидено е следно ажурирање до јануари 2017 година.**

Упатството го ажурирал: Слободан Ристовски
Координатор: Проф. Д-р К. Зафировска

1450.

Врз основа на член 27 став (1) од Законот за здравствената заштита („Службен весник на Република Македонија“ број 43/12, 145/12, 87/13, 164/13, 39/14, 43/14, 132/14, 188/14 и 10/15), министерот за здравство донесе

У П А Т С Т В О
ЗА МЕДИЦИНСКОТО ЗГРИЖУВАЊЕ ПРИ НАРУШУВАЊА НА ТЕТИВАТА НА БИЦЕПС

Член 1

Со ова упатство се утврдува медицинското згрижување при нарушувања на тетивата на бицепс.

Член 2

Начинот на медицинското згрижување при нарушувања на тетивата на бицепс е даден во прилог, кој е составен дел на ова упатство.

Член 3

Здравствените работници и здравствените соработници ја вршат здравствената дејност на медицинското згрижување при нарушувања на тетивата на бицепс по правило согласно ова упатство.

По исклучок од став 1 на овој член, во поединечни случаи по оценка на докторот може да се отстапи од одредбите на ова упатство, со соодветно писмено образложение за причините и потребата за отстапување и со проценка за натамошниот тек на згрижувањето, при што истото од страна на докторот соодветно се документира во писмена форма во медицинското досие на пациентот.

Член 4

Со денот на влегувањето во сила на ова упатство престанува да важи Упатството за практикување на медицина заснована на докази при нарушувања на тетивата на бицепс („Службен весник на Република Македонија“ бр. 14/13)..

Член 5

Ова упатство влегува во сила наредниот ден од денот на објавувањето во „Службен весник на Република Македонија“.

Бр. 17-2399/1
27 февруари 2015 година
Скопје

Министер,
Никола Тодоров, с.р.

Прилог

НАРУШУВАЊА НА ТЕТИВАТА НА БИЦЕПС

МЗД Упатство
19.2.2013.

- Основни податоци
- Преваленца
- Нарушувања на долгата глава на бицепсот
- Повреди на дисталниот крај на m. biceps brachii
- Референци

ОСНОВНИ ПОДАТОЦИ

- Карактеристичен симптом на бицепс тендинитис (бициптален тендинитис) е болка индуцирана од вежбање од предната страна на рамото или зглобот на лакотот, која обично се намалува со одмор и аналгезија.
- Руптура на тетивата на бицепсот може да биде предизвикана од траума или може да е резултат на нормалниот процес на стареење.
- Руптура на тетивата на долгата глава на бицепсот ("бицепс на Попај") ретко бара хируршка интервенција додека при руптура на дисталната тетива на бицепсот секогаш е потребна хируршка репарација.

ПРЕВАЛЕНЦА

- Повторувани напорни движења ја предиспонираат индивидуата на бицепс тендинитис.
- Кај спортисти, долгата глава на бицепсот често е под големо напрегање од прекумерно истегнување, особено во спортови кои вклучуваат движења преку главата, на пример, фрлање или пливање.
- Пушењето го зголемува ризикот за руптура на тетивата на бицепсот 1.

НАРУШУВАЊА НА ДОЛГАТА ГЛАВА НА БИЦЕПСОТ

Тендинитис

- Болката од предната страна на рамото е сугестивна за тендинитис. Болката може да ирадира кон мускулот biceps brachii и да се влоши со движења во рамото. Клиничките наоди вклучуваат локализирана болка на палпација од предната страна на рамото и болка при движење, особено за време на ротаторни движења.
- Провокативните тестови за бицепсот се неспецифични и други нарушувања на рамото може да предизвикаат позитивен резултат на тестот.
  - **Yergason-ов тест**: Пациентот се обидува да го супинира подлактот, со флектиран лакот, наспроти отпор аплициран од испитувачот. Тестот е позитивен ако пациентот чувствува болка од предната страна на рамото.
  - **Speed-ов тест**: Испитувачот аплицира отпор додека пациентот се обидува да го флектира надлакотот од хоризонталната рамнина со лакотот потполно екстендиран, подлакотот супиниран и надлакотот надворешно ротиран. Пациентот може да почувствува болка од предната страна на рамото. Кога тестот ќе се повтори со прониран подлакот и внатрешно ротиран надлакот, нема да се предизвика болка. Зафатената тетива станува симптоматска кога се применува истегање на m. biceps brachii.
- Испитувањето со ултразвук може да покаже ефузија и едем во тетивната обвивка 2.

Дислокација

- Делумна или потполна дислокација на тетивата на бицепсот (субluксација или луксација) во бициптаниот жлеб е придружена со травматска повреда на рамото на кинење.

- Болката и осетливоста на палпација се слични како оние што се гледаат кај бицепс тендинитис. Уште повеќе, пациентот може да опише болно крцнување од предната страна на рамото. Испитувачот понекогаш може да го почувствува крцнувањето додека го испитува рамото. Ултразвучно испитување ќе ја потврди дислокацијата на тетивата.

SLAP лезија

- SLAP лезија (superior-labrum-anterior-posterior) го погодува местото на спојот на долгата глава на бицепсот во делот на врвот од лежиштето на рамото.
- SLAP лезија може да резултира од нагла, силна повреда на кинење, како што е употреба на шепата при обид да се спречи пад од висина или паѓање на испружена шепа. Повторувана траума, исто така, може да предизвика SLAP лезија, на пример, кај спортист кој фрла.
- Симптомите на SLAP лезија вклучуваат неодредена болка во зглобот на рамото поврзана со употреба на раката преку глава и намалена способност за вежбање. Пациентот може да опише и осет на зграпчување во рамото.

Руптура

- Руптура на тетивата на долгата глава на бицепсот се случува често кај постари мажи по нагло напрегање кое предизвикува истегање на тетивата.
- Пациентот обично чувствува болка во рамото на напрегање и забележува собирање на бицепсот на зафатениот екстремитет со невообичаено дистално напупчување на мускулот ("бицепс на Попај“). Може да се јави модрица во надлакотот. Исто така, пациентот може да се сети на чујно крцнување кога тетивата се кине при прекумерното истегање.

ТРЕТМАН

Тендинитис

- Третманот на тендинитис опфаќа одмор, антиинфламаторни лекови, инјекција на кортикостероид во болната област и физикална терапија
- Хируршка интервенција може да биде индицирана во тешки, хронични случаи. Процедура која обично се применува е тенодеза при што тетивата се отсечува од лежиштето на рамото и повторно се прицврстува на биципиталниот жлеб во горниот дел на хумерусот.

Дислокација

- Симптомите може да ги ублажи следново: намалување на количеството на прекумерно истегање во рамото, медикаментозна терапија која вклучува инјекција на кортизон и физикална терапија.
- Хируршката интервенција е единствениот начин да се третира симптоматска тетива која е комплетно дислоцирана. Која било придружна повреда како што е кинење на ротаторната манжетна, може да се поправи за време на истата хируршка процедура.

Руптура

- Руптурата на долгата глава на бицепсот не предизвикува трајна штета и лезијата обично не бара хируршки третман. Меѓутоа, ресторацијата на нормалната контура и снага на мускулот може да се забрза со релативно мала хируршка интервенција.

ПОВРЕДИ НА ДИСТАЛНИОТ КРАЈ НА M. BICEPS BRACHII

Тендинитис

- Дисталната тетива на бицепс се припојува на радиусот. Тетивата може да се воспали како одговор на повторувано истегање, особено кога подлакотот е подложен на силно вртење со свиткување на лакотот. Во ваков случај може да се развие инсерционен тендинитис на спојот на местото со спојот на тетивата.

- Симптомите вклучуваат неодредена болка во антекубиталната фоса и намалена способност да се вежба екстремитетот.
- Пациент ќе има локализирана болка на палпација, околу место на дисталната тетива, во антекубитална фоса како и болка кога се прави обид за супинација на подлактица наспротив отпор. Состојбата понекогаш се меша со латерален епикондилитис(тениски лакат), кој почесто се вбројува во проблемите кои се јавуваат во ова анатомска регија.

Руптура

- Авулзија на дисталната тетива на бицепс е проблематична, но, за среќа, ретка повреда, таа е одговорна за само 3% од сите повреди на бицепсот.
- Авулзијата е причинета од нагла, насилна, исправувачка сила која е применета врз зглобот на лакотот со подлакот во супинација. Механизмот на повредата може да инволвира, на пример, користење на шепата за да се прекине падот од висина или една шепа која попушта при подигање на тежок предмет.
- Клиничкиот преглед типично ќе обелодени отсуство на дисталната тетива на бицепсот или тетивата е помалку проминентна на палпација од контралатералната рака.
- Присутна ќе биде проксимална ретракција на мускулната маса, а снагата на супинација на подлакотот со флектиран лакот ќе биде намалена.
- За време на акутната фаза лакотот ќе биде болен со мал очигледен оток. По неколку дена ќе се развие хематом.
- Ултразвучно испитување и снимање со магнетна резонанција може да ја потпомогнат дијагнозата.

Третман

- Третманот на тендинитисот на дисталната тетива на бицепсот опфаќа одмор, антиинфламаторни лекови, инјекција на кортикостероид на местото на болната област и физикална терапија
- Авулзијата на дисталната тетива на бицепсот секогаш бара хируршка репарација 3 4. Тетивата повторно се прицврстува, ако е неопходно, со употреба на слободен тетивен графт. Оперативниот зафат може да се изврши дури и по задоцнување од неколку години.

РЕФЕРЕНЦИ

1. Safran MR, Graham SM. Distal biceps tendon ruptures: incidence, demographics, and the effect of smoking. Clin Orthop Relat Res 2002 Nov;(404):275-83. **PubMed**
2. Kayser R, Hampf S, Pankow M, Seeber E, Heyde CE. [Validity of ultrasound examinations of disorders of the shoulder joint] Ultraschall Med 2005 Aug;26(4):291-8. **PubMed**
3. Blackmore SM, Jander RM, Culp RW. Management of distal biceps and triceps ruptures. J Hand Ther 2006 Apr-Jun;19(2):154-68. **PubMed**
4. Vastamäki M, Vastamäki H. A simple grafting method to repair irreparable distal biceps tendon. Clin Orthop Relat Res 2008 Oct;466(10):2475-81. **PubMed**

Authors: Martti Vastamäki
Article ID: ebm00406 (020.006)
© 2014 Duodecim Medical Publications Ltd

1. **EBM Guidelines, 19.2.2013. www.ebm-guidelines.com**
2. **Упатството е ажурирано до 2014 г.**
3. **Упатството треба да се ажурира еднаш на 2 години.**
4. **Предвидено е следно ажурирање до 2015 година.**

Упатството го ажурирал: Слободан Ристовски
Координатор: Проф. Д-р К. Зафировска

1451.

Врз основа на член 27 став (1) од Законот за здравствената заштита („Службен весник на Република Македонија“ број 43/12, 145/12, 87/13, 164/13, 39/14, 43/14, 132/14, 188/14 и 10/15), министерот за здравство донесе

У П А Т С Т В О
ЗА МЕДИЦИНСКОТО ЗГРИЖУВАЊЕ ПРИ НАРУШУВАЊА НА РОТОРНАТА МАНЖЕТНА НА РАМОТО

Член 1

Со ова упатство се утврдува медицинското згрижување при нарушувања на роторната манжетна на рамото.

Член 2

Начинот на медицинското згрижување при нарушувања на роторната манжетна на рамото е даден во прилог, кој е составен дел на ова упатство.

Член 3

Здравствените работници и здравствените соработници ја вршат здравствената дејност на медицинското згрижување при нарушувања на роторната манжетна на рамото по правило согласно ова упатство.

По исклучок од став 1 на овој член, во поединечни случаи по оценка на докторот може да се отстапи од одредбите на ова упатство, со соодветно писмено образложение за причините и потребата за отстапување и со проценка за натамошниот тек на згрижувањето, при што истото од страна на докторот соодветно се документира во писмена форма во медицинското досие на пациентот.

Член 4

Со денот на влегувањето во сила на ова упатство престанува да важи Упатството за практикување на медицина заснована на докази при нарушувања на ротаторната манжетна на рамото („Службен весник на Република Македонија“ бр.14/13).

Член 5

Ова упатство влегува во сила наредниот ден од денот на објавувањето во „Службен весник на Република Македонија“.

Бр. 17-2398/1
27 февруари 2015 година
Скопје

Министер,
Никола Тодоров, с.р.

Прилог

НАРУШУВАЊА НА РОТАТОРНАТА МАНЖЕТНА НА РАМОТО

МЗД Упатство
27.02.2013

- Основни податоци
- Епидемиологија
- Синдром на ротаторна манжетна и вклештување
- Руптура на ротаторна манжетна
- Поврзани извори

ОСНОВНИ ПОДАТОЦИ

- Инструкции за мирување на пациентот и нестероидни антиинфламаторни лекови се доволни во третманот на повеќето случаи на болни состојби на ротаторната манжетна.
- Пролонгирани воспалителни состојби се третираат со глукокортикоидни инјекции.
- Треба да се идентификува руптура на ротаторна манжета. Поголемите руптури треба да се оперираат за неколку месеци од траумата заради добар резултат.

ЕПИДЕМИОЛОГИЈА

- Најчесто нарушување кое ја афектира ротаторната манжетна на рамото е синдром на ротаторната манжетна, т.е. тендинитис на ротаторната манжетна, во 90% од случаите, при што е иритирана тетивата на супраспинатус (супраспинатус тендинитис).
- Нарушувањето е многу често кај 40-50-годишници.
- Повеќето проблеми со раменот зглоб кај активно работни луѓе ја афектираат ротаторната манжетна.
  - Синдромот на ротаторната манжетна е индуциран со истегнување. За човек кој вообичаено го оптоварува раменот зглоб со мали истегнувања, на пример, големи физички напори како, чистење во домаќинството може да предизвикаат долготрајни проблеми со рамото.
  - Проблемот, исто така, може да резултира од повторувани истегнувања.
- Причината за хроничен тендинитис во многу случаи е дегенеративна и циркулаторна промена во тетивата, како и вклештување на тетивата под акромионот и коракоакромиалниот лигамент.
- Кога рамото станува болно без анамнеза на очигледна траума, возраста на пациентот е сигнификантна во проценката на нарушувањето:
  - Под 30-годишна возраст, хроничните проблеми на рамото често произлегуваат од преголема нестабилност на зглобот.
  - Кај средовечни лица причината, често е синдром на ротаторната манжетна, во кој, исто така, тетивата често е притисната под акромионот (импингемент синдром).
  - После 50-55-годишна возраст, болката најчесто резултира од руптура на ротаторна манжетна.
- За преглед на рамен зглоб, видете „Преглед на рамен зглоб".

СИНДРОМ НА РОТАТОРНА МАНЖЕТНА И ВКЛЕШТУВАЊЕ

- Синдромот на ротаторната манжетна најчесто е нарушување на рамото кај 35-50-годишници. Тој е предизвикан од иритација на ткивата на раменият зглоб, главно, ротаторната манжетна и околната бурза.
- Ткивата се воспалуваат и отекуваат и како последица веќе можно натиснатиот зглоб станува уште покомпримиран и има малку простор за меките ткива помеѓу коските и лигаментите, особено кога раката е во абдукција.
- Абдукцијата на раката е отежната и се јавува ноќна болка, а пациентот се буди особено кога спие на засегнатата рака .
- Синдромот на ротаторната манжетна се влошува со истегање и може да следи circulus vitiosus при што нема реакција на ниеден вид терапија.

Третман

- Почетното згрижување се состои од мирување и нестероидни антиинфламаторни лекови.
- Криотерапијата обично ги намалува болките, додека топлината иритира, особено во раните фази, како и терапија со вежби. Затоа, физикалната терапија често ја влошува болката во рамото.
- Кај поблаги случаи често е доволно пациентот да се информира за потеклото на нарушувањето. Вреди да се објасни механизмот со помош на анатомски модел и да се види како дигањето на раката предизвикува иритираната супраспинатус тетива да се собира наспроти работ на акромионот.
- На пациентот му се даваат инструкции да одбегнува движења кои создаваат болка и се вели дека состојбата обично спонтано се повлекува за неколку недели или месеци.
- При наредната посета, под акромионот (nnd B) може да се аплицира инјекција која содржи 1ml гликокортикоиди со долготрајно дејство и 4 ml локален анестетик. Инјекцијата може да се повтори 1 до 3 пати.
- Болката може да бара долготрајно боледување, особено ако работата бара држење на раката во исправена состојба.
- При пролонгирани состојби, исто така, може да биде корисна и терапијата со вежби (ннд - С) и терапијата на истегнување спроведувани под супервизија од физиотерапевт. Во третманот треба да биде вклучен и тренинг на хумероскапуларниот ритам.
- Ако нема реакција за 6 до 12 месеци, кај потешки случаи треба да се земе предвид и хируршки третман.

Техника на инјектирање на супраспинатус тендинитис

- За инјекција се користи 1ml кортикостероид со долготрајно дејство и 4 ml локален анестетик во субакромијалната бурза, со помош на тенка игла , со должина околу 6 до 8 cm.
- Постериорниот латерален раб на акромионот лесно се палпира и служи како знак за местото на инјектирање што е неколку сантиметри антериорно. Одбележи го местото за инјекција со притисок на нокотот и добро исчисти ја кожата. Се насочува тангенцијално на долната површина на акромионот кон субакромијалната бурза и кон инсерцијата на ротаторната манжетна. Оваа регија се инфилтрира нашироко, но не се инјектира интраартикуларно бидејќи нарушувањето ги афектира екстраартикуларните ткива
- Неколку минути после инјекцијата пациентот забележува дека е олеснета абдукцијата на раката. Информирај го пациентот дека ефектот на локална анестезија трае само неколку часа и дека ефектот на кортикостероид, ако се даде, започнува после неколку дена.
- Ако има потреба, инјекцијата може да се повтори после 2 до 4 недели.

Калцификантен тендинитис

- Понекогаш синдромот на ротаторната манжетна инволвира депозит на калциум во тетивата и состојбата се вика калцификатен тендинитис.

- Калциумот обично се депонира на тетивите на ротаторната манжетна, обично на тетивата на супраспинатус како резултат на функцијата на специфични клетки. Оваа акумулација на калциум не е дегенеративен процес како таков. Во фазата на акумулација калциумот е тврд и јасно видлив на рендгенска снимка. После еден месец или неколку години тој станува помек и се гледа како дифузна форма на рендгенографија кога се ресорбира спонтано.
- Симптомите на калцификантен тендинитис личат на оние на инпицментот. Во фазата на ресорпција болката може да биде значителна.
- Ако калцифицираната област е голема, може да биде индицирана пункција на калцифицираната регија со дебела игла и сукција на депозитите на калциум, што не е етаблиран (основан) третман. Од корист е и локално инјектирање на глукокортикоид.
- Ако калциумот одеднаш се излее во зглобот или бурзата, може да се развие силна болка наречена калциумартритис или бурзитис која ќе трае 2 до 3 дена.
- Пациентите ја држат афектираната рака цврсто до телото и имаат потреба од високи дози на аналгетици.
- При акутната болка во рамото најдобро помага криотерапијата со мраз или гел пакување. Како прва помош може да се примени и субакромијална инјекција на глукокортикоиди + локален анестетик.

Акромиопластика

- Може да се земе предвид ако симптомите траат подолго од 6 месеци, конзервативниот третман не е ефикасен и пациентот не може да работи.
- Ако работната способност е сочувана, состојбата треба да се следи до една година, бидејќи нарушувањето има тенденција за спонтано закрепнување.
- При акромиопластика се создава поголем простор во рамениот зглоб со отстранување на коскеното и мекото ткиво.
- Може да се изведе како отворен хируршки или артроскопски зафат.
- После завршената процедура раката се имобилизира со бандажирање на раката покрај телото во текот на една недела.
- Пендуларните вежби започнуваат првиот постоперативен ден, пасивно подигање на раката нанапред и на страна после 1 до 2 недели, а активни вежби после 2 до 3 недели.

РУПТУРА НА РОТАТОРНА МАНЖЕТНА

- Вообичаено секвела од траума: паѓање на рамото или на премногу истегната шепа.
- Кај повозрасни од 45 години, дислокацијата на рамото често опфаќа и руптура на ротаторната манжетна.
- Руптурата речиси секогаш е во регијата на тетивата на супраспинатус и се протега постериорно на регијата на m. infraspinatus и поретко антериорно на регијата на супскапуларис или во двата правца.

Симптоми

- Симптомите се болка и ограниченост во движењето и снагата на горниот екстремитет. Абдукцијата на раката и надворешната ротација немаат снага.
- Кај типична трауматска руптура на ротаторната манжетна пациентот чувствува изненадна болка, а може да слушне и звук на кршење при пад, дигање тежина или примање удар во рамениот дел.
- Движењата на горниот дел на раката се ограничени и дигањето на раката над нивото на рамото станува невозможно. Пациентот може да продолжи со работа, но за 24 часа болката станува многу интензивна така што пациентот бара помош.
- Ноќната болка е вознемирувачка. Лесно движење на зглобот може да ја олесни болката.
- Болката може да ирадира до врвовите на прстите и нагоре до вратот.

Дијагноза

- Активниот опсег на движење на рамото е ограничен при клинички преглед. Често пациентот не е во состојба да ја дигне раката над рамото, додека пасивниот опсег на движење е обично нормален.
- Пациентот се обидува да одбегне болно движење со дигање на раката со помош на скапуларно движење и со тоа го одбегнува рамениот зглоб т.е. се нарушува скапулохумерусниот ритам.
- Понекогаш опсегот на движење во зглобот е нормален и руптурата е мала.
- Испитувањето на абдукцијата и ротацијата на горниот дел од раката спореди ја со здравата рака; руптурата секогаш предизвикува слабост.
- Ако постои сомневање за руптура, дијагнозата треба да се потврди со ултрасонографија (ннд- В) или МР[1], пред операцијата.

Третман

- Во почетокот се применува конзервативна терапија, која е често доволна кај мали руптури.
- Обемна руптура треба да се препознае навремено и пациентот да се упати на оперативен третман. Нормална абдукција исклучува обемна руптура.
- Најважни форми на третман вклучува криотерапија за намалување на болката и отокот, вежби и инјекции на гликокортикоиди.
- Ако болката, ограничувањето на движењето и слабоста сè уште доведуваат до онеспособеност после 1 до 2 месеца од конзервативната терапија, треба да се земе предвид и хируршки третман,
- Доцнење од 6 месеци доведува до послаби резултати.
- После хируршкиот зафат пациентот носи абдукциска шина или абдукциска перница , која се користи да превенира истегнување на корегираната ротаторна манжетна и ре-руптура при имобилизацијата.
- Пациентот треба да започне пасивна мобилизација дома 2 до 4 недели од хируршкиот зафат додека уште ја носи шината.
- Мобилизацијата започнува после 4 до 6 недели од имобилизацијата најпрво со подигање на раката од перницата.
- Крајниот резултат обично се добива 6 месеци после хируршкиот третман.
- Хируршкиот третман резултира во потполно здраво, безболно, неограничено рамо со нормална јачина само кај некои пациенти. Исходот од оперативниот третман, исто така, може да биде успешен и кај постари пациенти.

Критериуми за хируршки третман

- Пациенти под 50-годишна возраст
  - При доволно тешка траума, големо ограничување, под нивото на рамото, очигледна слабост, колку е можно побрзо да се изврши операција, по можност за еден месец.
- Пациенти од 50 до 60- годишна возраст
  - Прво, се пристапува кон физикална терапија, аналгетици, кортикостероидни инјекции, ако треба и мирување, во зависност од професијата, и ако симптомите продолжат со интензитет после 2 до 3 месеци, по операцијата.
  - Доволно силна траума, ограничени движења и јачина, болка, нема знаци на закрепнување после 1 до 2 месеца, после ова време се преминува на операција.
- Пациенти на возраст над 60 години
  - Нарушена снага и обем на движење, конзервативен третман не помага после 3 до 4 месеци.
  - Силната болка, нема реакција на конзервативен третман, после 6 месеци потребно е операција дури и ако обемот на движење и јачината се добри, причината обично е мала руптура која лесно се репарира.

[1] Магнетна резонанца

- Пациенти на возраст над 70 години
  - Да се изврши операција само ако пациентот е активен, траумата е доволно тешка и пациентот нема атрофија на спинатус, или ако болката е јака и не реагира на конзервативна терапија, јачината и движењата се слаби, а атрофијата на спинатус е голема; исто така, можен е палијативен хируршки зафат .

Authors: Martti Vastamäki Article ID: ebm00405 (020.005) © 2012 Duodecim Medical Publications Ltd

1. **EBM Guidelines, 27.2.2013. www.ebm-guidelines.com**
2. **Упатството не е ажурирано до 2014 г**
3. **Упатството треба да се ажурира по 3 години.**
4. **Предвидено е следно ажурирање до јуни 2017 година.**

1452.

Врз основа на член 27 став (1) од Законот за здравствената заштита („Службен весник на Република Македонија“ број 43/12, 145/12, 87/13, 164/13, 39/14, 43/14, 132/14, 188/14 и 10/15), министерот за здравство донесе

У П А Т С Т В О
ЗА МЕДИЦИНСКОТО ЗГРИЖУВАЊЕ ПРИ ЛУНАТОМАЛАЦИЈА КИНБЕК-ВА (KIENBÖCK) БОЛЕСТ

Член 1

Со ова упатство се утврдува медицинското згрижување при лунатомалација Кинбек-ва (KIENBÖCK) болест.

Член 2

Начинот на медицинското згрижување при лунатомалација Кинбек-ва (KIENBÖCK) болест е даден во прилог, кој е составен дел на ова упатство.

Член 3

Здравствените работници и здравствените соработници ја вршат здравствената дејност на медицинското згрижување при лунатомалација Кинбек-ва (KIENBÖCK) болест по правило согласно ова упатство.

По исклучок од став 1 на овој член, во поединечни случаи по оценка на докторот може да се отстапи од одредбите на ова упатство, со соодветно писмено образложение за причините и потребата за отстапување и со проценка за натамошниот тек на згрижувањето, при што истото од страна на докторот соодветно се документира во писмена форма во медицинското досие на пациентот.

Член 4

Со денот на влегувањето во сила на ова упатство престанува да важи Упатството за практикување на медицина заснована на докази при лунатомалација–кинбек-ова (Kienböck) болест („Службен весник на Република Македонија“ бр.14/13)..

Член 5

Ова упатство влегува во сила наредниот ден од денот на објавувањето во „Службен весник на Република Македонија“.

Бр. 17-2397/1
27 февруари 2015 година
Скопје

Министер,
Никола Тодоров, с.р.

Прилог

ЛУНАТОМАЛАЦИЈА КИНБЕК-ОВА (KIENBÖCK) БОЛЕСТ

МЗД Упатство
02.09.2013

- Основни податоци
- Дијагноза
- Третман
- Поврзани извори

ОСНОВНИ ПОДАТОЦИ

- Ретка состојба која обично се појавува во доминатната шепа кај млади (20-35- годишни) мажи, мануелни работници.
- Третманот, најпрвин, се состои од избегнување на оптоварување на зафатената шепа. Хируршкиот зафат може да дојде предвид доколку симптомите не се намалуваат по 2 месеца одмор.

ДИЈАГНОЗА

- Хиперекстензивни повреди, фрактури или микрофрактури, веројатно, се причина кај некои пациенти.
- Симптомите се периодични и често се повлекуваат со текот на годините. Во раната фаза може да има и синовитис во рачниот зглоб, што предизвикува оток и болка.
- Се јавува болка во рачниот зглоб, повремено и оток дорзално. Максималната болка се чувствува над os lunatum.
- Дорзалната флексија во рачниот зглоб е ограничена и болна.
- Јачината на фаќање е намалена.
- Рендгенографијата обично покажува знаци на болеста само во поодминатите стадиуми.
  - Првично, се гледа редукција во содржината на калциум во os lunatum, а подоцна фрагментација и колапс.
  - Коскениот скен или магнетната резонанција покажуваат абнормален резултат уште во иницијалниот стадиум на оваа состојба. Како што состојбата прогресира така ќе се јават промени и во рендгенографскиот наод.

ТРЕТМАН

- Да се одбегнува напрегање и оптоварување на рачниот зглоб и се препорачува потпора на зглобот, на пример, со ортоза врзана со Velcro лента.
- Доколку симптомите комплетно не се повлечат по 2 месеца одмор, пациентот треба да се упати на хирург специјализиран за шепа, со цел соодветен третман.
- Методот на третман се одбира според тежината на болеста. Воспоставување на нормална циркулација во пределот на os lunatum може да се постигне со помош на васкуларен коскен графт доколку оперативниот зафат се изведе навреме.

Authors: Jouni Havulinna

Article ID: ebm00413 (020.023) © 2014 Duodecim Medical Publications Ltd

1. **EBM Guidelines, 2.9.2013. www.ebm-guidelines.com**
2. **Упатството не е ажурирано до 2014 г**
3. **Упатството треба да се ажурира по 3 години.**
4. **Предвидено е следно ажурирање до јуни 2017 година.**

1453.

Врз основа на член 27 став (1) од Законот за здравствената заштита („Службен весник на Република Македонија“ број 43/12, 145/12, 87/13, 164/13, 39/14, 43/14, 132/14, 188/14 и 10/15), министерот за здравство донесе

У П А Т С Т В О
ЗА МЕДИЦИНСКОТО ЗГРИЖУВАЊЕ ПРИ ЛУМБАЛНА СПИНАЛНА СТЕНОЗА

Член 1

Со ова упатство се утврдува медицинското згрижување при лумбална спинална стеноза.

Член 2

Начинот на медицинското згрижување при лумбална спинална стеноза е даден во прилог, кој е составен дел на ова упатство.

Член 3

Здравствените работници и здравствените соработници ја вршат здравствената дејност на медицинското згрижување при лумбална спинална стеноза по правило согласно ова упатство.

По исклучок од став 1 на овој член, во поединечни случаи по оценка на докторот може да се отстапи од одредбите на ова упатство, со соодветно писмено образложение за причините и потребата за отстапување и со проценка за натамошниот тек на згрижувањето, при што истото од страна на докторот соодветно се документира во писмена форма во медицинското досие на пациентот.

Член 4

Со денот на влегувањето во сила на ова упатство престанува да важи Упатството за практикување на медицина заснована на докази при лумбална спинална стеноза („Службен весник на Република Македонија“ бр. 14/13).

Член 5

Ова упатство влегува во сила наредниот ден од денот на објавувањето во „Службен весник на Република Македонија“.

Бр. 17-2396/1
27 февруари 2015 година
Скопје

Министер,
Никола Тодоров, с.р.

Прилог

ЛУМБАЛНА СПИНАЛНА СТЕНОЗА

МЗД Упатство
31.01.2014

- Основни податоци
- Дефиниција и епидемиологија
- Симптоми и историја на болеста
- Клинички наоди
- Дијагноза
- Диференцијална дијагноза
- Третман
- Поврзани извори
- Референци

ОСНОВНИ ПОДАТОЦИ

- Карактеристичен симптом на лумбална спинална стеноза е неврогена клаудикација (спинална клаудикација). Во текот на одењето пациентот чувствува болка (која обично почнува во грбот и се шири надолу по нозете), трпнење или слабост.
- Доколку симптомите може да се толерираат и функционалниот капацитет на пациентот е интактен, како прва линија на третман се применува конзервативен третман, аналгезија и физикална терапија.
- Индикации за хируршки третман се: неподнослива болка која не може да се намали со конзервативниот третман, постепено намалување на дистанцата на одење (<200-300м), прогресивен невролошки дефицит или синдром на кауда еквина.

ДЕФИНИЦИЈА И ЕПИДЕМИОЛОГИЈА

- Лумбална спинална стеноза (ЛСС) означува стриктура (стеноза) во лумбалниот спинален предел, која може да биде:
  1. Централна стеноза (компресија на кауда еквина во спиналниот канал) или
  2. Латерална стеноза (компресија на коренот на нервот во каналот или во интервертебралниот форамен)
- Дегенеративните промени се најчестата причина за стеноза (формирање на остеофити или хипертрофија на лигаментите). Протрузија или пролапс на дискусот, исто така, може да биде присутна.
- Поделбата на централна и латерална форма е радиолошка диференцијација; мешаната форма на лумбална спинална стеноза е најчестиот тип.
- Преваленцата и инциденцата се зголемуваат со возраста.
- Лумбалната спинална стеноза е најчестата причина за спинална хирургија кај пациенти над 65-годишна возраст (1).
- Зголемената употреба на КТ и МНР скенови отколку во минатото, придонесува поголем број пациенти да се дијагностицираат со лумбална спинална стеноза.

СИМПТОМИ И ИСТОРИЈА НА БОЛЕСТА

- Најчестиот симптом е неврогена (спинална) клаудикација; при одењето пациентот чувствува болка (која обично започнува во грбот и се шири надолу кон нозете), трпнење или слабост. Болката обично се намалува со седење или наведнување нанапред, а се влошува со екстензија.

- Болката којашто е причинета од хронична компресија на нервниот корен („хронична ишијалгија“) е попостојана или се манифестира како трпнење и парестезии; симптомите можат да бидат локализирани на афицираниот дерматом, но вообичаено се раширени на поголема област.
- Симптомите на ЛСС можат да бидат унилатерални или билатерални. Интензитетот на болката често покажува варијации, како од ден во ден, така и во текот на подолг временски период.
- Пациентите може да ги опишат симптомите на повеќе различни начини и важно е да се праша внимателно за локацијата и природата на симптомите кои се јавуваат при вежбање или одење.
- Колкава дистанца може пациентот да изоди на рамно, без престан? Дали тој/таа го сопира одењето заради појава на клаудикација или заради некоја друга причина?
- Во некои случаи, наведнувањето нанапред во текот на подолг период, вежбите или дури и седењето може да ги влошат симптомите на ЛСС, особено болката во грбот. Како и во случајот на сите останати дегенеративни промени во половината, треба да се земе внимателна анамнеза за да се идентификува евентуалното постоење на намалена толеранција на вежби, особено кога симптомите би можеле да го намалат работниот капацитет на пациентот, со оглед на тоа дека физикалниот преглед на пациент со ЛСС ни дава малку податоци.

КЛИНИЧКИ НАОДИ

- Пациентите со ЛСС-индуцирана неврогена клаудикација можат да бидат релативно асимптоматски доколку се прегледуваат во состојба на мирување и наодите од невролошкиот преглед можат да бидат сосема нормални. Затоа, треба да се обрне посебно внимание на анамнестичките податоци.
- Доколку ЛСС се карактеризира со хронична компресија на нервниот корен, пациентот може да има болки при движења во половината и тестот на SLR (кревање на испружена нога) и тестот на Laseque може да бидат позитивни.
  - Кај тестот на SLR, ногата на пациентот е екстендирана во коленото и колкот и испитувачот ја крева нагоре со тоа што ја придржува под скочниот зглоб и на тој начин скочниот зглоб останува слободен. Кај тестот на Laseque, испитувачот го држи стапалото на пациентот во дорзална флексија од 90 степени додека ја крева ногата нагоре. И во двата теста, другата рака на испитувачот лежи на антериорната површина од натколеницата на пациентот за да се одржи коленото во екстендирана положба.
- Тестот на екстензија: додека стои со екстендирани колена, пациентот треба да ја екстендира половината колку што е можно. Овој став треба да го задржи 30 до 60 секунди. Појавата на болка во половината/трпнењето предизвикано од овој став оди во прилог на дијагнозата на ЛСС. Специфичноста на тестот не е позната (2).
- Околу половина од пациентите со ЛСС имаат сензорни нарушувања или нарушувања на рефлексите.
- Треба да се палпира пулсот на a.dorsalis pedis и a.tibialis anterior. Доколку е присутен нормален пулс, може да се исклучи постоењето на значајна васкуларна оклузија, со што ќе се засили сомнението дека проблемите во грбот се причина за појава на клаудикацијата.
- Може да дојде предвид и изведување на ректално туше (компресија на cauda equina, карцином на простата како причина за болката во половината).

ДИЈАГНОЗА

- Дијагнозата на ЛСС се заснова на анамнестичките податоци и клиничкиот наод кои мора да бидат надополнети со радиолошки абнормалности (3); одлуките во однос на радиолошките испитувања треба да им се препуштат на лекарите специјалисти.
- Дијагностички критериуми (3):

- Постоењето на едниот или двата од наведените симптоми: неврогена клаудикација или симптоми кои укажуваат на хронична компресија на нервниот корен, и
- Радиолошки потврдено постоење на компресија на cauda equina и/или компресија на коренот на нервот (компјутеризирана томографија, магнетна резонанција или миелографија).

ДИФЕРЕНЦИЈАЛНА ДИЈАГНОЗА

- Болка во грбот: диференцијална дијагноза како и за вообичаената болка во грбот (1). Симптоми од долните екстремитети; диференцијалната дијагноза треба да ги земе предвид и можноста од локална етиологија и други фактори.
- Васкуларна клаудикација (2).
  - Болката е вообичаено во потколениците и се намалува со одмор (наведнувањето нанапред не ја намалува болката); возењето велосипед е предизвикувачки фактор за појава на клаудикацијата.
- Пролапс на дискус во лумбалниот дел од 'рбетниот столб.
  - Позитивниот знак на Laseque сугерира постоење на пролапс, но не го исклучува постоењето на ЛСС.
- Остеоартритис на коленото и колкот (3), (трохантеричен) бурзитис.
- Миелопатија како причина за потешкотии при одењето.
  - Позитивен знак на Бабински, спастичност на долните екстремитети и/или засилени тетивни рефлекси треба да предизвикаат сомнение.
- Компресија на нерв во долниот екстремитет (4).
  - Meralgia paresthetica (компресија на n.cutaneus femoris lateralis).
  - Инволвирање на n. peroneus communis или на n. tibialis posterior.
  - Мортонова невралгија кај болки во стапалото (6).
- Невролошки и други причини.
  - На пример, полиневропатија (7), мултипна склероза (8), спинални тумори.
- Мускулни предизвикувачки точки во лумбалниот дел од 'рбетниот столб/задникот/долните екстремитети може да предизвикаат локална болка. Понекогаш тие би предизвикале само неспецифични абнормалности во рефлексните одговори или тие се отсутни.
  - Предизвикувачката точка може да се анестезира како дијагностички и терапевтски тест.

ТРЕТМАН

- Исходот кај пациентите со ЛСС е умерено добар без примена на хируршки третман (4,5,6) и затоа, најпрвин, треба да се направи обид со конзервативен третман. „Внимателно следење" е доволен третман кај кај одреден број на пациенте.
- Согласно со наодите од системски прегледи, декомпресивна хирургија со последователна фузија во случаи каде е индицирана, е поефективна кај симптоматски пациенте кај кои конзервативниот третамн е неуспешен за периодот од 3-6 месеци (18).
- Подобрените резултати (болка, функционални можности) што се добиваат кај пациентите со симптоматска ЛСС, а се третирани хируршки, траат од 4 до 19 години. При следење на овие пациенте нотирано е намалување на реултатите во период од 8 до 10 години (7,15,16)

Конзервативен третман

- Постојат многу малку научни докази за ефективноста на конзервативниот третман (20).
- Индикации за конзервативен третман се:
  - Пациентот е способен да ги толерира симптомите.
  - Пациентот може да функционира адекватно во однос на секојдневните животни активности.
  - Пациентот е способен да изоди неколку стотини метри.
- Физикална терапија (7)

- Пациентот се охрабрува да ги извршува нормалните дневни активности.
- Заземање на положби при кои се намалува болката, ергономски тренинг, паузи на одмор за опоравување, ротација на работното место.
- Целта на физикалната терапија е да се намали болката и затегнатоста во миофасцијалните ткива во лумбалниот дел од 'рбетниот столб.
- Третманот, исто така, вклучува и флексивни вежби за лумбалниот дел од 'рбетниот столб, вежби за истегнување, со цел да се намали затегнатоста во мускулите на натколеницата и m. psoas, како и носење на спинална ортоза (која го држи 'рбетниот столб во положба на лесна флексија).
- Индивидуални вежби, со цел да се активираат и истегнат мускулите на трупот, особено абдоминалните мускули.
- Терапевтски ултразвук, транскутана електрична нервна стимулација

- Аналгетска терапија
  - Аналгезија (paracetamol, NSAID, опиоиди со умерено дејство доколку е потребно); дозирањето треба да биде според интензитетот и појавата на симптомите.
  - Долготрајната употреба на опиоиди може да се земе во предвид кај рефракторнторна болка (со мониторирање на одговорот на терапија), откако дијагнозата е верификувана, а, на пример, ако хируршкиот третман не дал резултат.
    - Долготрајната употреба на опиоиди со силно дејство може да ја препише само лекар специјалист (физијатар, лекар во клиника или хирург).
    - Третманот треба да се мониторира во согласност со локалните протоколи.
- Епидурален блок со анестетик може да доведе краткотрајно ослободување од болката и подобрување на функционалните можности (8,20), но оваа метода е асоцирана со ризик од влошување на прогнозата (болка, функционални можности) во случаи што се следени 4 години (21).

Хируршки третман

- Хируршкиот третман кај пациенте со ЛСС што се следени 4 години се покажал како поефективен во однос на конзервативниот третман (22). Затоа операцијата треба да се има во предвид кај случаите каде конзервативната терапија, во период од 3 до 6 месеци, не покажала резултати.
- Синдромот на кауда еквина и парапарезите побаруваат ургентна хируршка процена. Развојот на дегенеративна ЛСС, вооби;аено, е спора.
- Операција се препорачува врз база на радиолошките наоди што ја потврдуваат спиналната стеноза, како и врз основа на анамнестичките податоци и објективниот физикален наод.
- Индикации за хируршки третман:
  - Тешка или нетолерантна болка и/или функционално онеспособување штон е се подобрувасо конзервативниот третман.
  - Постепено намалување на дистанцата на одење(<200-300m).
    - Оваа дистанца треба да се анализира во корелација со годините, други заболувања и симптоми. Кај помлади пациенти, дури и поумерени симптоми можат да бидат сигнификантни, така да млад пациент кој оди и повеќе од километар, треба да биде предмет на хируршка процена и третман (7,13,19,23).
- Во просек, 64 % од пациентите третирани хируршки имаат добар или одличен исход (9). Направен е систематски преглед на предоперативните предиктивни фактори (10). Престанок на пушење го подобрува опоравувањето по операција (24,25). Треба да се обрне внимание на депресивните симптоми кои што треба да се третираат и пре- и постоперативно, бидејќи тие се предиктивен фактор за полош опоравување (13,23). Кај ЛСС, предоперативните фактори кои предвидуваат подобар постоперативен исход вклучуваат:
  - изразено стеснување на спиналниот канал (11,12),
  - подобра способност за одење по проценката на самиот пациент (13,17),
  - подобра општа здравствена состојба по проценката на самиот пациент (13,14).

- Фактори кои придонесуваат за полош постоперативен исход вклучуваат:
  - Предоперативна лумбална сколиоза (14),
  - Кардиоваскуларно заболување (13),
  - Прекумерна телесна маса (ја намалува сатисфакцијата од операцијата) (26),
  - Истовремено постоење на друго заболување кое влијае на способноста за одење (11) (на пр. асоцирана остоеартза на колкот со ЛСС, ја отежнува субјективната процена од ефектите на оперативниот третман (24).
- Претходна операција на грбот, како и возраст над 75 години, се предиктивни фактори што ги намалуваат ефектите од операцијата, но и овие пациенти чуствуваат бенефит од хируршкиот третман (24).
- Не можеме да се потпреме исклучително на предиктивните фактори при донесувањето на одлука за хируршки зафат.
- Рутинската постоперативна рехабилитација кај амбулантски пациенти не ги подобрува резултатите на групно ниво (24).

ПОВРЗАНИ ИЗВОРИ (КОХРАНОВИ ПРЕГЛЕДИ)

- Декомпресивна ламинектомија може да биде најдобра хируршка метода за лекување на ЛСС ако симптомите траат помалку од 8 години (ниво на доза - С).
- Хируршкиот третман кај тешка и умерена ЛСС ги подобрува симптомите и функционалниот статус за време на првите постоперативни години споредно со козервативниот третман, но по 8 до 10 години нема разлика меѓу групите (ниво на доказ - А).

РЕФЕРЕНЦИ

1. Mazanec DJ, Podichetty VK, Hsia A. Lumbar canal stenosis: start with nonsurgical therapy. Cleve Clin J Med 2002 Nov;69(11):909-17. **PubMed**
2. Katz JN, Dalgas M, Stucki G et al. Degenerative lumbar spinal stenosis. Diagnostic value of the history and physical examination. Arthritis Rheum 1995 Sep;38(9):1236-41. **PubMed**
3. Katz JN, Dalgas M, Stucki G, Lipson SJ. Diagnosis of lumbar spinal stenosis. Rheum Dis Clin North Am 1994 May;20(2):471-83. **PubMed**
4. Hurri H, Slätis P, Soini J, Tallroth K, Alaranta H, Laine T, Heliövaara M. Lumbar spinal stenosis: assessment of long-term outcome 12 years after operative and conservative treatment. J Spinal Disord 1998 Apr;11(2):110-5. **PubMed**
5. Onel D, Sari H, Dönmez C. Lumbar spinal stenosis: clinical/radiologic therapeutic evaluation in 145 patients. Conservative treatment or surgical intervention? Spine 1993 Feb;18(2):291-8. **PubMed**
6. Johnsson KE, Rosén I, Udén A. The natural course of lumbar spinal stenosis. Clin Orthop Relat Res 1992 Jun;(279):82-6. **PubMed**
7. Malmivaara A, Slätis P, Heliövaara M, et al; Finnish Lumbar Spinal Research Group. Surgical or nonoperative treatment for lumbar spinal stenosis? A randomized controlled trial. Spine 2007;32:1-8 **PubMed**
8. Rydevik BL, Cohen DB, Kostuik JP. Spine epidural steroids for patients with lumbar spinal stenosis. Spine 1997 Oct 1;22(19):2313-7. **PubMed**
9. Turner JA, Ersek M, Herron L, Deyo R. Surgery for lumbar spinal stenosis. Attempted meta-analysis of the literature. Spine 1992 Jan;17(1):1-8. PubMed
10. Aalto TJ, Malmivaara A, Kovacs F et al. Preoperative predictors for postoperative clinical outcome in lumbar spinal stenosis: systematic review. Spine 2006 Aug 15;31(18):E648-63. PubMed
11. Jönsson B, Annertz M, Sjöberg C, Strömqvist B. A prospective and consecutive study of surgically treated lumbar spinal stenosis. Part II: Five-year follow-up by an independent observer. Spine 1997 Dec 15;22(24):2938-44. **PubMed**

12. Herno A, Airaksinen O, Saari T, Miettinen H. The predictive value of preoperative myelography in lumbar spinal stenosis. Spine 1994 Jun 15;19(12):1335-8. **PubMed**
13. Katz JN, Stucki G, Lipson SJ, Fossel AH, Grobler LJ, Weinstein JN. Predictors of surgical outcome in degenerative lumbar spinal stenosis. Spine 1999 Nov 1;24(21):2229-33. **PubMed**
14. Frazier DD, Lipson SJ, Fossel AH, Katz JN. Associations between spinal deformity and outcomes after decompression for spinal stenosis. Spine 1997 Sep 1;22(17):2025-9. **PubMed**
15. Weinstein JN, Tosteson TD, Lurie JD et al; SPORT Investigators. Surgical versus nonsurgical therapy for lumbar spinal stenosis. N Engl J Med 2008 Feb 21;358(8):794-810. **PubMed**
16. Atlas SJ, Keller RB, Wu YA, Deyo RA, Singer DE. Long-term outcomes of surgical and nonsurgical management of lumbar spinal stenosis: 8 to 10 year results from the maine lumbar spine study. Spine 2005 Apr 15;30(8):936-43. **PubMed**
17. Iversen MD, Daltroy LH, Fossel AH, Katz JN. The prognostic importance of patient pre-operative expectations of surgery for lumbar spinal stenosis. Patient Educ Couns 1998 Jun;34(2):169-78. **PubMed**
18. Kovacs FM, Urrútia G, Alarcón JD. Surgery versus conservative treatment for symptomatic lumbar spinal stenosis: a systematic review of randomized controlled trials. Spine (Phila Pa 1976) 2011;36(20):E1335-51. PubMed
19. Weinstein JN, Tosteson TD, Lurie JD et al. Surgical versus nonoperative treatment for lumbar spinal stenosis four-year results of the Spine Patient Outcomes Research Trial. Spine (Phila Pa 1976) 2010;35(14):1329-38. PubMed
20. Ammendolia C, Stuber K, de Bruin LK et al. Nonoperative treatment of lumbar spinal stenosis with neurogenic claudication: a systematic review. Spine (Phila Pa 1976) 2012;37(10):E609-16. PubMed
21. Radcliff K, Kepler C, Hilibrand A et al. Epidural steroid injections are associated with less improvement in patients with lumbar spinal stenosis: a subgroup analysis of the Spine Patient Outcomes Research Trial. Spine (Phila Pa 1976) 2013;38(4):279-91. PubMed
22. Tosteson AN, Tosteson TD, Lurie JD et al. Comparative effectiveness evidence from the spine patient outcomes research trial: surgical versus nonoperative care for spinal stenosis, degenerative spondylolisthesis, and intervertebral disc herniation. Spine (Phila Pa 1976) 2011;36(24):2061-8. PubMed
23. Sinikallio S, Aalto T, Airaksinen O et al. Depression is associated with a poorer outcome of lumbar spinal stenosis surgery: a two-year prospective follow-up study. Spine (Phila Pa 1976) 2011;36(8):677-82. PubMed
24. Aalto T, Sinikallio S, Kröger H et al. Preoperative predictors for good postoperative satisfaction and functional outcome in lumbar spinal stenosis surgery--a prospective observational study with a two-year follow-up. Scand J Surg 2012;101(4):255-60. PubMed
25. Sandén B, Försth P, Michaëlsson K. Smokers show less improvement than nonsmokers two years after surgery for lumbar spinal stenosis: a study of 4555 patients from the Swedish spine register. Spine (Phila Pa 1976) 2011;36(13):1059-64. PubMed
26. Knutsson B, Michaëlsson K, Sandén B. Obesity is associated with inferior results after surgery for lumbar spinal stenosis: a study of 2633 patients from the Swedish spine register. Spine (Phila Pa 1976) 2013;38(5):435-41. PubMed

Автор: Timo Aalto Article ID: ebm00436 (020.033) © 2014 Duodecim Medical Publications Ltd

1. **EBM Guidelines, 31.01.2014, www.ebm-guidelines.com**
2. **Упатството треба да се ажурира еднаш на 3 години.**
3. **Предвидено е следно ажурирање до мај 2017 година.**

Ажурирал: Проф. д-р Миле Петровски
Координатор: Проф. д-р Катица Зафировска

1454.

Врз основа на член 27 став (1) од Законот за здравствената заштита („Службен весник на Република Македонија“ број 43/12, 145/12, 87/13, 164/13, 39/14, 43/14, 132/14, 188/14 и 10/15), министерот за здравство донесе

У П А Т С Т В О
ЗА МЕДИЦИНСКОТО ЗГРИЖУВАЊЕ ПРИ БУРЗИТИС (ПАТЕЛА И ЛАКТ)

Член 1

Со ова упатство се утврдува медицинското згрижување при бурзитис (патела и лакт).

Член 2

Начинот на медицинското згрижување при бурзитис (патела и лакт) е даден во прилог, кој е составен дел на ова упатство.

Член 3

Здравствените работници и здравствените соработници ја вршат здравствената дејност на медицинското згрижување при бурзитис (патела и лакт) по правило согласно ова упатство.

По исклучок од став 1 на овој член, во поединечни случаи по оценка на докторот може да се отстапи од одредбите на ова упатство, со соодветно писмено образложение за причините и потребата за отстапување и со проценка за натамошниот тек на згрижувањето, при што истото од страна на докторот соодветно се документира во писмена форма во медицинското досие на пациентот.

Член 4

Со денот на влегувањето во сила на ова упатство престанува да важи Упатството за практикување на медицина заснована на докази при бурзитис (патела и лакот) („Службен весник на Република Македонија“ бр. 14/13)..

Член 5

Ова упатство влегува во сила наредниот ден од денот на објавувањето во „Службен весник на Република Македонија“.

Бр. 17-2395/1
27 февруари 2015 година
Скопје

Министер,
Никола Тодоров, с.р.

Прилог

БУРЗИТИС (ПАТЕЛА И ЛАКТ)

МЗД Упатство

2.9.2013 • Последна промена на 2.9.2013

Jerker Sandelin

- Основни податоци
- Септичен бурзитис
- Асептичен акутен и хроничен бурзитис

ОСНОВНИ ПОДАТОЦИ

- Препателарниот и бурзитисот на олекрапонот кои се локализирани поткожно лесно се повредуваат со контузија на тие регии. Бурзитисите можат да се класифицираат во акутни, хронични, асептични и септични.
- Септичен бурзитис треба да се дијагностицира и веднаш да се третира со антибиотик.

СЕПТИЧЕН БУРЗИТИС

- Суспектен е септичен бурзитис ако регијата на бурзата брзо станува болна и црвена, или ако пациентот има треска. Фактори на предиспозиција често се соседни повреди, на пример, лезија на кожата или повреда од директен притисок или триење (на пример, клечење при работа).
- Ако е суспектен септичен бурзитис, бурзата треба да се пунктира и да се земе култура на крв во шише (nnd-**C**) (едно шише аеробна култура е доволно) или, ако не е достапно вакво шише за култура на крв, може да се употреби епрувета за тест на бактериска култура.
  - при септичен бурзитис, примерокот е секогаш нешто крвав и црвеникав.
  - ќелиите во течноста на бурзата најчесто се гранулоцитни со број на леукоцити над 2000 x 10^6/l (nnd-**C**), но апсолутниот број на ќелии не е сигурен за разликување на септичен и асептичен бурзитис (кај појава на септичен бурзитис може да се најдат малку ќелии).
- Концентрацијата на серумски CRP се зголемува кај септичен бурзитис, обично за 12 часа од првите симптоми.
- Во практика, самата суспектност на бактериски бурзитис претставува индикација за антибактериска терапија, откако ќе се земе бактериска култура.
- Септичен бурзитис: антибиотик против стафилококи (цефалоспорински дериват, клоксацилин итн.) и дренажа на бурзата со аспирација или, ако е потребно, со инцизија. Третманот се претпо;ита да започне парентерално (цефуроксин 750 mg и. в. или и. м. 3 пати дневно или цефтриаксон 1g и. м. еднаш дневно, во текот на неколку дена. Инјекциите може да се дадат и амбулантски. Третманот продолжува со цефалексин 500mg 3 x дневно.

АКУТЕН АСЕПТИЧЕН И ХРОНИЧЕН БУРЗИТИС

- Акутен асептичен бурзитис:обично настанува со ненадејна повреда со нагмечување. Бурзата е полни со крв, има оток над зглобот и активните движења во зглобот се болни. Третманот се состои од мирување, крио терапија и аналгетици.
  - Ако бурзата е со преголем оток, неопходно е пункција и аспирашија на крвта за да се намали болката.

- Хроничниот бурзитис е последица од повторни повреди. Бурзата е полна со течност, нејзините ѕидови се дебели и нејзината шуплина често е мултилокуларна.
  - Третманот се состои од дренажа на бурзата и инјекција на долгоделувачки кортикостероид (метилпреднизолон или тријамцинолон со долго дејство). Инјекцијата може да се повтори после 2 до 4 недели, ако резултатот од првата инјекција не задоволува.
  - Кај пролонгираните случаи и кога бурзата дава јасни нарушувања, мое да се отстрани хируршки
- Трохантеричен бурзитис , види упатство за трохантерична болка

Последен преглед за ажурирање на 2.9.2013 • Последна промена на 2.9.2013

Article ID: ebm00394 (020.046)
© 2014 Duodecim Medical Publications Ltd

1. **EBM Guidelines,** 2.9.2013**, www.ebm-guidelines.com**
2. **Упатството треба да се ажурира еднаш на 3 години.**
3. **Предвидено е следно ажурирање 2016 година.**

Упатството го ажурирала: Проф. Д-р. Катица Зафировска
Координатор: Проф. Д-р. Катица Зафировска

1455.

Врз основа на член 27 став (1) од Законот за здравствената заштита („Службен весник на Република Македонија“ број 43/12, 145/12, 87/13, 164/13, 39/14, 43/14, 132/14, 188/14 и 10/15), министерот за здравство донесе

У П А Т С Т В О
ЗА МЕДИЦИНСКОТО ЗГРИЖУВАЊЕ ПРИ БОЛНИ СОСТОЈБИ НА ГЛУЖДОТ И СТАПАЛОТО КАЈ ВОЗРАСНИ

Член 1

Со ова упатство се утврдува медицинското згрижување при болни состојби на глуждот и стапалото кај возрасни.

Член 2

Начинот на медицинското згрижување при болни состојби на глуждот и стапалото кај возрасни е даден во прилог, кој е составен дел на ова упатство.

Член 3

Здравствените работници и здравствените соработници ја вршат здравствената дејност на медицинското згрижување при болни состојби на глуждот и стапалото кај возрасни по правило согласно ова упатство.

По исклучок од став 1 на овој член, во поединечни случаи по оценка на докторот може да се отстапи од одредбите на ова упатство, со соодветно писмено образложение за причините и потребата за отстапување и со проценка за натамошниот тек на згрижувањето, при што истото од страна на докторот соодветно се документира во писмена форма во медицинското досие на пациентот.

Член 4

Со денот на влегувањето во сила на ова упатство престанува да важи Упатството за практикување на медицина заснована на докази при болни состојби на глуждот и стапалото кај возрасни („Службен весник на Република Македонија“ бр.14/13)..

Член 5

Ова упатство влегува во сила наредниот ден од денот на објавувањето во „Службен весник на Република Македонија“.

Бр. 17-2394/1
27 февруари 2015 година
Скопје

Министер,
Никола Тодоров, с.р.

Прилог

БОЛНИ СОСТОЈБИ НА ГЛУЖДОТ И СТАПАЛОТО КАЈ ВОЗРАСНИ

МЗД Упатство
2.7.2013 • Последна промена 24.8.2009

Pentti Kallio

- Болно стапало (Антериорна метатарзалгија)
- Стресна фрактура на метатарзални коски
- Morton-ово заболување
- Облитерантна артериосклероза
- Плантарен фасцитис
- Референци

- Следните нарушувања обично се детектираат лесно на база на возраста, локацијата на симптомите и рендгенографијата:
  - Freiberg-ова болест
  - Прекумерна навикуларна коска (os tibiale externum)
  - Рамно стапало (pes planovalgus).
- Hallux valgus

БОЛЕН ПРЕДЕН ДЕЛ НА СТАПАЛОТО (АНТЕРИОРНА МЕТАТАРЗАЛГИЈА)

- Болна состојба на втората и третата метатарзална глава предизвикана од колапс на трансверзалниот свод, ревматоидни артритис или остеоартритис на метатарзофалангеалните зглобови.
- Типично се јавува кај средовечни и постари лица, особено кај жени кои носат чевли со високи потпетици.
- Колапс на трансверзалниот свод предиспонира hallux valgus, прст како чекан и Morton-ова болест.
- Товарот може да се намали со метатарзална пречка. Јаки и пролонгирани симптоми, особено оние предизвикани од ревматоиден артритис може да се третираат со отстранување на метатарзалните глави (Hybinette-ова процедура)

СТРЕС ФРАКТУРА НА МЕТАТАРЗАЛНИ КОСКИ

- Предизвикана од пролонгиран невообичаен стрес и е типична за воени регрути.
- Фрактурата во почетокот не може да се види на рендгенографска снимка, но се покажува на магнетна резонанција (MRI). Радиографски, калус се појавува три недели после појавата на симптомите. Третманот се состои од времено намалување на стресот врз афектираното стапало.

MORTON-ОВА БОЛЕСТ

- Неурома на интердигиталната гранка, најчесто помеѓу третата и четвртата метатарзална глава.
- Болката се зголемува при тесни чевли и мануелна странична компресија на предниот дел на стапалото.

- Состојбата е најчеста кај средовечни жени .
- Третманот се состои од носење чевли со инсерирано метатарзално перниче за да го поткрепи трансверзалниот свод. Ако симптомите сè уште перзистираат, се прави обид со локални стероидни анестетички инјекции. Чевлите треба да се доволно комотни и да имаат ниска потпетица. Може да се земе предвид хируршка ексцизија на неуромот (ннд-**D**). Неизбежен несакан ефект на хируршкиот зафат е хипоестезија на интердигиталната регија.

ОБЛИТЕРАНТНА АРТЕРИОСКЛЕРОЗА

- Дистална артериска опструкција може да предизвика трпнење на табанот или болка при одење.

ПЛАНТАРЕН ФАСЦИТИС

- Види го упаството за болка во петицата

Последен пат прегледано за ажурирање на 2.7.2013 • Последна промена 24.8.2009

Article ID: ebm00996 (020.050)
© 2014 Duodecim Medical Publications Ltd

1. **EBM Guidelines, 2.7.2013, www.ebm-guidelines.com**
2. **Нема промени во упатството до 2014 година**
3. **Упатството треба да се ажурира по 1 година**
4. **Предвидено следно ажурирање во 2015 г**

Упатството го ажурирала: Проф. Д-р. Катица Зафировска
Координатор: Проф. Д-р. Катица Зафировска

1456.

Врз основа на член 27 став (1) од Законот за здравствената заштита („Службен весник на Република Македонија“ број 43/12, 145/12, 87/13, 164/13, 39/14, 43/14, 132/14, 188/14 и 10/15), министерот за здравство донесе

У П А Т С Т В О
ЗА МЕДИЦИНСКОТО ЗГРИЖУВАЊЕ ПРИ БОЛКА ВО ПРЕПОНИТЕ

Член 1

Со ова упатство се утврдува медицинското згрижување при болка во препоните.

Член 2

Начинот на медицинското згрижување при болка во препоните е даден во прилог, кој е составен дел на ова упатство.

Член 3

Здравствените работници и здравствените соработници ја вршат здравствената дејност на медицинското згрижување при болка во препоните по правило согласно ова упатство.

По исклучок од став 1 на овој член, во поединечни случаи по оценка на докторот може да се отстапи од одредбите на ова упатство, со соодветно писмено образложение за причините и потребата за отстапување и со проценка за натамошниот тек на згрижувањето, при што истото од страна на докторот соодветно се документира во писмена форма во медицинското досие на пациентот.

Член 4

Со денот на влегувањето во сила на ова упатство престанува да важи Упатството за практикување на медицина заснована на докази при болка во препоните („Службен весник на Република Македонија“ бр. 14/13).

Член 5

Ова упатство влегува во сила наредниот ден од денот на објавувањето во „Службен весник на Република Македонија“.

Бр. 17-2393/1
27 февруари 2015 година
Скопје

Министер,
Никола Тодоров, с.р.

Прилог

БОЛКА ВО ПРЕПОНИТЕ

МЗД Упатство
03.02.2014

- Основни податоци
- Деца и адолесценти
- Возрасни и постари пациенти
- Тестирање

ОСНОВНИ ПОДАТОЦИ

- Треба да се идентификуваат септични инфекции кои бараат итен третман.
- Треба да се има на ум можна фрактура на вратот на фемурот (вклучувајќи стрес фрактура) за да се одбегне дополнително оштетување како резултат на оптоварувањето пред рендгенографија.

ДЕЦА И АДОЛЕСЦЕНТИ

- Стрес-индуцирана повреда на лигамент или мускул.
  - Лезија или стресна состојба на мускулите аддуктори на бедрото е честа состојба што резултира со болна или слабо форсирана аддукција на бедрото во клиничкиот преглед. Лезијата најчесто се сретнува кај атлетичари (исто така, и кај возрасните): во мускулот (раскинување), во аддукторната тетива (тендинитис) или во мускулната инсерција (ентезитис).
  - Тендинопатија или бурситис на m. ileopsoas може да предизвика болка во препоните. Форсирана флексија на колкот е болна или недостасува мускулна сила.
  - Кај здружени тетивни повреди (спортски хернии), мускулите на долниот абдомен (најчесто косите абоминални мускули и нивните тетиви) себолни, а воедно нема вдлива кила. Постојат едностранн, неодредени, тапи болки во средните или долните партии на абдоменот при истегнување кои што се доволно интензивни за да го оневозможат вежбањето.
  - Стерилна инфламација на пубичната коска (osteitis pubis) може да предизвика болка во препоните. Болката се чуствува унилатерално или во средниот или долниот дел на мевот. Пубичната симфиза е болна на притисок.
- Акутен синовитис на зглобот на колкот кај преадолесцентни пациенти.
  - Често после респираторна инфекција.
  - Јасна ограниченост на внатрешната ротација на зглобот на колкот.
- Стресна фрактура на вратот на фемурот или пубичната коска кај воени регрути.
  - Како резултат на крајно напрегање.
- Епифизиолиза на главата на фемурот.
  - Машки тинејџери со преголема телесна тежина.
- Остеонекроза на епифизата на на вратот на фемурот (Perthes-ова болест)
  - Вообичаена кај момчиња од 5 до 9 години.
- Тумори на коската.
  - Најчест е остеоид остеома.
  - Ноќна болка .
- Реактивен артритис, ревматоиден артритис
  - Обично има симптоми и во други зглобови
- Септичен артритис.
  - Треска.
- Болен лимфен јазол во препоните.

- Еризипел, туларемија, генитална инфекција или инфекција на долен екстремитет.
- Ингвинална хернија.
- Бурзитис во регијата на колкот.
- Ганглион во регијата на колкот.
  - Обично асоцира со раскинување на 'рскавичното лабриум.
- Пренесена болка.
  - При уретерна колика болката се шири на страна над препоните.
  - Пренесена болка може да потекнува од простатата и тестисите.

ВОЗРАСНИ И ПОСТАРИ ПАЦИЕНТИ

- Во додаток на претходно изнесеното:
  - Остеоартритис на колкот.
    - Ограничен е обемот на движење во колкот, особено внатрешна ротација.
    - Рендгенографијата покажува остеоартритични промени.
  - Воспаление или повреда на сакроилиакалниот зглоб (СИ).
    - Провоцирачките тестови на СИ зглоб може да се позитивни.
    - Одењето и физичкиот напор ја влошуваат болката (одењето често ја ублажува болката која е предизвикана од грбот).
  - Потфатеност на нерви.
    - Kaj meralgia paresthetica (потфатеност на n. cutaneus femoris lateralis) болката се локализира антеролатерално на бедрото. Болката е комбинирана со вкочанетост и трпнење. Пациентите, често имаат голема телесна тежина.
    - N. ilioinguinalis, n.obturatorius, n.genitofemoralis: болка внатре во бедрото.
    - Во иритација на горните лумбални (Л1-Л2) нервни корени болката, исто така, може да се проектира во препоните.
  - Фрактура на вратот на фемурот.
    - Можно е постоење на импактирана фрактура наспроти можноста за одење.
  - Остеонекроза на феморалниот врат.
    - На пример, кај третман со гликококортикоиди

ТЕСТИРАЊЕ

- Рендгенографијата секогаш е неопходна кога се работи за суспектна болка што произлегува од зглобот на колкот или фемурот.
  - Индикации за рендгенографија на зглоб на колк кај деца (види го претходниот текст).
- Освен при суспектност на фрактура, рендгенографија не е неопходно во неработни часови, но се забранува оптоварување пред да се исклучи фрактура.
- Ултразвукот покажува течност во зглобот на колкот и можен бурзитис или ганглитис.
- Скен на коскатата е индициран при пролонгирана болка ако рендгенографијата е нормална (стрес фрактура на вратот на фемурот, аваскуларна некроза, тумор).

Автори: Jaro Karppinen и Kaj Sundquist Article ID:ebm00416 (020.034) © 2014 Duodecim Medical Publications Ltd

1. EBM Guidelines, 03.02.2014, www.ebm-guidelines.com
2. Упатството треба да се ажурира еднаш на 3 години.
3. Предвидено е следно ажурирање до февруари 2017 година.

Ажурирал: Проф. д-р Миле Петровски
Координатор: Проф. д-р Катица Зафировска

1457.

Врз основа на член 27 став (1) од Законот за здравствената заштита („Службен весник на Република Македонија“ број 43/12, 145/12, 87/13, 164/13, 39/14, 43/14, 132/14, 188/14 и 10/15), министерот за здравство донесе

У П А Т С Т В О
ЗА МЕДИЦИНСКОТО ЗГРИЖУВАЊЕ ПРИ БОЛКА ВО ПОТКОЛЕНИЦА

Член 1

Со ова упатство се утврдува медицинското згрижување при болка во потколеница.

Член 2

Начинот на медицинското згрижување при болка во потколеница е даден во прилог, кој е составен дел на ова упатство.

Член 3

Здравствените работници и здравствените соработници ја вршат здравствената дејност на медицинското згрижување при болка во потколеница по правило согласно ова упатство.

По исклучок од став 1 на овој член, во поединечни случаи по оценка на докторот може да се отстапи од одредбите на ова упатство, со соодветно писмено образложение за причините и потребата за отстапување и со проценка за натамошниот тек на згрижувањето, при што истото од страна на докторот соодветно се документира во писмена форма во медицинското досие на пациентот.

Член 4

Со денот на влегувањето во сила на ова упатство престанува да важи Упатството за практикување на медицина заснована на докази при болка во потколеницата („Службен весник на Република Македонија“ бр.14/13)..

Член 5

Ова упатство влегува во сила наредниот ден од денот на објавувањето во „Службен весник на Република Македонија“.

Бр. 17-2392/1
27 февруари 2015 година
Скопје

Министер,
Никола Тодоров, с.р.

Прилог

БОЛКА ВО ПОТКОЛЕНИЦАТА

МЗД Упатство
30.09.2013

- Основни податоци
- Симптоми, знаци и дијагностички клучеви
- Клинички испитувања

ОСНОВНИ ПОДАТОЦИ

- Веднаш да се дијагностицира акутна артериска оклузија, длабока венска тромбоза и еризипел.
- Да се препознае критична исхемија и пациентот итно да се упати.
- Да се препознае компартмент синдром и стрес фрактура (кои се вообичаени кај воени регрути и атлети)

СИМПТОМИ, ЗНАЦИ И ДИЈАГНОСТИЧКИ КЛУЧЕВИ

- Види табела бр. 1.

Табела бр. 1. Симптоми, знаци и дијагностички клучеви кај болка во потколеницата.

Симптом или знак	**Дијагностички клуч**
Едем на потколеницата или глуждот	• Длабока венска тромбоза • Инсуфициентни валвули во длабоките вени (stasis eczema) • Руптурирана Baker-ова циста (анамнеза за маса во поплитеалната јама)
Еритема на кожата	Еризипел
Локална болка на кожата	Суперфицијален тромбофлебитис
Интермитентна клаудикација	• Исхемија на долен екстремитет 4 (слаби или отсутни пулсеви, низок глужд- брахијален индекс на доплер ултрасонографија) • Спинална стеноза
Болка во грбот влошена при виткање наапред 6 Болка блиску до петицата	Радикуларен синдром како резултат на дискус хернија Повреда на Ахиловата тетива
Воени регрути и атлети	• Стрес фрактура (локална осетливост на тибија) • Компартмент синдром
Нагол почеток	• Мускулна повреда • Руптурирана Baker-ова циста • Артериска емболија (студенило, отсуство на пулс, бледило)

КЛИНИЧКИ ПРЕГЛЕД

- Да се локализира болката со анамнеза, палпација и тест на подигање на исправена нога.
- Да се препознае едем на глуждот со притискање со прст доволно долго .
- Да се палпираат периферните пулсеви (само јак пулс е дефинитивно нормален)
- Да се испитаат артериите (и вените) со доплер стетоскоп ако е на располагање .
- Длабоката венска тромбоза може да биде исклучена кај пациенти со низок ризик со д-димер тест во примарната здравствена нега .

Автори: Едиторски тим Article ID: ebm00100 (005.011) © 2014 Duodecim Medical Publications Ltd

1.EBM Guidelines, 30.09.2013, www.ebm-guidelines.com
2.Упатството треба да се ажурира еднаш на 3 години.
3.Предвидено е следно ажурирање до декември 2016 година.

Ажурирал: Проф. д-р Миле Петровски
Координатор: Проф. д-р Катица Зафировска

1458.

Врз основа на член 27 став (1) од Законот за здравствената заштита („Службен весник на Република Македонија“ број 43/12, 145/12, 87/13, 164/13, 39/14, 43/14, 132/14, 188/14 и 10/15), министерот за здравство донесе

У П А Т С Т В О
ЗА МЕДИЦИНСКОТО ЗГРИЖУВАЊЕ ПРИ АХИЛОВА ТЕНДИНОПАТИЈА И РУПТУРА НА АХИЛОВА ТЕТИВА

Член 1

Со ова упатство се утврдува медицинското згрижување при ахилова тендинопатија и руптура на ахилова тетива.

Член 2

Начинот на медицинското згрижување при ахилова тендинопатија и руптура на ахилова тетива е даден во прилог, кој е составен дел на ова упатство.

Член 3

Здравствените работници и здравствените соработници ја вршат здравствената дејност на медицинското згрижување при ахилова тендинопатија и руптура на ахилова тетива по правило согласно ова упатство.

По исклучок од став 1 на овој член, во поединечни случаи по оценка на докторот може да се отстапи од одредбите на ова упатство, со соодветно писмено образложение за причините и потребата за отстапување и со проценка за натамошниот тек на згрижувањето, при што истото од страна на докторот соодветно се документира во писмена форма во медицинското досие на пациентот.

Член 4

Со денот на влегувањето во сила на ова упатство престанува да важи Упатството за практикување на медицина заснована на докази при ахилова тендинопатија и руптура на ахиловата тетива („Службен весник на Република Македонија“ бр. 14/13).

Член 5

Ова упатство влегува во сила наредниот ден од денот на објавувањето во „Службен весник на Република Македонија“.

Бр. 17-2391/1
27 февруари 2015 година
Скопје

Министер,
Никола Тодоров, с.р.

Прилог

АХИЛОВА ТЕНДИНОПАТИЈА И РУПТУРА НА АХИЛОВАТА ТЕТИВА

МЗД Упатство
31.05.2013

- Основни податоци
- Дефиниција
- Етиологија
- Симптоми и дијагноза
- Третман
- Референци

ОСНОЦНИ ПОДАТОЦИ

- Се препорачува операција кај активни спортисти и во случаи кога се јавува хроницитет.
- Конзервативвен третман е добра алтернатива за третман на акутна руптура кај пациенти со нормална активност како и кај посттари, неактивни пацоенти.

ДЕФИНИЦИЈА

- Воспалението на ткивата околу Ахиловата тетива порано се именувало како перитендинитис, а воспалението на тетивата како тендинитис - и двете се исто патолошки дијагнози. Во текот на последните неколку години, овие два термина се заменети во клиничката примена на терминот тендинопатија, што се карактеризира со болка во пределот на Ахиловата тетива, оток и нарушена функција (1).
- Според времетраењето на симптомите, тендинопатијата може да се класифицира како: акутна (<2 недели,), субакутна (2 до 6 недели), супхронична (од 6 недели до 6 месеци) или хронична (>6 месеци).

ЕТИОЛОГИЈА

- Ахиловата тендинопатија е стрес повреда (предизвикана, на пример, од трчање на долги патеки, џогирање, планинарење).
- Инциденцата на руптура на Ахиловата тетива е зголемена во текот на последните неколку декади (5). Руптурата на Ахиловата тетива е типична повреда кај мажи од 30 до 50 години при спортска активност, особено во игри со топка.
- Руптурата може да биде парцијална или комплетна.
- Руптурираната тетива, речиси секогаш покажува дегенеративни промени, иако повеќето од пациентите немале претходни симптоми.
- Употребата на флуорокинолонски антибиотици го зголемува ризикот од руптура на Ахиловата тетива, особено кај пациенти над 60-годишна возраст, и ако истовремено се користат кортикостероиди (ивво на доказ - С) .

СИМПТОМИ И ДИЈАГНОЗА

Тендинопатија

- Болка и оток околу Ахиловата тетива.
- Болка при контракција и истегнување на задната потколенична мускулатура.
- Локална осетливост на палпација од двете страни на Ахиловата тетива.

- Понекогаш се јавува грутка долж средната третина од тетивата.

Руптура на тетивата

- Руптурата на тетивата предизвикува акутна болка која брзо се намалува. Пациентот има чувство како некој да го удрил одзади. Некои руптури може да се безболни.
- Пациентот не е во состојба да стои на прсти. Делумна плантарна флексија во скочниот зглоб понекогаш сè уште е можна бидејќи флексорните тетиви на прстите и перонеусните тетиви сè уште функционираат.
- На местото на руптурата може да се почувствува вдлабнување. Колку е подолго времето поминато од руптурата до прегледот, вдлабнатината се чувствува помалку поради оток и хематом.
- За дијагноза може да се користат следните тестови:
  - При Thompson тестот пациентот лежи во рамна положба при што стапалата го надминуваат работ на креветот. Испитувачот ја притиска задната страна од потколеницата. Отсуството на плантарна флексија во скочниот зглоб е знак за руптура на Ахиловата тетива.
  - Кај Copeland тестот пациентот лежи во рамна положба со коленото во флексија од 90 степени. Манжетната за мерење на крвен притисок се поставува околу потколеницата и се пумпа до 100mm Hg притисок. Пасивната дорзална флексија во скочниот зглоб не го зголемува притисокот во повредената нога, додека е забележано зголемување од приближно 40mm Hg кај здравата нога.
- Ултразвук е потребен кај несигурни случаи и кога поминало долго време помеѓу траумата и испитувањето (9) . Магнетна резонанција може да се примени доколку е потребно да се добијат повеќе информации кај парцијалните руптури на проксималниот дел од тетивата и кај старите руптури.

ТРЕТМАН

Тендинопатија

- Пациентот треба да апстинира од спортски активности кои доведуваат до појава на симптоми; соодветни алтернативни активности се: пливање, аква џогинг и статички велосипед.
- Ексцентрични вежби за комплексот gastrocnemius-soleus (7,8):
  - Стоејќи на работ од скалата, пациентот се крева на прсти со пренесување на тежината од телото на здравото стапало. Потоа тежината се пренесува на афицираното стапало и пациентот ја спушта петицата на ова стапало под работ од скалата. Вежбата се изведува со екстендирано колено (3x15 повторувања) и со лесно флектирано колено (3x15 повторувања), двапати дневно во текот на 3 месеци.
- Вежби за истегнување на мускулите од задната ложа на потколеницата и Ахиловата тетива. Додаток за петицата може да биде корисен.
- Во случај на акутен перитендинитис со крепитации се користи ниско молекуларен хепарин (на приме, fragmin) 100 IE./kg супкутано три дена. Пациентот треба да се советува за зголемениот ризик од хематом. Хеморагична дијатеза е контраиндикација за терапија со хепарин. Бидејќи терапијата со хепарин бара повеќе посети на лекар и е придружена со зголемен ризик од хеморагични компликации, треба да се користи само кај атлетичари кои се натпреваруваат и кои треба брзо да закрепнат
- Антиинфламаторни лекови секогаш се препорачуваат ако симптомите се очигледни (ниво на доказ - **C),** меѓутоа не заедно со хепарин (наместо тоа треба да се користи парацетамол).
- Кај хронична тендинопатија може да се дадат 1 до 2 (но најмногу 3) кортикостероидни инјекции во перитендинеумот на интервали од неколку недели меѓу инјекциите (никогаш во самата тетива поради зголемен ризик од руптура). По апликацијата на

кортикостероидни инјекции, неопходно е мирување барем две недели пред да се преземат потешки активности, а интензитетот мора да се зголемува постепено.

- Хируршки третман е индициран ако хроничната тендинопатија не реагира на конзервативниот третман (6).

РУПТУРА НА АХИЛОВА ТЕТИВА

- Хируршки третман е индициран кај млади пациенти, кај спортисти и кај хронични руптури. Од случаите на руптура третирани хируршки, само кај 1 до 2% ќе се јави повторна руптура. Кај случаите третирани конзервативно овој процент е 10 до 15% (ниво на доказ - А). По хируршкиот зафат, 70% од пациентите се способни да се вратат на спортските активности со исто ниво на интензитет како и пред повредата.
- Пациент со руптура на Ахиловата тетива треба да се упати на проценка кај хирург во текот на првите 24 часа од повредата. Хируршкиот зафат треба да се изведе во рок од една недела од настанувањето на повредата. Доколку хирургот се реши за неоперативен третман со гипсена имобилизација, истиот треба да започне во текот на првите 24 часа од настанувањето на повредата, со цел да се превенира коагулираната крв да ја попречи јукстапозицијата на краевите на тетивата.
- Оперативниот метод може да биде во вид на отворен хируршки зафат или перкутано. Потребни се компаративни студии за да се процени евентуалната предност на една од овие две техники.
- Постоперативното закрепнување на снагата на потколеничната мускулатура е подобро доколку наместо гипсена имобилизација се користи функционална ортоза во текот на 6 недели (ниво на доказ - А) (2,3,4).
- Конзервативниот третман е добар избор за третирање на акутни руптури кај постари, помалку активни пациенти (ниво на доказ - С). Потребни се рандомизирани студии кои ќе ги споредат неоперативниот функционален третман со хируршкиот третман кај помлади активни пациенти.

РЕФЕРЕНЦИ

1. Maffulli N, Khan KM, Puddu G. Overuse tendon conditions: time to change a confusing terminology. Arthroscopy 1998 Nov-Dec;14(8):840-3. **PubMed**
2. Kangas J, Pajala A, Siira P, Hämäläinen M, Leppilahti J. Early functional treatment versus early immobilization in tension of the musculotendinous unit after Achilles rupture repair: a prospective, randomized, clinical study. J Trauma 2003 Jun;54(6):1171-80; discussion 1180-1. **PubMed**
3. Kangas J, Pajala A, Ohtonen P, Leppilahti J. Achilles tendon elongation after rupture repair: a randomized comparison of 2 postoperative regimens. Am J Sports Med 2007 Jan;35(1):59-64. **PubMed**
4. Kangas J. Outcome of total Achilles rupture repair, with special reference to suture materials and postoperative treatment. Thesis. Acta Universitatis Ouluensis, D Medica 922. University of Oulu, 2007
5. Leppilahti J. Achilles tendon rupture with special reference to epidemiology and results of surgery. Thesis. Acta Universitas Ouluensis, D Medica 383. University of Oulu, 1996
6. Paavola M. Achilles tendon overuse injuries. Thesis. Acta Universitatis Tamperensis 824. University of Tampere, 2001
7. Fahlström M, Jonsson P, Lorentzon R, Alfredson H. Chronic Achilles tendon pain treated with eccentric calf-muscle training. Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc 2003 Sep;11(5):327-33. **PubMed**
8. Nørregaard J, Larsen CC, Bieler T, Langberg H. Eccentric exercise in treatment of Achilles tendinopathy. Scand J Med Sci Sports 2007 Apr;17(2):133-8. **PubMed**

9. Kayser R, Mahlfeld K, Heyde CE. Partial rupture of the proximal Achilles tendon: a differential diagnostic problem in ultrasound imaging. Br J Sports Med 2005 Nov;39(11):838-42; discussion 838-42. **PubMed**

Автор: Juhana Leppilahti Article ID: ebm00430 (020.052) © 2014 Duodecim Medical Publications Ltd

1. **EBM Guidelines, 31.05.2013, www.ebm-guidelines.com**
2. **Упатството треба да се ажурира еднаш на 3 години.**
3. **Предвидено е следно ажурирање до јуни 2016 година.**

Ажурирал: Проф. д-р Миле Петровски
Координатор: Проф. д-р Катица Зафировска

1459.

Врз основа на член 27 став (1) од Законот за здравствената заштита („Службен весник на Република Македонија“ број 43/12, 145/12, 87/13, 164/13, 39/14, 43/14, 132/14, 188/14 и 10/15), министерот за здравство донесе

У П А Т С Т В О
ЗА МЕДИЦИНСКОТО ЗГРИЖУВАЊЕ ПРИ ТИЕТЗЕ-ОВ СИНДРОМ

Член 1

Со ова упатство се утврдува медицинското згрижување при Тиетзе-ов синдром.

Член 2

Начинот на медицинското згрижување при Тиетзе-ов синдром е даден во прилог, кој е составен дел на ова упатство.

Член 3

Здравствените работници и здравствените соработници ја вршат здравствената дејност на медицинското згрижување при Тиетзе-ов синдром по правило согласно ова упатство.

По исклучок од став 1 на овој член, во поединечни случаи по оценка на докторот може да се отстапи од одредбите на ова упатство, со соодветно писмено образложение за причините и потребата за отстапување и со проценка за натамошниот тек на згрижувањето, при што истото од страна на докторот соодветно се документира во писмена форма во медицинското досие на пациентот.

Член 4

Со денот на влегувањето во сила на ова упатство престанува да важи Упатството за практикување на медицина заснована на докази при тицеов (Tietze) синдром („Службен весник на Република Македонија“ бр. 14/13).

Член 5

Ова упатство влегува во сила наредниот ден од денот на објавувањето во „Службен весник на Република Македонија“.

Бр. 17-2390/1
27 февруари 2015 година
Скопје

Министер,
Никола Тодоров, с.р.

Прилог

ТИЕТЗЕ-ов СИНДРОМ

МЗД Упатство
19.04.2013

- Основни податоци
- Дијагноза
- Третман
- Поврзани извори
- Референци

ОСНОВНИ ПОДАТОЦИ

- Синдром каде типичните симптоми се болка, изразена осетливост на палпација и оток околу еден или неколку костохондрални споеви.
- Тенденција за хипервентилација, кашлица, вирусни или бактериски инфекции, или торакални терапевтски процедури може да му претходат на почетокот на симптомите.
- Во најголем број од случаите етиологијата останува нејасна.

ДИЈАГНОЗА

- Приближно 10 % од пациентите кои се жалат на градна болка страдаат од Титзе-ов синдром.
- Типичните симптоми често се лоцирани во вториот или третиот костохондрален спој.
  - Длабоко вдишување, кашлање, наведнување или виткање на телото или лежење во положба на стомак, ја влошуваат болката.
- Дијагнозата е клиничка.
- Хистолошките испитувања откриваат хронична инфламација, фиброза и осификација.
- Испитувањето со МНР покажува задебелување и зголемување на 'рскавицата (1).
- Диференцијална дијагноза
  - Серонегативен артритис, анкилозантен спондилитис или друго спондилоартритично нарушување кое причинува инфламација во стерноклавикуларниот зглоб. Во овој случај симптомите обично се јавуваат и на други локализации.
  - Костохондритис, или болка во костохондралниот спој без оток
  - Ксифостернален костохондритис, или болка на врвот на стернумот
  - Фибромијалгија
  - Пнеумонија
  - Коронарна болест на срцето
  - Малигна болест

ТРЕТМАН

- Титзе-овиот синдром може да се реши спонтано за 2 до 3 недели, но кај некои пациенти симптомите перзистираат долго време (од 1 до 2 години).
- Локална терапија со студ и антиинфламаторни лекови може да се пробаат за неколку дена.
- Обично реагира на инјекција со глукокортикоид/локален анестетик на местото на болката.
- Кај пролонгирани состојби, физикалната терапија може да ја зголеми подвижноста на ребрата и горниот дел на грбот.

ПОВРЗАНИ ИЗВОРИ

Kamel M, Kotob H. Ultrasonographic assessment of local steroid injection in Tietz's sydrome. Br. J. Rheumatol 1997 Mas; 36(5):547-50. Pub.Med.

РЕФЕРЕНЦИ

1. Volterrani L, Mazzei MA, Giordano N, Nuti R, Galeazzi M, Fioravanti A. Magnetic resonance imaging in Tietze's syndrome. Clin Exp Rheumatol 2008 Sep-Oct; 26(5):848-53. **PubMed**

Автор: Marija Mikkelsson Article Id: emb00400 (020.083) © 2014 Duodecim Medical Publications Ltd.

1. **EBM Guidelines, 19.04.2013, www.ebm-guidelines.com**
2. **Упатството треба да се ажурира еднаш на 3 години.**
3. **Предвидено е следно ажурирање до април 2016 година.**

Ажурирал: Проф. д-р Миле Петровски
Координатор: Проф. д-р Катица Зафировска

1460.

Врз основа на член 27 став (1) од Законот за здравствената заштита („Службен весник на Република Македонија“ број 43/12, 145/12, 87/13, 164/13, 39/14, 43/14, 132/14, 188/14 и 10/15), министерот за здравство донесе

У П А Т С Т В О
ЗА МЕДИЦИНСКОТО ЗГРИЖУВАЊЕ ПРИ БОЛЕСТА НА DE QUERVAIN И ДРУГИ ТЕНДЕНИТИСИ НА РАЧЕН ЗГЛОБ И ПОДЛАКТИЦА

Член 1

Со ова упатство се утврдува медицинското згрижување при болеста на de Quervain и други тенденитиси на рачен зглоб и подлактица.

Член 2

Начинот на медицинското згрижување при болеста на de Quervain и други тенденитиси на рачен зглоб и подлактица е даден во прилог, кој е составен дел на ова упатство.

Член 3

Здравствените работници и здравствените соработници ја вршат здравствената дејност на медицинското згрижување при болеста на de Quervain и други тенденитиси на рачен зглоб и подлактица по правило согласно ова упатство.

По исклучок од став 1 на овој член, во поединечни случаи по оценка на докторот може да се отстапи од одредбите на ова упатство, со соодветно писмено образложение за причините и потребата за отстапување и со проценка за натамошниот тек на згрижувањето, при што истото од страна на докторот соодветно се документира во писмена форма во медицинското досие на пациентот.

Член 4

Со денот на влегувањето во сила на ова упатство престанува да важи Упатството за практикување на медицина заснована на докази при де куервен-ово (De Quervain) заболување и други тендинитиси на рачен зглоб и подлактица („Службен весник на Република Македонија“ бр. 14/13)..

Член 5

Ова упатство влегува во сила наредниот ден од денот на објавувањето во „Службен весник на Република Македонија“.

Бр. 17-2389/1
27 февруари 2015 година
Скопје

Министер,
Никола Тодоров, с.р.

Прилог

БОЛЕСТА НА de QUERVAIN И ДРУГИ ТЕНДЕНИТИСИ НА РАЧЕН ЗГЛОБ И ПОДЛАКТИЦА

МЗД Упатство
2.7.2013 • Последни промени 12.5.2013

Eira Viikari-Juntura

- Основни податоци
- Дефиниција и етиологија
- Симптоми
- Дијагноза
- De Quervain-ово заболување
- Други теносиновити на екстензорните мускули
- Теносиновитис на карпалните флексори
- Диференцијална дијагноза
- Третман
- Поврзани извори

ОСНОВНИ ПОДАТОЦИ

- Тендинитите на рачниот зглоб и подклактицата често се предизвикани од истегнување на раката.
- Основниот третман се состои од намалување на истегнувањето. Теносиновитисот поврзан со работата обично се лекува за неколку недели, кога ќе се отстрани истегнувањето.
- Хируршкиот третман може да дојде до парашање кај хроничен стенозирачки теносиновитис.

ДЕФИНИЦИЈА И ЕТИОЛОГИЈА

- При теносиновитис има едем, хипертрофија или фиброза на тетивната обвивка или околното сврзно ткиво. Движењата во внатрешната обвивка на тетивата може да бидат отежнати: оваа состојба е наведена како теновагинитис стенозанс
- Перитендинитисот доведува до воспаление на сврзното ткиво околу тетивата или околу мускулно-тетивниот спој каде што нема тетивна обвивка. Инсерциски тендинитис е воспаление на спојот на тетивата.
- Тендинитисот во пределот на рачниот зглоб се јавува кај професии каде има повторувачки движења во рачниот зглоб. На пример, прехранбената индустрија.
- Ризик-факторите вклучуваат чести повторувачки движења при работа, употреба на голема сила и позиција на рачниот зглоб која отстапува од неутралната - средна позиција.
- Тендинитисот е многу почест кај жените отколку кај мажите. Луѓе со ревматоиден артритис почесто имаат теносиновитис, ова, исто така, може да биде поврзано со други ревматски заболувања.

СИМПТОМИ

- Болка при движење на рачниот зглоб и палецот.
- Симптомите се најтешки во утринските часови, а потоа до дневните активности се намалуваат.
- Раката се чувствува послаба, фаќањето е ослабено поради болка.

ДИЈАГНОЗА

- Основа се симптомите и клиничко испитување:
  - периодична болка или болка во областа на тетивата на рачниот зглоб или подлактицата,
  - провоцирани симптоми од форсирани движења во таа регија, и
  - афицираната тетива е тетива е болна при палпација или се чувствуваат крепитации или има едем на екстензорната страна во областа на рачниот зглоб - подлактицата.

БОЛЕСТА НА DE QUERVAIN

- Tendovaginitis stenozans на заедничката тетива на m. abductor pollicis longus и m. extensor pollicis brevis.
- Тест на предизвикана болка:
  - Тестот на Finkelstein е позитивен кога болка се предизвикува околу радијалниот processus styloideus кога рачниот зглоб е во улнарна девијација и палецот е флектиран со затворена тупаница. Тестот се изведува обострано - на двете раце и се регистрира разликата.
- Присутна осетливост на палпација во пределот на радијалниот processus styloideus (може да е прилично слаба).
- Понекогаш (во акутна фаза) може да се забележи едем и крепитации.

ДРУГИ ТЕНОСИНОВИТИСИ НА ЕКСТЕНЗОРНИТЕ МУСКУЛИ

- Во интерсекцискиот синдром, болката и едемот се локализира повеќе проксимално и дорзално, 4 до 8 cm од радијалниот processus styloideideus, во точката каде тетивата на краткиот екстензор и долгиот адбуктор на палецот се вкрстуваат со тетивата на радијалниот екстензор на рачниот зглоб.
- Тендинитис на m. extensor carpi ulnaris е многу редок.

ТЕНОСИНОВИТИС НА КАРПАЛНИТЕ ФЛЕКСОРИ

- Теносиновитисот на длабоките и површните флексори на прстите, кои се наоѓаат во карпалниот тунел, исто така, може да бидат причина за карпал тунел синдром 1.
- Исто така, се среќава и теносиновитис на m. flexor carpi radialis и многу поретко на m. flexor carpi ulnaris.

ДИФЕРЕНЦИЈАЛНА ДИЈАГНОЗА

- Остеоартритис на карпометакарпалниот зглоб на палецот.

ТРЕТМАН

- Да се процени истегнувањето на раката и да се намали (ергономија).
- Симптоми - провоцираните движења треба да се избегнуваат; ако е потребно може да се користи имобилизација со шина
- Ако претходните мерки не помогнат, кортикостероидна инјекција може да се аплицира кај tendovaginitis stenozans (nnd- **C**).
- Во некои хронични случаи треба да се смета и на хируршки третман (на тетивната обвивка) (nnd- D).

Техника на инјектирање инјекции (Болест на de Quervain)

- Инјектирај кортикостероид со долготрајно дејство разреден со лидокаин или некој друг анестетик.

- Вметни ја иглата (1,5 cm, 25G) под агол од 45° околу 1cm проксимално од стилоидниот радијален процесус сè додека не се допре коската.
- Тетивата може лесно да се почувствува на палпација, ако пациентот дава отпор на екстензијата на палецот изометрично, со показалецот.
- Внеси ја иглата тангенцијално кон тетивната обвивка. Ако се сомневате дека иглата е во тетивата, извадете го шприцот и кажете му на пациентот да го мрда палецот, иглата ќе се ниша ако е во тетивата. Да не се инјектира наспроти отпор (во тетивата).
- Избегнувај да се допира радијалниот нерв: доколку пациентот почувствува нешто како умерен електричен шок, да се повлече иглата наназад. Инјектирањето во радијалниот нерв може да предизвика проблематична невралгија.
- Инјекцијата може да се повтори, ако треба, после 4 до 6 недели.

Поврзани извори
14.5.2007

Ова упатство е создадено и ажурирано од тимот на едитори на EBMG

Кохренови прегледи

- Инјекција со кортикостероид може да ја олесни болката кај бремени жени или доилки со тендосиновитис de Quervain (ннд-**С**).

Литература

- Harvey FJ, Harvey PM, Horsley MW. De Quervain's disease: surgical or nonsurgical treatment. J Hand Surg [Am] 1990 Jan;15(1):83-7. PubMed
- van Tulder M, Malmivaara A, Koes B. Repetitive strain injury. Lancet 2007 May 26;369(9575):1815-22. PubMed

Article ID: rel00366 (020.021)
© 2014 Duodecim Medical Publications Ltd
Претходни автори
Kaj Rekola

Последен пат прегледано и ажурирано на 2.7.2013 • Последни промени 12.5.2013

Article ID: ebm00408 (020.021)
© 2014 Duodecim Medical Publications Ltd

1. **EBM Guidelines,** 2.7.2013**, www.ebm-guidelines.com**
2. **Упатството треба да се ажурира еднаш на 4 години.**
3. **Предвидено е следно ажурирање до јуни 2016 година.**

Упатството го ажурирала: Проф. Д-р. Катица Зафировска
Координатор: Проф. Д-р. Катица Зафировска

ГАСТРО

1461.

Врз основа на член 27 став (1) од Законот за здравствената заштита („Службен весник на Република Македонија“ број 43/12, 145/12, 87/13, 164/13, 39/14, 43/14, 132/14, 188/14 и 10/15), министерот за здравство донесе

У П А Т С Т В О
ЗА МЕДИЦИНСКОТО ЗГРИЖУВАЊЕ ПРИ ВИРУСЕН ХЕПАТИТИС

Член 1

Со ова упатство се утврдува медицинското згрижување при вирусен хепатитис.

Член 2

Начинот на медицинското згрижување при вирусен хепатитис е даден во прилог, кој е составен дел на ова упатство.

Член 3

Здравствените работници и здравствените соработници ја вршат здравствената дејност на медицинското згрижување при вирусен хепатитис по правило согласно ова упатство.

По исклучок од став 1 на овој член, во поединечни случаи по оценка на докторот може да се отстапи од одредбите на ова упатство, со соодветно писмено образложение за причините и потребата за отстапување и со проценка за натамошниот тек на згрижувањето, при што истото од страна на докторот соодветно се документира во писмена форма во медицинското досие на пациентот.

Член 4

Со денот на влегувањето во сила на ова упатство престанува да важи Упатството за практикување на медицина заснована на докази при вирусен хепатитис („Службен весник на Република Македонија“ бр. 50/14)..

Член 5

Ова упатство влегува во сила наредниот ден од денот на објавувањето во „Службен весник на Република Македонија“.

Бр. 17-2438/1
27 февруари 2015 година
Скопје

Министер,
Никола Тодоров, с.р.

Прилог

ВИРУСЕН ХЕПАТИТИС

МБД упатства
2.01.2014 • последна промена 2.01.2014
Marija Lappalainen и Martti Farkkila

- Основни правила
- Основни принципи за дијагноза
- Хепатитис А
- Хепатитис Б
- Хепатитис Ц
- Делта агенс (хепатитис Д)
- Хепатитис Е
- Други форми на вирусен хепатитис
- Третман на хепатитис и индикации за специјалистичка интервенција
- Способност за работа
- Поврзани докази
- Анекс 1: Проценка на пациент со абнормални црнодробни тестови
- Алгоритми 1-2

ОСНОВНИ ПРАВИЛА

- Хепатитис А и Е најдобро може да се превенираат со соодветна хигиена на храната и на водата за пиење, особено во високоризични земји.
- Хепатитис Б и Ц може да се превенираат со засилени мерки на заштита кај професиите со висок ризик и кај сексуалното однесување. Многу важен поединечен фактор на ризик за хепатитис Ц е интравенската злоупотреба на дрога.
- Профилакса со вакцинација за хепатитис А е индицирана пред патување во високоризични земји.
- Вакцинација за хепатитис Б е индицирана кај високоризични професии **(ннд - В)** и за ризични групи.

ОСНОВНИ ПРАВИЛА ЗА ДИЈАГНОЗА

- При сомнение за акутен вирусен хепатитис, треба да се направат следниве тестови: ИгМ антитела кон вирусот на хепатитис А (anti-HAV IgM), HBsAg, ИгМ антитела кон хепатитис Б *core* антигенот (анти-HBcIgM) и анти-ХЦВ тест.
- Ако клинички благ хепатитис е придружен со симптоми сугестивни за мононуклеоза (температура, лимфаденопатија, спленомегалија, горнореспираторни симптоми), индицирани се следниве дополнителни тестови: брз тест за мононуклеоза или антитела кон Epstein-Barr вирус (анти-EBV) и антитела кон цитомегаловирус (анти-CMV тест).

ХЕПАТИТИС А

Инкубационен период

- 15 до 50 дена

Начин на пренесување

- Обично феко-орално, но се јавуваат епидемии и меѓу интравенските корисници на дрога и недозволени лекови.

Клиничка слика

- Акутен почеток.
- Намален апетит и гадење се иницијални симптоми.
- Температура.
- Жолтица.

Лабораториски тестови

- АЛТ[1] и АСТ[2] во плазмата се покачени.
- Етиолошка дијагноза се прави преку одредување на анти HAV IgM во серумот.
- Вкупните антитела или ИгГ може да се одредат за да ја детерминират потребата од профилакса. Позитивен тест за ИгГ или тотални антитела (а негативен за ИгМ антитела) е знак на претходна инфекција или успешна HAV вакцинација која штити од болеста.

Профилакса

- Избегнување на приемчива храна (полжави и друга морска храна) при патување во високо ризични земји.
- Вакцинација за хепатитис А (ннд – **А**) е особено индицирана за оние со долгорочен престој или што често патуваат во високо ризични земји. По бустер вакцината дадена по 6 месеци, заштитниот ефект останува најмалку 10, можеби 20 години. Патниците треба да се вакцинираат најмалку 2 недели пред патувањето.
  - Деца на 15 и повеќе години и возрасни примаат две дози на вакцина (Havrix 1440 ELISA-U/ml, 1 ml), дадени на 0 и 6-12 месеци.
  - Деца од 1-15 години примаат половина од дозата за возрасни (0.5 мл), дадена во две дози и тоа на 0 и 6-12 месеци.
  - Epaxal вакцина е иста за возрасни и за деца над 2 години.
- Хепатитис А + Б комбинирана вакцина
  - Се дава во три дози на 0, 1 и 6 месеци.
  - Сепаратна вакцина е на располагање за деца под 16- годишна возраст.
- Хепатитис А вакцинација се препорачува секогаш за туристи кои патуваат во тропските земји, во Африка и во земјите на Средниот исток околу Медитеранот. За балтичките земји, Русија и во земјите од Источна Европа профилакса се препорачува доколку престојот е долготраен или се планираат повторувани посети.

Контагиозност

- Една недела по појавата на жолтица вирусот повеќе не се излачува во фецесот.
- Нема постојано носителство на вирусот.

Тек на болеста и следење

- Болеста е самоограничувачка (self-limiting) и нема на располагање специфична терапија.
- Тежината на црнодробната оштета се проценува со одредување на серумската концентрација на албуминот и протромбинското време. Болеста е блага ако протромбинското време е над 0.40 и серумскиот албумин над 30g/L.
- Нивото на плазматската АЛТ би требало да се следи неделно, сè додека таа не почне да паѓа.

[1] Аланин - аминотрансфераза
[2] Аспартат - аминотрансфераза

ХЕПАТИТИС Б

Период на инкубација

- 1-6 месеци.

Начин на инфекција

- Парентерален (игли користени кај ИВ злоупотреба на дрога, крвни продукти).
- Сексуален контакт.
- Перинатална трансмисија.

Клиничка слика

- Слична на хепатитис А, но со побавен почеток.
- Зглобни симптоми кај 10-20% од пациентите.
- Кожни симптоми.
- Концентрацијата на црнодробните трансаминази побавно се качува отколку кај хепатитис А.

Лабораториска дијагноза

- Зголемени АСТ и АЛТ во серумот.
- Специфична дијагноза се врши со одредување на HBsAg и анти-HBc IgM.
- За проценка на инфективноста, треба да се одреди присуството на хепатитис Б е-антиген (HBeAg). Ако резултатот е позитивен, пациентот, веројатно, има активен хепатитис и болеста е многу позаразна со оглед дека вирусот активно се размножува. Најточна проценка на виремијата се добива со квантитативно одредување на HBV - DNA[3]. Ова треба особено да се користи ако постои сомнение за HBeAg-негативна форма на хронична ХБВ инфекција.
- Види табела 1.

Табела 1. Толкување на серологијата на вирусот на хепатитис Б

	HBsAg	Anti-HBs	Anti-HBc	Anti-HBc	HBeAg	Anti-HBe
Неинфицирани	–	–	–			
Вакцинирани	–	+	–			
Природен имунитет	–	+[1)]	+			+
Акутна инфекција						
• Рана	+[2)]	–	–	–	+/–	
• Доцна	+	–	+	+++	+	
Носител						
• Инфективен	+	–	+	+/–[3)]	+[4)]	–
• Помалку инфективен	+	–	+	–	–	+

1. Негативен кај околу 10-15% од лицата со минатата историја на инфекција. Кај тие случаи, анти-HBc е единствен маркер за минатата инфекција
2. Прв тест што станува позитивен (дури пред клиничките симптоми)
3. При егзацербација на хронична инфекција, анти-HBc IgM може повторно да стане позитивен.
4. Веројатно станува збор за активен хепатитис, и болеста лесно се пренесува, бидејќи вирусот активно се размножува. Најточна проценка на виремијата е квантитативно одредување на HBV-DNA.

[3] Се изведува во лаборатории за молекуларна биологија

Профилакса

- Избегнување на високоризично однесување (незаштитен сексуален однос со потенцијален вирусоносител, употреба на нечисти инјекциони игли).
- Избегнување на крвен контакт во професии што вклучуваат контакт со човечка крв.

Вакцинација на ризични групи

- Целни групи
  - Новороденчиња чии родители се HBsAg позитивни (ннд - **А).** Ако мајката е носител, пред првата вакцинација детето треба да добие и доза на анти-хепатитис Б имуноглобулин (125 IU).
  - Лица што живеат со HBsAg носители или со пациенти со акутна хепатитис Б инфекција.
  - Сексуални партнери на HBsAg носители и сексуални партнери на пациенти со акутна хепатитис Б инфекција.
  - Лица со крвавечки нарушувања што имаат потреба од редовен третман со крвни продукти.
  - ИВ корисници на дрога, нивните редовни сексуални партнери и другите што живеат во истото домаќинство. Особено е важно да се вакцинираат новороденчиња од мајки кои користат дрога и.в.
  - Лица вклучени во проституција.
  - По повреди од убод со игла и изложеност на крв, во согласност со проценката на ризикот, потребна е профилакса и случајот не може да биде пријавен во трудова медицина.
  - Здравствени работници што планираат работа во ендемски подрачја.
- Вакцинацијата против хепатитис Б може, исто така, да се разгледува при индивидуални случаи за лица кои, поради нивната работа (ннд – **В)**, се со зголемен ризик од контакт со крв. Вакцинацијата, исто така, треба да се има предвид за оние што се под грижа на вакви лица. На пример:
  - Бабици, орални хирурзи и одреден лабораториски персонал.
  - Персонал што работи во единици за хемодијализа, третирајќи пациент што е HBsAg носител. Другите пациенти во таков центар.
  - Персонал во детски центар што се грижи за дете кое е HBsAg носител. Другите деца во таков центар.
  - Кој било што е вклучен во згрижувањето на ИВ корисник на дрога.
- Администрација на вакцината
  - Хепатитис Б вакцина 1.0 ml i.m. (0.5 ml за деца).
  - Дозата се повторува на 1 и 6 месеци. По успешната иницијална вакцинација, обично не се потребни бустер инјекции.
  - Околу 10% од вакцинираните не добиваат доволен имунитет. Ако ризикот од изложеност на вирусот е висок и долготраен, присуството на имунитет треба да се потврди серолошки околу 2 месеци по третата инјекција (ннд - **В)**. Ако нема одговор на антитела, се даваат три дополнителни дози во интервал од два месеца и присуството на имунитет се потврдува серолошки околу 2 месеца по третата инјекција. Ако сè уште нема одговор на антитела, ризикот од експозиција треба да се намали, на пример, со промена на работното место.

Имуна профилакса по изложеност на вирусот

- Анти-хепатитис Б имуноглобулинот (HepBQuin®) треба да им се дава на новороденчињата од HBsAg позитивни мајки (+ хепатитис Б вакцинација) (ннд - **А)** .

Дејствување по изложеност на инфицирана крв

- За детални инструкции види прилог **1**[4].

Контагиозност

- Повеќето пациенти со хепатитис Б инфекција оздравуваат, меѓутоа, мал процент (<5%) од возрасните пациенти останууваат носители на вирусот (во нордиските земји).
- Одредувањето на HBeAg е од помош во проценката на инфективноста на HBsAg позитивни пациенти.

Текот на акутна болест и следење

- Повеќето случаи се самолимитирачки.
- Во активната фаза на болеста се мониторираат еднаш неделно серумската АЛТ, протромбинското време и, ако е потребно, концентрациите на преалбуминот и билирубинот, сè дури почнат да се враќаат на нормала.
- HBsAg треба да се одреди три месеци по почетокот на болеста.

Хроничен стадиум на болеста

- Ако HBsAg остане позитивен и по 6 месеци од почетокот на болеста, пациентот веројатно станува носител на хепатитис Б. Состојбата на носителство се потврдува со позитивен тест за HBsAg по 12 месеци.
- Ризикот од хепатом е зголемен кај хроничниот хепатитис Б. Ризикот е во корелација со нивото на ХБВ-ДНА и развојот на цироза.

Пациенти со HBeAg-позитивен хепатитис Б[9]

- HBeAg-позитивни пациенти со висока серумска ХБВ ДНК, но нормална АЛТ, треба да се мониторираат во интервали од 3 до 6 месеци (алгоритам 1). Многу почест мониторинг треба да се спроведе ако се покачи нивото на АЛТ. Пациенти кои ќе останат HBeAg-позитивни со ниво на ХБВ ДНК поголемо од 20 000 IU/ml по период од 3 до 6 месеци на елевирана АЛТ за 1-2 пати над горната граница на нормалата, треба да бидат разгледани за црнодробна биопсија и антивирусна терапија (алгоритам 1).[5]
- HBeAg -позитивни пациенти со перзистентно нормална АЛТ треба да се тестираат за АЛТ на 3-6 месечни интервали. АЛТ и ХБВ ДНК треба да се тестираат почесто кога нивото на АЛТ остане покачено. Статусот на HBeAg треба да се проверува секои 6-12 месеци. **(III)**[6]
- Пациенти што ќе останат HBeAg позитивни со ниво на ХБВ ДНК>20 000 IU/ml по 3-6 месечен период на елевирана АЛТ меѓу 1-2 х горна нормална граница или што ќе останат HBeAg позитивни со ниво на ХБВ ДНК>20 000 IU/ml и се постари од 40 години, треба да се разгледаат за црнодробна биопсија, а треба да се смета на терапија ако биопсијата покаже умерена/тешка инфламација или значајна фиброза. **(III)**[7]
- Пациенти што ќе останат HBeAg позитивни со ниво на ХБВ ДНК>20 000 IU/ml по 3-6 месечен период на елевирана АЛТ> 2 х горна нормална граница, треба да се разгледаат за терапија. **(III)**[8]

[4] Упатство за професионална експозиција на крв и телесни секрети: EBM Guidelines 24.9.2013.
[5] Преземено од упатството на NGC
[6] Исто како 2
[7] Исто како 2
[8] Исто како 2

HBeAg-негативни пациенти

- HBeAg-негативни пациенти со нормална АЛТ и ХБВ ДНК<2000 IU/ml треба да се тестираат за АЛТ секои 3 месеци за време на првата година за да се провери дека се тие навистина во "состојба на инактивно носителство", а потоа секои 6-12 месеци (алгоритам 2). **(III)**[9]
- Тестирање и почест мониторинг на ХБВ ДНК треба да се прават ако АЛТ или АСТ растат над нормалната граница. **(III)**[10]

ХЕПАТИТИС Ц

- Најчест тип на хепатитис во многу земји.
- Има околу 500 милиони носители на хепатитис Ц.

Период на инкубација

- 20-120 дена.

Начин на инфекција

- Парентерален, како и за хепатитис Б, но инфективноста е многу пониска. Извори за експозиција вклучуваат интравенско уживање на дрога, тетоважа, крвна трансфузија и секс без заштита со партнер позитивен на хепатитис Ц. Меѓутоа, шансата да се добие вирусот преку незаштитен секс е прилично ниска, а се смета дека не е апсолутно неопходен безбеден секс кај долготрајни врски.
- Постојат пациенти што се здобиваат со хепатитис Ц без да примат било кога крвна трансфузија или да припаѓаат на која било ризична група.

Клиничка слика

- Клиничката презентација обично е блага. Само околу 10-15% од инфицираните лица развиваат жолтица, во споредба со 50% од оние инфицирани со хепатитис Б. Некои пациенти остануваат асимптоматски.
- Екстрахепатични манифестации, како есенцијална криоглобулинемија, гломерулонефритис, автоимун тироидитис, Сјогренов синдром и porphyria cutanea tarda се соопштени кај пациенти со хроничен хепатитис Ц.

Лабораториска дијагноза

- Флуктуирачки концентрации на хепатичната трансминаза (АЛТ) се чести и честопати единствена манифестација на хепатитис Ц. Концентрациите периодично можат да се вратат на нормалата.
- Плазматското ниво на АЛТ и АСТ ретко надминува 800 U/L.
- Специфична дијагноза се поставува со одредување на антитела кон хепатитис Ц и со РНК (HCV RNA).[11]
    - Антителата може да се откријат 10 недели по експозицијата.
    - ХЦВ-РНК обично е позитивна на почетокот на симптомите.

Контагиозност

- Мнозинството пациенти со антитела се исто така носители на вирусот и можат да ја шират инфекцијата.

---

[9] Исто како 2
[10] Исто како 2
[11] Тестот е достапен во РМакедонија и се изведува во лаборатории за молекуларна биологија

Тек на болеста и следење

- Алкохолот го зголемува ризикот за развој на црнодробна цироза кај пациентите со хепатитис Ц.
- Акутната фаза често е поблага од хепатитис Б, но болеста почесто станува хронична (кај 85-90% од пациентите) кај асимптоматските пациенти.
- Тестирањето на трансаминазите не е од помош во акутната фаза, затоа што тие флуктуираат. Меѓутоа, мониторингот е важен ако се предвидува консултација со специјалист.
- Мнозинството на носители развиваат хроничен хепатитис и околу 10% развиваат црнодробна цироза во наредните 20 години. Годишно, околу 1% од пациентите со цироза развиваат хепатоми, во просек 28 години по развојот на болеста.

ДЕЛТА АГЕНС (ХЕПАТИТИС Д)

- Се јавува како суперинфекција, асоцирана со хепатитис Б.
- Предизвикан од вирус сателит што може да инфицира само HBsAg позитивно лице (двата вируса може да се добијат при иста експозиција).
- Вообичаен за и.в. корисници на дрога и хепатитис Б носители.
- Текот на болеста може да биде фулминантен.
- Специфична дијагноза може да се постави со одредување на серумски антитела кон ХДВ и, ако е потребно, со докажување на ХДВ-РНК.
- Терапија со интерферон-алфа се испробува **(ннд - В).**

ХЕПАТИТИС Е

- Болеста наликува на хепатитис А и се јавува, главно, во земјите во развој.
- Специфична дијагноза се врши со одредување на серумските ИгГ и ИгМ антитела за хепатитис Е (anti-HEV IgG и анти-HEV IgM).
- Сомнение за хепатитис Е постои кај пациенти што неодамна посетиле земја во развој, со веројатност за стекнување на болеста по орален пат, но што имаат антитела против хепатитис А.
- Во тек на бременост хепатитис Е може да биде особено фулминантен и да резултира со морталитет на мајката до 20%.
- Третманот и следењето се спроведуваат како кај хепатитис А.

ДРУГИ ФОРМИ НА ВИРУСЕН ХЕПАТИТИС

- Некои случаи со хепатитис остануваат без етиолошка дијагноза. Затоа е можно постоење на други вируси, вон оние опишани погоре.
- До 90% од пациентите со мононуклеоза индуцирана со Епштајн-Бар вирус или цитомегаловирус развиваат хепатитис. Болеста обично е блага, а само околу 5% од пациентите развиваат жолтица.

ТРЕТМАН НА ХЕПАТИТИС И ИНДИКАЦИИ ЗА СПЕЦИЈАЛИСТИЧКА КОНСУЛТАЦИЈА

Акутен хепатитис

- Тежината се проценува преку одредување на серумскиот албумин и протромбинско време. Болеста е блага ако протромбинско време е преку 40% и серумскиот албумин над 30 g/L.
- Чешањето може да се лекува со антихистаминици или со холестерамин (4g/ден).
- Сите лекови што се метаболизираат во црниот дроб треба да се одбегнуваат.

- Диетата треба да содржи многу калории и јаглени хидрати.

Акутен фулминантен хепатитис (А, Б или Ц)

- Тежок иктер, мозочни симптоми, прогресивно црнодробно оштетување.
- Трансплантација на црниот дроб може да го спаси животот.
- Антивирусна терапија не е од помош во акутната фаза.

Хроничен хепатитис Б

- Кај HBeAg-позитивни имуноактивни пациенти (концентрација на АЛТ покачена, HBV DNA >2000 IU/ml), може да се користи пегилиран интерферон алфа во текот на 48 месеци. Лекувањето обезбедува сероконверзија на HBeAg кај околу една третина од пациентите.
- Кај пациенти што немаат одговор на терапија со интерферон, или како примарен лек може да се користат орално тенофовир или ентекавир. Третманот може да трае со години, со следење на нивото на HBV-DNA.
- Пациенти со HBeAg-позитивен хроничен хепатитис Б, АЛТ повисока од 2 пати од нормалата или умерен/тежок хепатитис на биопсија, а DNA>20 000 IU/ml, треба да се предвидат за терапија **(I)**[12]**.**
- Терапијата треба да се одложи за 3 до 6 месеци кај лица со компензирана црнодробна болест за да се одреди дали ќе се појави спонтана HBeAg сероконверзија **(II-2)**[13] .
- Пациенти со иктерични скокови на АЛТ треба веднаш да се лекуваат **(III)**[14]**.**
- Терапијата може да се почне со еден од 7 одобрени антивирусни лекови, но се претпочитаат пегилиран (ПЕГ) интерферон (ИФН)-алфа, тенофовир или ентекавир **(I)**[15]**.**
- АЛТ перзистентно нормална или минимално покачена (<2 пати од нормалата). Кај овие пациенти, главно, не треба да се почне терапија **(I)**[16]**.**
- Црнодробна биопсија може да се има предвид кај пациенти со флуктуирачки или со минимално покачени вредности на АЛТ, особено кај оние над 40 години возраст **(II-3)**[17]**.**
- Терапија може да почне ако во црнодробната биопсија има тешка некроинфламација или значајна фиброза **(I)**[18]**.**
- Деца со покачена АЛТ повеќе од 2 пати од нормалата. Овие пациенти треба да се предвидат за терапија, ако нивото на АЛТ остане зголемено на тоа ниво подолго од 6 месеци **(I)**[19]**.**
- Пациенти со HBeAg-негативен хроничен хепатитис Б (серумска ХБВ ДНА>20 000 IU/ml и АЛТ>2x над нормалата) треба да се предвидат за терапија **(I)**[20]**.**
- Црнодробна биопсија може да се има предвид кај HBeAg-негативни пациенти со пониско ниво на HBV DNA(2000-20 000 IU/ml) и гранично нормални или минимално покачени вредности на АЛТ **(II-2)**[21].
- Терапија може да започне ако во биопсијата има умерена/тешка инфламација или значајна фиброза **(I)**[22]**.**

Хроничен хепатитис Ц

- Серумската АЛТ останува покачена 6 месеци по почетокот на симптомите. Меѓутоа, нормална АЛТ не ја исклучува можноста од хроничен хепатитис.

---

[12] Исто како 2
[13] Исто како 2
[14] Исто како 2
[15] Исто како 2
[16] Исто како 2
[17] Исто како 2
[18] Исто како 2
[19] Исто како 2
[20] Исто како 2
[21] Исто како 2
[22] Исто како 2

- Податокот за вирусниот генотип е важен водич за тераписките решенија. Терапијата е поефикасна за генотип 2 или 3 отколку за генотип 1 и 4.
- Индикација за консултација за третман е ХЦВ-РНК позитивен хепатитис (позитивен квалитативен тест за хепатитис Ц нуклеинска киселина), ако пациентот нема контраиндикации за лекување (види подолу).
- Црнодробна биопсија е индицирана кај пациенти со сомнение за некоја друга црнодробна болест, покрај ХЦВ хепатитис.
- Терапијата се состои од комбинација на пегилиран интерферон алфа и рибавирин (ннд - **А**).
  - Времетраењето на терапијата е одредено од вирусниот генотип и од индивидуалниот одговор на третманот што се мониторира со ХЦВ-РНК тестови за време на лекувањето.
  - Времетраењето на терапијата е 24-72 недели за генотип 1 и 4, а за генотип 2 и 3 изнесува 12-24 недели.
  - Лекувањето се прекинува ако нема одговор најдоцна во 24-та недела (ХЦВ РНК сè уште позитивна).
- Со комбинирана терапија вирусот се ерадицира од крвта во околу 50-90% од пациентите.
- Контраиндикации за антивирусна терапија се декомпензирана цироза, тешка црнодробна дисфункција, цитопенија, имуносупресивни состојби, ХИВ позитивитет, злоупотреба на алкохол или дрога, тешка депресија, автоимуна болест, тешка генерализирана болест и бременост.
- Со оглед на тератогениот ефект на рибавиринот, во текот на целиот третман и уште 6 месеци по терапијата треба да се врши сигурна контрола на бременоста. Истото се применува на партнерите од машки пациент што прима терапија.
- Може да се смета на трансплантација на црниот дроб кај напредната цироза, доколку нема контраиндикации.
- Се очекуваат достапни нови третмани во текот на 2014 година; тие се вирус специфични, погодни за сите генотипови, без интерферон, и имаат значително помалку несакани ефекти од постоечките третмани.

СПОСОБНОСТ ЗА РАБОТА

- Во акутната фаза на болеста се доделува боледување во согласност со општите принципи, односно, пациентот може да се врати на работа веднаш штом неговата/нејзината општа состојба тоа го дозволи.
- Хроничното вирусоносителство не треба да го спречи лицето да работи.

ПОВРЗАНИ ДОКАЗИ

Кохранови прегледи

- Изгледа дека рибавиринот сам нема сигнификантен корисен ефект на вирусолошкиот одговор и црнодробниот морбидитет кај хроничниот хепатитис Ц во споредба со плацебо или без терапија, но може привремено да го подобри биохемискиот и хистолошкиот одговор **(ннд- В)**.
- Поради лошиот квалитет на расположливите студии, нема доволен доказ за ефикасноста на хепатитис Б вакцинацијата врз ризикот за хепатитис Б на деца или возрасни кои претходно не биле изложени на хепатитис Б или чија изложеност не е позната. Според анализите кои се ограничени со учесници достапни за следење, изгледа дека вакцинацијата е ефикасна **(ннд -D)**.
- Антивирусната терапија за рекурентна инфекција со хепатитис Ц на црнодробниот графт изгледа дека нема доволен клинички бенефит, но недостигаат доволно докази од адекватни студии **(ннд-D)**.
- Меѓу пациенти со стабилна инфекција со ХИВ, терапијата на конкомитантниот хроничен хепатитис Ц со пегинтерферон плус рибавирин може да биде поефикасна во стекнувањето

на вирусолошки одговор, отколку интерферон плус рибавирин или само пегинтерферон **(ннд-С)**.

РЕФЕРЕНЦИ

- Cooke GS, Main J, Thursz MR. Treatment for hepatitis B. BMJ 2010 Jan 5;340():b5429. «PMID: 20051467»PubMed
- Shim JH, Lee HC, Kim KM, Lim YS, Chung YH, Lee YS, Suh DJ. Efficacy of entecavir in treatment-naïve patients with hepatitis B virus-related decompensated cirrhosis. J Hepatol 2010 Feb;52(2):176-82. «PMID: 20006394»PubMed
- Rumi MG, Aghemo A, Prati GM, D'Ambrosio R, Donato MF, Soffredini R, Del Ninno E, Russo A, Colombo M. Randomized study of peginterferon-alpha2a plus ribavirin vs peginterferon-alpha2b plus ribavirin in chronic hepatitis C. Gastroenterology 2010 Jan;138(1):108-15. «PMID: 19766645»PubMed
- Nash KL, Bentley I, Hirschfield GM. Managing hepatitis C virus infection. BMJ 2009 Jun 26;338():b2366. «PMID: 19561051»PubMed
- Dienstag JL. Hepatitis B virus infection. N Engl J Med 2008 Oct 2;359(14):1486-500. «PMID: 18832247»PubMed
- Maheshwari A, Ray S, Thuluvath PJ. Acute hepatitis C. Lancet 2008 Jul 26;372(9635):321-32. «PMID: 18657711»PubMed
- Hadziyannis SJ, Sette H Jr, Morgan TR et al; PEGASYS International Study Group. Peginterferon-alpha2a and ribavirin combination therapy in chronic hepatitis C: a randomized study of treatment duration and ribavirin dose. Ann Intern Med 2004 Mar 2;140(5):346-55. «PMID: 14996676»PubMed
- Dalgard O, Bjøro K, Ring-Larsen H et al; North-C Group. Pegylated interferon alfa and ribavirin for 14 versus 24 weeks in patients with hepatitis C virus genotype 2 or 3 and rapid virological response. Hepatology 2008 Jan;47(1):35-42. «PMID: 17975791»PubMed
- von Wagner M, Huber M, Berg T et al. Peginterferon-alpha-2a (40KD) and ribavirin for 16 or 24 weeks in patients with genotype 2 or 3 chronic hepatitis C. Gastroenterology 2005 Aug;129(2):522-7. «PMID: 16083709»PubMed
- Mangia A, Santoro R, Minerva N et al. Peginterferon alfa-2b and ribavirin for 12 vs. 24 weeks in HCV genotype 2 or 3. N Engl J Med 2005 Jun 23;352(25):2609-17. «PMID: 15972867»PubMed
- Zeuzem S, Buti M, Ferenci P et al. Efficacy of 24 weeks treatment with peginterferon alfa-2b plus ribavirin in patients with chronic hepatitis C infected with genotype 1 and low pretreatment viremia. J Hepatol 2006 Jan;44(1):97-103. «PMID: 16290907»PubMed
- Jensen DM, Morgan TR, Marcellin P, Pockros PJ, Reddy KR, Hadziyannis SJ, Ferenci P, Ackrill AM, Willems B. Early identification of HCV genotype 1 patients responding to 24 weeks peginterferon alpha-2a (40 kd)/ribavirin therapy. Hepatology 2006 May;43(5):954-60. «PMID: 16628671»PubMed
- Lok AS, McMahon BJ. Chronic hepatitis B: update 2009. Hepatology 2009 Sep;50(3):661-2. «PMID: 19714720»PubMed

Последен пат прегледано за ажурирање на 2.01.2014 • Последна промена 2.01.2014
Article ID: ebm00216 (009.020)
© 2014 Duodecim Medical Publications Ltd

1. **Viral hepatitis. EBM Guidelines 02.01.2014, www.ebm-guidelines.com,**
2. **National Guideline Clearinghouse: Chronic hepatitis B guideline. www.guideline.gov**
3. **Упатството треба да се ажурира еднаш на 4 години.**
4. **Предвидено е следно ажурирање во 2018 година.**

Упатството го ажурираше Доц. Д-р Марија Вавлукис
Координатор Проф. Д-р Катица Зафировска

Табела 2. Квалитет на докази врз кои се базирани препораките, преземени од упатството за хепатитис Б од National Guideline Clearinghouse

Степен	Дефиниција
I	Рандомизирани контролирани студии
II-1	Контролирани студии без рандомизација
II-2	Кохорт или case-контролирани аналитични студии
II-3	Мултипни временски серии, драматични неконтролирани експерименти
III	Експертски мислења, дескриптивна епидемиологија

РЕФЕРЕНЦИ

1. Mast EE, Margolis HS, Fiore AE, Brink EW, Goldstein ST, Wang SA, et al. A comprehensive immunization strategy to eliminate transmission of hepatitis B virus infection in the United States: recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP) part 1: immunization of infants, children, and adolescents. *MMWR Recomm Rep* 2005; **54**: 1-31.
2. Bodsworth N, Donovan B, Nightingale BN. The effect of concurrent human immunodeficiency virus infection on chronic hepatitis B: a study of 150 homosexual men. *J Infect Dis* 1989; **160**: 577-582.
3. Gunson RN, Shouval D, Roggendorf M, Zaaijer H, Nicholas H, Holzmann H, et al. Hepatitis B virus (HBV) and hepatitis C virus (HCV) infections in health care workers (HCWs): guidelines for prevention of transmission of HBV and HCV from HCW to patients. *J Clin Virol* 2003; **27**: 213-230.
4. Buster EH, van der Eijk AA, Schalm SW. Doctor to patient transmission of hepatitis B virus: implications of HBV DNA levels and potential new solutions. *Antiviral Res* 2003; **60**: 79-85.
5. Liaw YF, Chu CM, Su IJ, Huang MJ, Lin DY, Chang-Chien CS. Clinical and histological events preceding hepatitis B e antigen seroconversion in chronic type B hepatitis. *Gastroenterology* 1983; **84**: 216-219.
6. Lok AS, Lai CL, Wu PC, Leung EK, Lam TS. Spontaneous hepatitis B e antigen to antibody seroconversion and reversion in Chinese patients with chronic hepatitis B virus infection. *Gastroenterology* 1987; **92**: 1839-1843.
7. Lok AS, Lai CL. Acute exacerbations in Chinese patients with chronic hepatitis B virus (HBV) infection. Incidence, predisposing factors and etiology. *J Hepatol* 1990; **10**: 29-34.
8. Liaw YF, Tai DI, Chu CM, Pao CC, Chen TJ. Acute exacerbation in chronic type B hepatitis: comparison between HBeAg and antibody-positive patients. ***HEPATOLOGY*** 1987; **7**: 20-23.
9. Brunetto MR, Oliveri F, Coco B, Leandro G, Colombatto P, Gorin JM, et al. Outcome of anti-HBe positive chronic hepatitis B in alpha-interferon treated and untreated patients: a long term cohort study. *J Hepatol* 2002; **36**: 263-270.
10. Chu CJ, Hussain M, Lok AS. Quantitative serum HBV DNA levels during different stages of chronic hepatitis B infection. ***HEPATOLOGY*** 2002; **36**: 1408-1415.
11. Wong DK, Cheung AM, O'Rourke K, Naylor CD, Detsky AS, Heathcote J. Effect of alpha-interferon treatment in patients with hepatitis B e antigen-positive chronic hepatitis B. A meta-analysis. [see comments]. *Ann Intern Med* 1993; **119**: 312-323.
12. Brook MG, Karayiannis P, Thomas HC. Which patients with chronic hepatitis B virus infection will respond to alpha-interferon therapy? A statistical analysis of predictive factors. [see comments]. ***HEPATOLOGY*** 1989; **10**: 761-763.
13. Lai CL, Lok AS, Lin HJ, Wu PC, Yeoh EK, Yeung CY. Placebo-controlled trial of recombinant alpha 2-interferon in Chinese HBsAg-carrier children. *Lancet* 1987; **2**: 877-880.
14. Lai CL, Lin HJ, Lau JN, Flok AS, Wu PC, Chung HT, et al. Effect of recombinant alpha 2 interferon with or without prednisone in Chinese HBsAg carrier children. *Q J Med* 1991; **78**: 155-163 1992; 15: 584-589.
15. Hadziyannis S, Bramou T, Makris A, Moussoulis G, Zignego L, Papaioannou C. Interferon alfa-2b treatment of HBeAg negative/serum HBV DNA positive chronic active hepatitis type B. J Hepatol 1990; 11(Suppl 1): S133-S136.

16. Pastore G, Santantonio T, Milella M, Monno L, Mariano N, Moschetta R, et al. Anti-HBe-positive chronic hepatitis B with HBV-DNA in the serum response to a 6-month course of lymphoblastoid interferon. J Hepatol 1992; 14: 221-225.
17. Papatheodoridis GV, Manesis E, Hadziyannis SJ. The long-term outcome of interferon-alpha treated and untreated patients with HBeAg-negative chronic hepatitis B. J Hepatol 2001; 34: 306-313.
18. Lampertico P, Del Ninno E, Vigano M, Romeo R, Donato MF, Sablon E, et al. Long-term suppression of hepatitis B e antigen-negative chronic hepatitis B by 24-month interferon therapy. HEPATOLOGY 2003; 37: 756-763.

АНЕКС 1

ПРОЦЕНКА НА ПАЦИЕНТ СО АБНОРМАЛНИ ЦРНОДРОБНИ ТЕСТОВИ

МЗД упатства
17.05.2013• последна промена 4.10.2010
Pekka Pikkarainen и Ritva Koskela

- Основни правила
- Причини за покачени концентрации на АСТ или АЛТ
- Лесен пораст (<3x над горната референтна граница), отсуство на симптоми
- Значаен пораст на АЛТ (>3x над горната референтна вредност)
- Поврзани извори

ОСНОВНИ ПРАВИЛА

- Да се идентификираат пациенти со црнодробна или билијарна болест, што бараат специфична терапија (хроничен вирусен хепатитис, автоимун хепатитис, хемохроматоза, Вилсонова болест, билијарна опструкција).
- Следење на пациенти со лесно абнормални резултати и тие да се упатат за биопсија на црниот дроб ако црнодробните тестови останат абнормални за повеќе од 6 месеци или се влошат за време на следењето.
- АСТ и АЛТ се осетливи показатели за црнодробна оштета. Алкалната фосфатаза е покачена кај холестаза, но исто така и кај болести на коските.

ПРИЧИНИ ЗА ЗГОЛЕМЕНИ КОНЦЕНТРАЦИИ НА АСТ ИЛИ АЛТ

- Обезност или дијабетес (стеатоза и стеатохепатитис).
- Токсична хепатоцелуларна оштета (алкохол, анаболни стероиди, лекови, хербални производи).
- Срцева слабост (црнодробна конгестија).
- Билијарна опструкција.
- Акутен и хроничен хепатитис.
- Тумори на црниот дроб.
- АСТ е покачена и кај некроза на миокардот.

ЛЕСЕН ПОРАСТ (<3X НАД ГОРНАТА РЕФЕРЕНТНА ВРЕДНОСТ), БЕЗ СИМПТОМИ

- Иницијални испитувања
  - АЛТ, алкална фосфатаза, гГТ, билирубин, гликемија, липиди.
  - Тромбопластинско време или ИНР, албумин.
  - Се препорачува, исто така, горноабдоминална ултрасонографија.
- Ако нивото на трансаминазите остане покачено, по следење од 4-12 недели треба да се провери следново:
  - ХБсАг, анти-ХЦВ, ИгГ, ИгМ, ИгА, антиглаткомускулни антитела, митохондријални антитела, серумско железо, серумски феритин, трансглутаминазни антитела.
- Сомнение за **алкохолна болест на црниот дроб** постои ако:
  - Дневниот внес на алкохол е > 40 гр за жени, > 60 гр за мажи.
  - Односот АСТ/АЛТ > 1.5, покачен МЦВ, покачена гГТ, ИгА и ЦДТ.
  - Нормализација на нивото на ензимите по 2 недели апстиненција, а МЦВ и гГТ се нормализираат побавно.
  - Ако вредностите се зголемени подолго од 3 месеци или ако постојат знаци за нарушена црнодробна функција, како што се снижено ниво на коагулационите фактори (абнормално тромбопластинско време), албумин или преалбумин, за проценка на

тежината на црнодробната оштета може да се направи биопсија на црниот дроб. Резултатот од биопсијата не влијае на третманот на алкохолната болест, но може да помогне во исклучувањето на други хронични црнодробни болести.

- Ако постои суспекција за оштета, предизвикана од лек, лекот треба да се прекине. Придружен иктерус е знак за сериозна црнодробна оштета, предизвикана од лекот. Ако концентрацијата на АЛТ е само лесно покачена (2-3 пати над горната нормална вредност), употреба на некои лекови (на пр. статини) може да продолжи ако црнодробните функционални тестови се мониторираат на 1-3 месечни интервали.
- **Стеатоза на црниот дроб** е сугерирана од:
  - Значајна дебелина (БМИ >30).
  - НИДДМ (инсулин независен тип на дијабетес).
  - Ултрасонографски светол ехогеничен црн дроб.
- Црнодробна биопсија е индицирана ако нивото на трансаминазите остане покачено за повеќе од 6 месеци (АЛТ >3 х од горната граница на референтната вредност, со цел за диференцијална дијагноза меѓу стеатозата и стеатохепатитот што има посериозна прогноза).
- **Билијарна опструкција** се сугерира при:
  - Епигастрична колика.
  - Покачена алкална фосфатаза во серумот.
  - Покачена амилаза во серумот.
  - Горноабдоминалната ултрасонографија открива калкули, опструкција на билијарното стебло (дилатирани жолчни канали), црнодробни или панкреатични тумори и комплициран панкреатитис.

Запаметете ги ретките (но често излечливи) болести на црниот дроб

- Хроничен автоимун хепатитис (АЛТ обично повисока од АЛТ, високо ниво на ИгГ во серумот, позитивни антинуклеарни антитела и анти-глаткомускулни антитела).
- Хроничен вирусен хепатитис (HBsAg, ХБВ ДНК, анти-ХЦВ антитела, ХЦВ РНК).
- Хемохроматоза (серумско железо, трансферин, сатурација на трансферинот > 60%, феритин).
- Вилсонова болест (ниска концентрација на церулоплазмин, зголемена 24-часовна концентрација на бакар).

ЗНАЧАЈНО ПОКАЧЕНА АЛТ (> 3 Х ОД ГРАНИЦАТА НА РЕФЕРЕНТНАТА ВРЕДНОСТ)

- Ако нема симптоми, повторете ги тестовите по 1-2 недели, и во исто време направете тестови за да се одреди етиологијата (види погоре).
- Ако серумската АЛТ не паѓа за време на следењето од 6 месеци, планирајте црнодробна биопсија.
- Ако пациентот има симптоми, како замор, свраб, жолтица или анорексија, упатете го во болница.
- За испитување на жолтица види 2, а за покачена серумска алкална фосфатаза види 3.

Error! Objects cannot be created from editing field codes.

Алгоритам 1. Водење на HBeAg-позитивен хепатитис Б

Error! Objects cannot be created from editing field codes.

Алгоритам 2. Водење на HBeAg-негативен хепатитис Б

ПОВРЗАНИ ИЗВОРИ

Клинички прегледи од праксата

- Bernal W, Auzinger G, Dhawan A, Wendon J. Acute liver failure. Lancet 2010 Jul 17; 376(9736):190-201. **PubMed**
- Cobbold JF, Anstee QM, Thomas HC. Investigating mildly abnormal serum aminotransferase values. BMJ 2010 Jul 30; 341:c4039. **PubMed**

Друга литература

- Promrat K, Kleiner DE, Niemeier HM, Jackvony E, Kearns M, Wands JR, Fava JL, Wing RR. Randomized controlled trial testing the effects of weight loss on nonalcoholic steatohepatitis. Hepatology 2010 Jan; 51(1):121-9. **PubMed**

Последен пат прегледано за ажурирање на 17.5.2013 • Последна промена 4.10.2010
Article ID: ebm00213 (009.012)
© 2014 Duodecim Medical Publications Ltd

5. **EBM Guidelines 17.05.2013, www.ebm-guidelines.com,**
6. **Упатството треба да се ажурира еднаш на 4 години.**
7. **Предвидено е следно ажурирање во 2017 година.**

Упатството го ажурираше Доц. Д-р Марија Вавлукис
Координатор Проф. д-р Катица Зафировска

1462.

Врз основа на член 27 став (1) од Законот за здравствената заштита („Службен весник на Република Македонија“ број 43/12, 145/12, 87/13, 164/13, 39/14, 43/14, 132/14, 188/14 и 10/15), министерот за здравство донесе

У П А Т С Т В О
ЗА МЕДИЦИНСКОТО ЗГРИЖУВАЊЕ ПРИ ПРОЛОНГИРАН ПРОЛИВ КАЈ ВОЗРАСНИ

Член 1

Со ова упатство се утврдува медицинското згрижување при пролонгиран пролив кај возрасни.

Член 2

Начинот на медицинското згрижување при пролонгиран пролив кај возрасни е даден во прилог, кој е составен дел на ова упатство.

Член 3

Здравствените работници и здравствените соработници ја вршат здравствената дејност на медицинското згрижување при пролонгиран пролив кај возрасни по правило согласно ова упатство.

По исклучок од став 1 на овој член, во поединечни случаи по оценка на докторот може да се отстапи од одредбите на ова упатство, со соодветно писмено образложение за причините и потребата за отстапување и со проценка за натамошниот тек на згрижувањето, при што истото од страна на докторот соодветно се документира во писмена форма во медицинското досие на пациентот.

Член 4

Со денот на влегувањето во сила на ова упатство престанува да важи Упатството за практикување на медицина заснована на докази при пролонгиран пролив кај возрасни („Службен весник на Република Македонија“ бр. 50/14)..

Член 5

Ова упатство влегува во сила наредниот ден од денот на објавувањето во „Службен весник на Република Македонија“.

Бр. 17-2437/1
27 февруари 2015 година
Скопје

Министер,
Никола Тодоров, с.р.

Прилог

ПРОЛОНГИРАН ПРОЛИВ КАЈ ВОЗРАСНИ

МЗД Упатство
30.12.2013 • Последна промена 30.12.2013
Markku Voutilainen

- Основни податоци
- Дефиниција
- Етиологија
- Иследувања
- Дијагностички особености
- Терапија
- Индикација за консултација со специјалист
- Поврзани извори
- Референци

- За акутен пролив види (упатство за проценка на акутен пролив).

ОСНОВНИ ПОДАТОЦИ

- Пролонгиран пролив ретко е последица на инфекција, освен доколку пациентот не е имунокомпромитиран. Можни причини вклучуваат (Giardia lamblia, Clostridium difficile и Entamoeba histolytica).
- Да се направат примарни испитувања за рана дијагноза на најчестите малапсорптивни состојби (целијачна болест, интолеранција на лактоза) и да се упати пациентот на колоноскопија за дијагностицирање на воспалителните цревни заболувања (улцеративен колитис, Кронова болест, микроскопски колитис (Види упатство за улцеративен колитис).
- Треба да се има на ум можноста за малигнитет, доколку проливот не траел релативно долго. Колоноскопијата е прва линија на испитување, доколку постои суспекција за малигнитет.
- Важно е да се идентификува иритабилен цревен синдром (ИЦС упатство). Симптомите на ИЦС може да се јават и по инфективен гастроентеритис.
- Опстипацијата може да предизвика т.н. пролив од претекување, најчесто кај постари лица кои се институционално згрижени. Кај ваквите пациенти употребата на антидијарејалната терапија може да доведе до забуна. Фекалната импакција се верификицира со дигитален преглед и нативна рендгенграфија на абдоменот.
- Важно е да се направи разлика помеѓу пролив и фекална инконтиненција (со проценка на базалниот тонус и контрактилноста на аналниот сфинктер, со идентификување на ректален пролапс при напнување).
- Треба да се идентификуваат и да се третираат компликациите на пролонгиран пролив кај постари пациенти (дехидратација, електролитни нарушувања, конфузија, ортостатска хипотензија, малнутриција).

ДЕФИНИЦИЈА

- Критериуми за пролонгиран пролив:
  - Повеќе од 3 дефекации дневно и/или мека фекална конзистенција (водлести столици); количина на фецес повеќе од 200гр/24 часа.
  - Проливите се присутни повеќе од 3 недели.

ЕТИОЛОГИЈА

- Лекови
  - Лаксативи, антибиотици, антациди кои содржат магнезиум, железо, метформин, НСАИЛ- и и цитотоксични лекови.
  - Антибиотиците можат да предизвикаат *Clostridium difficile* пролив (псевдомембранозен колитис кој може да биде фатален кај постари).
- Малигнитет
  - Канцер на дебелото црево и други гастроинтестинални малигнитети.
- Системски заболувања
  - Хипертиреоза, AIDS (СИДА), дијабетичка автономна невропатија, уремија, хипопаратиреоидизам, Адисонова болест, хормон секретирачки тумори (карциноид, гастринoм, V IP –ом).
- Воспалителни цревни болести
  - Улцеративен колитис (пролив со крв) и Кронова болест (види упатство за улцеративен колитис).
- Микроскопскиот колитис (колагенозен колитис и лимфоцитен колитис) предизвикува долготраен пролив без крв.
  - Микроскопскиот колитис се дијагностицира со б иопсија земена во тек на колоноскопија.
- Хроничен панкреатитис (дијагностициран со одредување на фекална еластаза), карцином на панцреас, цистична фиброза и малапсорпција на жолчни киселини (дијагностицирана со тест на нивна апсорпција) може да бидат причини за пролонгиран пролив.
- Инфекции
  - Бактерии или паразити ретко се причина за пролононгиран пролив. *Clostridium difficile* и Campylobacter се најчести причинители, понекогаш ентерохеморагична E. Coli или Yersinia.
    - *Clostridium* може да предизвика рекурентен пролив и често се јавува по антибиотски третман. Дијагностички е корисно одредувањето на токсинот на *Cl. Difficile*.
    - *Clostridium* може да предизвика т.н. псевдомембранозен колит кој се дијагностицира со колоноскопија.
    - Инфекцијата со *Clostridium* може да доведе до фулминантен колитис за кој е потребен хируршки третман.
    - При третманот на пациентите, знајте дека дезинфициентите на база на алкохол не ги ерадицираат спорите на бактериите.
  - Пролив, асоциран со цардијаза, типично почнува по патување во странство. Со ELISA тест може да се дијагностицира Giardia во изметот.
  - При сомнение за цревна инфекција, фекална бактериска култура, детекција на паразити и Cl. Difficile токсин треба да се изведуваат во три последователни денови.
- Исхемичен колитис: пациентите често имаат артериосклероза, периферна артериска болест и срцева слабост со хиповолемија заради диуретски третман. Почетокот на болеста е најчесто акутен: стомачна болка со крв во изметот. Исхемичниот колитис е реверзибилен, но кај тешките случаи може да предизвика улцерации, стриктури или перфорација.
- Прехранбени чинители
  - Малапсорпција на лактоза е честа. Често е инцидентен наод, не причина за проливот. Недостатокот на лактаза може да е секундарен на целијачна болест или да се појави во реконвалесцентниот период на тежок гастроентеритис.
  - Лоша апсорпција на ксилитол, сорбитол или фруктоза може да предизвика пролив.
  - Пченицата, ’ржта и јачменот предизвикуваат симптоми кај пациенти со целијакија.
  - Екцесивна употреба на алкохол може да предизвика пролив.
- Синдром на иритабилно црево (ИЦС) е најчеста причина за повремен пролив. Дијагнозата се базира на клиничката слика и на исклучувањето на органска болест. Обемот на инвестигации кои исклучуваат органско засегање се одредува индивидуално.

- Лажен пролив е најчесто причинет од психијатриски нарушувања (на пр. нарушувања во исхраната); може да постои злоупотреба на лаксативи или примеси на вода или урина во изметот. Доколу изметот има помала осмоларност од плазмата, најверојатно била додадена вода во изметот. Доколку постои сомнение за злоупотреба на лаксативи, тие или нивни метаболити може да се одредат во примероци од серум. Зголемена концентрација на магнезиум сугерира (зло)употреба на антацид кои содржат магнезиум.
- Проливот може да биде предизвикан од претходна радиотерапија или абдоминална операција (цревна ресекција, by-pass операции); намалена е апсортивната површина и има екцесивен раст на цревни бактерии.

ИСЛЕДУВАЊА

Историја на болеста

- Почеток и траење на проливот
  - Инфективниот колит почнува акутно со зголемена телесна температура и општи симптоми. Во најголем број случаи инфективниот колит не станува хроничен.
  - Воспалителните цревни заболувања и микроскопскиот колит почнуваат незабележително, освен ако се активирани со инфекција.
  - Пролонгиран пролив со долги асимптоматски периоди сугерира функционално нарушување (ИЦС) или микроскопски колит.
- Пролив кој се јавува по патување во странство бара поширок микробиолошки испитувања.
- Треба да се имаат предвид лековите кои пациентот ги зема и претходнтеи операции на цревата како можна етиологија на проливот.

Лабораториски испитувања

- Примарните испитувања вклучуваат седиментација на еритроцитите и/или С-реактивен протеин, плазматски натриум, калиум, АЛТ и АЛП, копрокултура, токсин за клостридиум и, ако е индицирано, паразити во изметот. Серолошки тестови за целијачна болест, како и проценка на функцијата на штитната жлезда исто така се изведуваат на ниво на ПЗЗ.
- Тест на елиминација-провокација може да биде алтернатива за тестот на толеранција на лактоза. Може да произлезат проблеми со толкувањето на резултатите заради индивидуални разлики во лактозната толеранција кај пациентите со недостаток на лактаза. Кај нејасни случаи корисен е генетски тест. Тој се препорачува кај деца над 5-годишна возраст и за адолесценти.
- Интолеранцијата на лактоза може да заведе и да не е значаен наод и да попречи точна дијагноза. Избегнувањето на лактоза треба да ги смири симптомите за две недели. Кај многу пациенти интолеренцијата на лактоза е асоцирана со синдромот на иритабилно црево, што ја чини интерпретацијата на тераписките тест тешка.
- Одредување на фекален calprotectin[3]се употребува во прелиминарна дијагноза на улцеративен колитис и Кронова болест пред колоноскопија. Исто така корисен е и за диференцијална дијагноза на инфламаторна цревна болест и иритативен цревен синдром. Негова нормална вредност доверливо исклучува инфламаторна цревна болест.
- Како понатамошно испитување се изведува колоноскопија.

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.

Подување 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. Крвави проливи се најважен симптом кај улцеративниот колит. Кај Кроновата болест симптомите се пролив, стомачна болка, покачена температура и загуба во телесната тежина. 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

- Пролонгиран **крвав пролив** може да биде предизвикан од улцеративен колитис, Кронова болест, исхемичен или радијационен колитис, ректален тумор или васкулитис.
- Пролонгиран **некрвав пролив** може да биде предизвикан со инфламаторна цревна болест (Кронова болест), микроскопски колитис, малапсорпција на жолчни киселини иритабилен цревен синдром, интолеранција на лактоза, целијачна болест, хроничен панкреатитис или панкреатична инсуфициенција, лекови, тумори (интестинален лимфом, вилозен аденом, невроендокрини тумори).

Зголемена телесна температура и покачени параметри за инфекција

- Зголемена телесна температура и покачени С-реактивен протеин и 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.
- Кај постари пациенти *Clostridium difficile* често преизвикува тешка болест со покачена телесна температува и покачена седиментација на еритроцити.
- Може да се спроведе третман со антимикробни лекови: користете метронидазол или, доколку не постои сомнение за *Clostridium difficile,* ципрофлоксацин.

Мал волумен на изметот и честа дефекација

- Сугестивно за дистален колитис или проктитис.
- Слуз или слуз помешана со крв често е присутна на површината на изметот.
- Примарните 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 стеатореа.
- Болка околу папокот и во десниот долен квадрант сугерира заболување на проксималните делови на цревото.
- Пролонгиран воден пролив со различен тек може, исто така, да е причинет од колагенозен колитис или од лимфоцитен колитис; кај овие состојби нема општи симптоми или загуба на тежина.
- Дополнителни испитувања треба да се направат за откривања на интолеранција на лактоза, целијачна болест, улцеративен колитис, Кронова болест и панкреатична инсуфициенција.

ТЕРАПИЈА

- Нарушување на балансот на вода и електролити се корегира со парентерална или орална надокнада на течности.
- Лоперамид може да се користи кај функционален пролив (неговата примена треба да се избегнува кај пролив од инфективна природа и кај тешка инфламаторна цревна болест.
- Флуорохинолони или азитромицин се користат во третман на пролив кај патници (патувачки пролив).
    - Кај други инфективни синдроми со пролив, не се почнува со антимикробен третман додека не се идентификува причинителот.

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

- Повторувано видлива крв во изметот.
- Загуба на тежината, зголемена телесна температура, влошување на општата состојба.
- Акутен почеток и континуирано влошување.
- Пролив кој се јавува и ноќе.
- Почеток на проливот во напредната возраст.
- Абнормални резултати на лабораториските тестови (хемоглобин, седиментација на еритроцитите, С-реактивен протеин, тестовите за црнодробна 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/или нејасна дијагноза.

ПОВРЗАНИ ИЗВОРИ

Литература

- Donowitz M, Kokke FT, Saidi R. Evaluation of patients with chronic diarrhea. N Engl J Med 1995 Mar 16; 332(11):725-9.

РЕФЕРЕНЦИ

1. Thomas PD, Forbes A, Green J et al. Guidelines for the investigation of chronic diarrhoea, 2nd edition. Gut 2003; 52 (Suppl 5):v1-15.
2. Trinh C, Prabhakar K. Diarrheal diseases in the elderly. Clin Geriatr Med 2007 Nov; 23(4):833-56, vii.

Последен пат прегледано за ажурирање на 30.12.2013 • Последна промена 30.12.2013

Article ID: ebm00176 (008.044)
© 2014 Duodecim Medical Publications Ltd

1. **EBM Guidelines, 30.12.2013, www.ebm-guidelines.com**
2. **Упатството треба да се ажурира еднаш на 4 години.**
3. **Предвидено е ажурирање во 2017 година.**

Упатството го ажурирала Доц. Д-р. Марија Вавлукис

Координатор: Проф. Д-р. Катица Зафировска

1463.

Врз основа на член 27 став (1) од Законот за здравствената заштита („Службен весник на Република Македонија“ број 43/12, 145/12, 87/13, 164/13, 39/14, 43/14, 132/14, 188/14 и 10/15), министерот за здравство донесе

У П А Т С Т В О

ЗА МЕДИЦИНСКОТО ЗГРИЖУВАЊЕ ПРИ СКРИНИНГ И ПРЕВЕНЦИЈА НА КОЛЕРЕКАЛЕН КАНЦЕР

Член 1

Со ова упатство се утврдува медицинското згрижување при скрининг и превенција на колерекален канцер.

Член 2

Начинот на медицинското згрижување при скрининг и превенција на колерекален канцер е даден во прилог, кој е составен дел на ова упатство.

Член 3

Здравствените работници и здравствените соработници ја вршат здравствената дејност на медицинското згрижување при скрининг и превенција на колерекален канцер по правило согласно ова упатство.

По исклучок од став 1 на овој член, во поединечни случаи по оценка на докторот може да се отстапи од одредбите на ова упатство, со соодветно писмено образложение за причините и потребата за отстапување и со проценка за натамошниот тек на згрижувањето, при што истото од страна на докторот соодветно се документира во писмена форма во медицинското досие на пациентот.

Член 4

Со денот на влегувањето во сила на ова упатство престанува да важи Упатството за практикување на медицина заснована на докази во превенција и скрининг на колоректалниот канцер („Службен весник на Република Македонија“ бр. 50/14)..

Член 5

Ова упатство влегува во сила наредниот ден од денот на објавувањето во „Службен весник на Република Македонија“.

Бр. 17-2436/1
27 февруари 2015 година
Скопје

Министер,
Никола Тодоров, с.р.

Прилог

СКРИНИНГ И ПРЕВЕНЦИЈА НА КОЛОРЕКТАЛЕН КАНЦЕР

МЗД упатства
30.12.2013 • Комплетно ажурирано

Kai Klintrup

- Најважно
- Долгорочно следење на пациенти со ризик од колоректален карцином
- Препорачана фреквенција за следење
- Поврзани извори

НАЈВАЖНО

- Скринингот има цел да го намали морталитетот од рак на цревата со рана дијагноза на болеста
- Тестот на фекално окултно крвавење (FOBT) е со намера за скрининг на асимптоматски пациенти
- Препораките за скрининг се разликуваат од земја до земја
- Екстирпација на аденоматозните колоректални полипи од симптоматските индивидуи ја намалува инциденцата и морталитетот од колоректален канцер. Сепак сите аденоми не малигнизираат за време на животот.
- Ендоскопии за следење кај пациенти кои припаѓаат на групите од ризик се вршат според локални препораки

ДОЛГОРОЧНО СЛЕДЕЊЕ КАЈ ПАЦИЕНТИ СО РИЗИК ОД КОЛОРЕКТАЛЕН КАНЦЕР

Ризични групи
- Пациенти со колоректален канцер
- Пациенти со аденоми
- Пациенти со доминантно наследна предиспозиција за колоректален канцер
  - Херединатерн не-полиматозен колоректален канцер (HNPCC)
  - Фамилијарна аденоматозна полипоза (FAP)
- Пациенти со улцеративен колитис
- Пациенти со дијагностициран колоректален канцер кај блиски роднини. Запомни да прашаш за фамилијарната историја (анамнеза) кај сите пациенти со колоректален канцер или колоректални аденоми

Асимптоматски пациенти
- Скринингот кај асимптоматичните индивидуи е индициран во случај на забележана семејна предиспозиција за канцер
  - Сите три рандомизирани долгорочни студии за скрининг на општата популација (50-75 години старост) користејќи Hemoocult II guinac тестот покажале намалена инциденца и морталитет од колоректален канцер во групата која била под скрининг (инд-А)
  - Доколу еден близок роднина на пациентот добивал колоректален канцер пред 55 годишна возраст, пациентот се смета дека припаѓа на групата на општата популација.
  - Доколку пациентот има двајца блиски роднини кои имаат колоректална неоплазма, тестирањето на фекално крвавење се препорачува на секои 1-2 годишни интервали, почнувајќи на возраста 5 години пониска од возраста на најмладиот роднина и тоа а возраста кога е дијагностициран

- Доколку пациентот припаѓа на семејство со доминантна наследност на колоректален канцер, соодветни иследувања треба да се спроведат бидејќи можно е да се откријат генетски предиспозиции со генетско тестирање и да се потврди потребата од скрининг тест

Методи на следење
- Секогаш колоноскопија

ПРЕПОРАЧАНА ФРЕКВЕНЦИЈА НА СЛЕДЕЊЕ

- Честотата на следење зависи од наодите на претходниот скрининг, на пример бројот, големината и градусот на дисплазија на аденомите. Изборот се разликува од болница до болница.
- Доколку се детектираат аденоми, а прегледот бил некомплетен или пак полипот бил парцијално отстранет, колоноскопијата се повторува по 1-6 месеци
- Следењето треба да се земе во предвид за хиперпластични полипи доколку се големи (>1 см),
- Ако се открие полип, целиот колон треба да се прегледа, а полипите да се отстранат. Отстранувањето на полип се смета како непотребно ако пациентот е со висока возраст (>75 години) и полипот се смета за бениген врз основа на неговите мали димензии (<5мм пречник), доколку има повеќе на број или доколку се лоцирани во проксималниот колон.

Пациенти со колоректален канцер или аденом (возраст под 75 г.)
- Пациенти со дијагностициран колоректален карцином или аденом имаат зголемен ризик за развој на нова колоректална неоплазма. Следењето е корисно кај пациенти кај кои се смета дека нова колоректалана неоплазма претставува поголем здравствен ризик во следниве 10 години
- На интервал од 2-3 години кај пациенти со:
  - HNPCC
  - Големи аденоми (>1 cm) или вилозни или тубуловилозни аденоми
  - Повеќе аденоми
- На 5 годишен интервал: пациенти со колоректален канцер (по постоперативниот период на следење)
- На 5-10 годишен интервали: пациенти со 1-2 тубуларни аденоми помали од 1 см во дијаметар
- Според сегашните ставови, следењето по отстранувањето на единичен тубуларен аденом кој е <5 мм во дијаметар не е потребно
- Долгорочно следење кај пациенти над 75 годишна старост само при специјални индикации

Пациенти со улцеративен колитис

- Политиките на следење се разликуваат од болница до болница и во зависност од факторите на ризик (на пример канцер кај роднините). Во принцип колоноскопијата може да се изврши на 3-годишни интервали кај пациенти кои имале улцеративен колитис повеќе од 8 години
- Доколку преканцерозна дисплазија била видена на случајна биопсија. Откривање на дисплазија на хистолошки примерок бара искуство. Доколку дисплазијата е откриена и потврдена, потребан е профилактичка колектомија
- Поставување на дијагноза на карцином асоцирана со колитис е тешка. Туморот обично не расте на егзофитичен или циркуларен начин, а наместо тоа може да личи на бенигна структура или лошо демаркирана плака.

Пациенти со Фамилијарна аденоматозна полипоза (FAP) или Херединатерн неполиматозен колоректален канцер (HNPCC)

- Двете состојби се карциматозни синдроми кои се наследуваат доминантно. Пациентите со генетска предиспозиција обично се афектирани по 40-тиот роденден доколу профилактичка колектомија (кај аденоматоза) или профилактичко отстранување на аденомот (при HNPCC) не е спроведено.
- Во некои земји постои национален регистар на овие синдроми, каде сите афектирани семејства се регистрирани. Скринингот на пациенти кои се со ризик во овие семејства е одговорност на оние кои ги одржуваат овие регистри.
- Кај сите пациенти со FAP, профилактична колектомија и илеоректосомија или илеоанална анастомоза се врши на возраст од 20-25 години
- Доколу се открие рак кај пациенти со HNPCC, се пари колектомија и илиеосигмостомија (30-35 см од колонот се остава)

ОСТАНАТИ РЕЛЕВАНТНИ ПОДАТОЦИ

Кохранови прегледи

- Диеталните влакна можеби не се ефикасни во превенцијата на колоректални аденоми и карциноми во краток временски период (2 до 4 години следење)
- Секојдневниот внес на 1гр. кациум може да има умерен заштитен ефект за развој на колоректални аденоматозни полипи
- Антиоксидансни суплементи на исхраната немаат превентивен ефект при гастроинтестинални карциноми. Потенцијалниот превентивен ефект на селен треба дополнително да се испита.

Останати докази

- Присуството на неоплазми во дисталниот колон наизглед го зголемува ризикот за напредната неоплазија во проксималниот колон, но околу 50% од пациентите со проксимална напредната неоплазма немаат дистални полипи.
- Висок диетаелен внес на лук изгледа е асоциран со намален ризик од ларингеален, гастричен, колоректален и ендометријален карцином како и со појавата на аденоматозни колоректални полипи но не постојат докази од контролирани студии.
- Колоноскопија можеби е подобра од фиберосигмоидоскопија при скрининг на роднини од прво колено на пациенти со колоректален карцином, но не постојат студии кои документираат намален севкупен морталитет кај истите.
- Средниот адхерентен аспект на фекалното окултно крварење изгледа е 40 - 50%

Литература

- Lieberman DA. Clinical practice. Screening for colorectal cancer. N Engl J Med 2009 Sep 17;361(12):1179-87. PubMed

Претходни автори:
Jukka-Pekka Mecklin
Последен преглед одобрен како ажуриран 30.12.2013 • Последни промени 30.12.2013
Article ID: ebm00198 (008.071)
© 2014 Duodecim Medical Publications Ltd

- **EBM Guidelines, 30.12.2013, www.ebm-guidelines.com**
- **Упатството треба да се ажурира еднаш на 3 години.**
- **Следно ажурирање во 2016 година.**

Упатството го ажурирал: И. Стојковски
Координатор: Проф. Др. К. Зафировска

1464.

Врз основа на член 27 став (1) од Законот за здравствената заштита („Службен весник на Република Македонија“ број 43/12, 145/12, 87/13, 164/13, 39/14, 43/14, 132/14, 188/14 и 10/15), министерот за здравство донесе

У П А Т С Т В О
ЗА МЕДИЦИНСКОТО ЗГРИЖУВАЊЕ ПРИ ОПСТИПАЦИЈА КАЈ ВОЗРАСНИ

Член 1

Со ова упатство се утврдува медицинското згрижување при опстипација кај возрасни.

Член 2

Начинот на медицинското згрижување при опстипација кај возрасни е даден во прилог, кој е составен дел на ова упатство.

Член 3

Здравствените работници и здравствените соработници ја вршат здравствената дејност на медицинското згрижување при опстипација кај возрасни по правило согласно ова упатство.

По исклучок од став 1 на овој член, во поединечни случаи по оценка на докторот може да се отстапи од одредбите на ова упатство, со соодветно писмено образложение за причините и потребата за отстапување и со проценка за натамошниот тек на згрижувањето, при што истото од страна на докторот соодветно се документира во писмена форма во медицинското досие на пациентот.

Член 4

Со денот на влегувањето во сила на ова упатство престанува да важи Упатството за практикување на медицина заснована на докази при опстипација кај возрасни („Службен весник на Република Македонија“ бр. 50/14).

Член 5

Ова упатство влегува во сила наредниот ден од денот на објавувањето во „Службен весник на Република Македонија“.

Бр. 17-2435/1
27 февруари 2015 година
Скопје

Министер,
Никола Тодоров, с.р.

Прилог

ОПСТИПАЦИЈА КАЈ ВОЗРАСНИ

МЗД Упатство
24.06.2013 • Последна промена 24.6.2013
Perttu Arkkila

- Основни податоци
- Дефиниција
- Епидемиологија
- Етиологија
- Историја на болеста
- Испитувања
- Третман
- Поврзани извори

ОСНОВНИ ПОДАТОЦИ

- Исклучете цревна оклузија (комплетна опстипација, болка, повраќање, видлива перисталтика, надуен абдомен).
- Упатете го пациентот со суспектна органска болест на натамошни испитувања (болка, крв во изметот, промени во вообичаеното цревно празнење, системски симптоми, хронична опстипација кај млад пациент).
- Идентификувајте парадоксален пролив како симптом на опстипација.
- Идентификувајте лекови како причина за опстипација.
- Започнете профилактичка медикација за опстипација кај пациенти кои примаат силни опиоди за болка.
- Дајте писмени упатства.

ДЕФИНИЦИЈА

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

ЕПИДЕМИОЛОГИЈА

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

ЕТИОЛОГИЈА

- Начин на живот.
  - Недостаток на физичка активност.
  - Исхрана сиромашна со растителни влакна.
  - Недоволен внес на течности.
  - Занемарување на нормалното чувство за потреба од дефекација (војска, училиште).
- Лекови
  - Опиоиди.
  - Антихолинергични лекови (неуролептици, антидепресиви, лекови за уринарна инконтиненција, лекови за Паркинсонова болест).
  - Стимулативни лаксативи при долготрајна употреба.

- Сукралфат, антациди.
- Диуретици.
- Препарати на железо.
- Верапамил и, во помал степен, други калциум антагонисти.

- Метаболни и ендокринолошки причини
  - Дехидратација.
  - Хиперкалцемија.
  - Хипотиреоза.
  - Хипокалемија.
  - Дијабетес.
  - Уремија.
- Невролошки заболувања
  - Повреда на `рбетен мозок.
  - Паркинсонова болест.
  - Мултиплекс склероза.
  - Цереброваскуларна болест.
  - Тумори.
- Психогени причини
  - Анорексија нервоза.
  - Депресија.
  - Психоза.
- Структурни причини
  - Цревна опструкција, тумори, дивертикули, волвулус, стриктури, фисури.
- Функционални причини
  - Синдром на иритабилно црево.
  - Синдром на спастичен pelvis.
  - Бавно транзитно време.

ИСТОРИЈА НА БОЛЕСТА

- Најважно е да се дефинира проблемот на пациентот.
  - Фрекфенција на дефекацијата.
  - Конзистенција на столиците.
  - Проблеми со процесот на дефекација.
  - Увид во сите лекови кои пациентот ги користи.
  - Времетраењето на проблемот.
  - Навики на хранење и физичка активност.
  - Дали пациентот има повремени спонтани столици.

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.
- Мелена или крвавење од чмарот.
- Општи симптоми (загуба на тежина, слабост).
- Фамилијарна анамнеза, на пр. за карцином на дебелото црево.

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 паралитичен илеус.
  - Сигмоидоскопија или ректоскопија.
  - Колоноскопија, ако постои сомение за органска причина.

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-**B**) и течности. Дадете писмени упатства.
  - Растителните влакна се корисни и во текот на бременоста. (ннд-**B**)
- Зголемување на физичката активност.
- Редовна дефекација (на пр. секое утро по појадок).
- Да се прекинат стимулативните лаксативи (сена, натриум пикосулфат, бисакодил).
- Да се прекинат или да се намали дозата на лекови кои индуцираат опстипација.
- Лаксативи кои го зголемуваат волуменот на столицата. (ннд-**B**)
  - Осмотски лаксативи.
  - Лактулоза.
- Натриум пикосулфат го зголемува дебелоцревниот мотилитет и апсорпцијата на вода. Ефективен е, но се препорачува само за краткотрајна употреба.
- Осмотските лаксативи (на пр. полиетилен гликол/макрогол) ја зголемуваат содржината на вода во столицата и механички го чистат цревото. Тие се многу ефективни. (ннд-**A**) Можат да се администрираат низ назогастрична сонда, доколку е потребно, и се погодни за долготрајна употреба, но се релативно скапи. Достапни се кесички со одредени дози, иако можат да се користат раствори, наменети за прочистување на цревото.
- Мини клизма разрешува тешка опстипација. Ако е потребно, водна клизма во голем волумен може да се користи, но постои мал ризик за перфорација.
- Мали количини сена можат да ја подобрат ефикасноста на осмотските лаксативи кај неподвижни пациенти.
- Неврогена опстипација.
  - Опстипација предизвикана од ниска повреда не треба да се третира со осмотски лаксативи, туку со редовна мини клизма во интервали од 4-6 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 со осмотски лаксативи.
- Доколку не се постигне соодветен одговор со вообичаените лаксативи во третман на опиоидно предизвикана опстипација, алтернативните третмани вклучуваат или налоксен хидрохлорид+опиоид комбинирани таблети, или инјектибилен метилналтрексон бромид.

- Доколку постои проблем со процесот на дефекација, може да биде корисен биофидбек тренинг, спроведуван од физиотерепевт.
- Ректална лаважа, нервна стимулација или хируршки третман може да се користат доколку гореспоменатите третмани не доведат до соодветно олеснување.

ПОВРЗАНИ ИЗВОРИ

МЗД упатство
4.05.2007

Кохранови прегледи

- Полиетилен гликол е поефективен во однос за лактулозата кај хронична опстипација и кај возрасни и кај деца. (ннд-**B**)

Литература

- Lembo A, Camilleri M. Chronic constipation. N Engl J Med 2003 Oct 2; 349(14):1360-8.

Последен пат прегледано за ажурирање на 24.06.2013 • Последна промена 24.06.2013

Article ID: ebm00182 (008.007)
© 2014 Duodecim Medical Publications Ltd

1. **EBM Guidelines, 24.06.2013, www.ebm-guidelines.com**
2. **Упатството треба да се ажурира на 4 години.**
3. **Предвидено е следно ажурирање во 2017 година.**

Упатството го ажурирала Доц. Д-р. Марија Вавлукис
Координатор: Проф. Д-р. Катица Зафировска

1465.

Врз основа на член 27 став (1) од Законот за здравствената заштита („Службен весник на Република Македонија“ број 43/12, 145/12, 87/13, 164/13, 39/14, 43/14, 132/14, 188/14 и 10/15), министерот за здравство донесе

У П А Т С Т В О
ЗА МЕДИЦИНСКОТО ЗГРИЖУВАЊЕ ПРИ КОЛОНОСКОПИЈА СИГМОИДОСКОПИЈА

Член 1

Со ова упатство се утврдува медицинското згрижување при колоноскопија сигмоидоскопија.

Член 2

Начинот на медицинското згрижување при колоноскопија сигмоидоскопија е даден во прилог, кој е составен дел на ова упатство.

Член 3

Здравствените работници и здравствените соработници ја вршат здравствената дејност на медицинското згрижување при колоноскопија сигмоидоскопија по правило согласно ова упатство.

По исклучок од став 1 на овој член, во поединечни случаи по оценка на докторот може да се отстапи од одредбите на ова упатство, со соодветно писмено образложение за причините и потребата за отстапување и со проценка за натамошниот тек на згрижувањето, при што истото од страна на докторот соодветно се документира во писмена форма во медицинското досие на пациентот.

Член 4

Со денот на влегувањето во сила на ова упатство престанува да важи Упатството за практикување на медицина заснована на докази при колоноскопија и сигмоидоскопија („Службен весник на Република Македонија“ бр.50/14)..

Член 5

Ова упатство влегува во сила наредниот ден од денот на објавувањето во „Службен весник на Република Македонија“.

Бр. 17-2434/1
27 февруари 2015 година
Скопје

Министер,
Никола Тодоров, с.р.

Прилог

КОЛОНОСКОПИЈА И СИГМОИДОСКОПИЈА

МЗД Упатство
8.12.2009 • Последна промена 8.12.2009
Ilkka Kunnamo

- Основни правила
- Индикации за колоноскопија
- Состојби каде колоноскопија/ сигмоидоскопија не е прво испитување
- Подготовки на пациентот за колоноскопија/ сигмоидоскопија
- Техники на фиберсигмоидоскопија
- Наоди од клиничко значење
- Контраиндикации за сигмоидоскопија и колоноскопија

ОСНОВНИ ПРАВИЛА

- Колоноскопиите се изведуваат во примарната здравствена заштита и од општите лекари во растечки број. За дијагноза на аденоми и канцер, колоноскопијата има предност пред сигмоидоскопијата.
- Колоноскопијата треба да се изведе како почетно испитување кога се бара можна колонска причина за феро-дефицитарна анемија или окултно крвавење во фецес. Темелното испитување на овие пациенти и ендоскопското следење на пациенти со аденоми се клучни за рана дијагноза и лекување, како и за превенција на колонскиот канцер.
- Подготвеност за полипектомија е пожелна, барем ако колоноскопијата се прави поради позитивен скрининг тест за окултно крвавење во изметот.
- Сигмоидоскопија е најчесто доволна во испитувањето на крвава дијареја, пролонгирана дијареја или свежа крв од анусот, ако причината за крвавење стане очигледна во текот на испитувањето. Микроскопскиот колитис речиси секогаш може да се дијагностицира во сигмата.
  - Доколку се детектира аденом со сигмоидоскопија, задолжително е индицирана колоноскопија.
- Фиберсигмоидоскопијата треба да ја замени ректоскопијата со ригиден инструмент секогаш кога сигмоидоскопијата е достапна.
- Сигмоидоскопијата мора секогаш да биде надополнета со проктоскопија и ректално туше за да се детектираат абнормалностите во аналниот канал.

ИНДИКАЦИИ ЗА СИГМОИДОСКОПИЈА

- Анално крвавење (упатство за испитување на пациент со ректално крвавење).
  - Колоноскопија или сигмоидоскопија вообичаено треба да се направат кај пациенти над 50-годишна возраст.
  - Проктоскопија е доволна во случај на млади пациенти со анална фисура (упатство за анална фисура) или хемороидална болест со клиничка слика во прилог на тие состојби (упатство за хемороидална болест).
- Железо-дефициентна анемија од непознато потекло.
- Окултно крвавење во фецес, кај пациент без епигастрични тегоби, што би индицирале гастроскопија како прво испитување.
- Хронична дијареја: сомнение за инфламаторно цревно заболување (проктитис, улцерозен колитис или Кронова болест) според симптомите на пациентот.

- Ако пациентот има дијареја или крвава дијареја, по третманот со антибиотици, тогаш како иницијално испитување за Clostriidium колитис доволно е да се направи тест за токсин на Clostridium difficile или култура на Clostridium difficile.
- Дури и при нормален ендоскопски наод кај пациенти со дијареја, потребно е да се земат биопсии за да се дијагностицира колитис.

- Промена на цревните навики кај пациенти над 50- годишна возраст, посебно кај пациенти со стомачни болки.
- Колоноскопија како повторувачка метода на следење е индицирана по отстранувањето на аденом или хируршки третман на колоректален канцер, во асоцијација со хередитарен колоректален канцер кај роднини (ннд-**С**), кај хроничен колитис поради ризик од канцер (ннд-**С**) и за проценка на активноста и проширеноста на хроничниот симптоматски колитис.

СОСТОЈБИ КАДЕ СИГМИДОСКОПИЈАТА НЕ Е ПРВО ИСПИТУВАЊЕ

- Мелена (црна, како катран столица). Најчеста причина е горнодигестивно крвавење и прво треба да се направи гастроскопија.
- Симптоми кои сугерираат лактозна интолеранција, прво треба да се направи обид со диета без млечни продукти.
- Долготрајни долно абдоминални симптоми (иритабилно црево често почнува во млада возраст и настапува периодично).
- Пациенти кај кои претходно направената колоноскопија покажала нормален наод имаат сигнификантно помал ризик од колоректален канцер од оние кај кои не била направена ендоскопија за време од 10-20 години следење. Ако била направена сигурна колоноскопија порано, повторна колоноскопија, обично, не е потребна. Но, ако пациентот развие нови симптоми, како мелена, сидеропенична анемија или пролонгирана дијареја, колоноскопијата треба да се повтори.

ПОДГОТОВКИ ЗА КОЛОНОСКОПИЈА/СИГМОИДОСКОПИЈА

- Да избегнува овошје и зеленчук со семки (капини, малини, домати, краставици) и ленено семе една недела пред испитувањето.
- Почнувајќи од вечерта на последниот ден пред прегледот, да пие само обична или минерална вода. Никаква друга храна во тој период.
- Утрото пред прегледот 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 цревото е чиста или скоро чиста, тогаш е време за почеток на прегледот.
- Натриум фосфат препаратите (клизми) се добра алтернатива на полиетилен гликолот. (ннд-**А**)

ТЕХНИКИ НА ФИБЕРСИГМОИДОСКОПИЈА

- Примарното ниво на здравствена заштита вклучува подготвеност за сигмоидоскопија. Испитувањето се учи релативно лесно. Колоноскопијата бара подолг период на едукација.

1. Пациентот лежи на лева страна со лесно флектирани колкови и колена.
2. Ректално туше е првата фаза од прегледот за да се откријат лезии блиску до анусот. Доколку нешто се напипа со прстот, прво треба да се направи проктоскопија. Биопсиите од ректумот се земаат по сигмоидоскопскиот преглед.
3. Врвот на инструментот се подмачкува со гел на лидокаин пред да се внесе во ампула ректи.

4. Луменот на цревото се визуелизира со инсуфлирање на воздух во цревото. Прегледот се продолжува само кога јасно се гледа луменот на цревото, а визуелна контрола е неопходна секогаш кога со инструментот се навлегува. Продолжувањето на прегледот на слепо може да доведе до навлегување на врвот на инструментот во дивертикулум, што може да резултира со перфорирање на цревото. Доколку прегледот се направи без прекин до крајната точка, евалуацијата на цревото се прави при вадењето на инструментот. Треба да се нотира дистанцата во сантиметри од анус на секоја промена која ќе ја детектираме.
5. Доколку луменот се изгуби и кога се инсуфлира повеќе воздух, потребно е да се вратиме со инструментот неколку сантиметри, сè додека не го видиме луменот на цревото. Доколку внесувањето на инструментот не е успешно, потребно е да се смени позицијата на пациентот со свиткани колена и лакти и петите на масата за преглед. Промената на положбата може да го исправи цревото.
6. Доколку со инструментот сме стигнале до крајната точка или виткањето на цревото не дозволува понатамошен преглед, потребно е инструментот пополека да го извлекуваме, при што внимателно треба да ја евалуираме мукозата на цревото.
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 земаат од големи тумори. Доколку лигавицата е воспалена (крвавечка, со мембрани), потребно е да се земат биопсии, како од таа зона, така и од околната лигавица. На контејнерите за биопсии запишете ја дистанцата од анусот или локацијата од каде е земена биопсијата.
8. Доколку се прави контролен преглед на пациент со ИБД[1], секогаш земете биопсии и од лигавица што изгледа нормално.

НАОДИ ОД КЛИНИЧКО ЗНАЧЕЊЕ

- Полипи (аденоми) и тумори.
- Улцерации.
- Мембрани што не можат да се отстранат или нивното тргнување предизвикува крвавење.
- Петехии или контакно крвавење од инструментот.
- Недостаток на нормален васкуларен цртеж.
- Црево како цевка, без хаустрација.
- Телангиектазии (ангиодисплазии).
- Дивертикули.
- Хемороиди.
- Инфламација на патохистолошки препарат, дисплазија или аденом.

КОНТРАИНДИКАЦИИ ЗА СИГМОИДОСКОПИЈА И КОЛОНОСКОПИЈА

- Акутен дивертикулитис 2-4 недели од почетокот на болеста, сомнение за цревна перфорација.
- Кај тешко болен пациент, делот од цревото што е лесно видлив може да се испитува.

Автори:
Ilkka Kunnamo
Article ID: ebm00189 (008.022)
© 2012 Duodecim Medical Publications Ltd

[1] Инфламаторна болест на цревото.

Последен пат прегледано за ажурирање на 8.12.2009 • Последна промена 8.12.2009

Article ID: ebm00189 (008.022)
© 2014 Duodecim Medical Publications Ltd

1. **EBM Guidelines, 8.12.2009, www.ebm-guidelines.com**
2. **Нема промени во упатството до 2014 година**
3. **Упатството треба да се ажурира еднаш на 4 години.**
4. **Предвидено е следно ажурирање во 2018 година.**

Упатството го ажурирала Доц. Д-р. Марија Вавлукис
Координатор: Проф. Д-р. Катица Зафировска

1466.

Врз основа на член 27 став (1) од Законот за здравствената заштита („Службен весник на Република Македонија“ број 43/12, 145/12, 87/13, 164/13, 39/14, 43/14, 132/14, 188/14 и 10/15), министерот за здравство донесе

У П А Т С Т В О
ЗА МЕДИЦИНСКОТО ЗГРИЖУВАЊЕ ПРИ ХРОНИЧЕН ПАНКРЕАТИТИС

Член 1

Со ова упатство се утврдува медицинското згрижување при хроничен панкреатитис.

Член 2

Начинот на медицинското згрижување при хроничен панкреатитис е даден во прилог, кој е составен дел на ова упатство.

Член 3

Здравствените работници и здравствените соработници ја вршат здравствената дејност на медицинското згрижување при хроничен панкреатитис по правило согласно ова упатство.

По исклучок од став 1 на овој член, во поединечни случаи по оценка на докторот може да се отстапи од одредбите на ова упатство, со соодветно писмено образложение за причините и потребата за отстапување и со проценка за натамошниот тек на згрижувањето, при што истото од страна на докторот соодветно се документира во писмена форма во медицинското досие на пациентот.

Член 4

Со денот на влегувањето во сила на ова упатство престанува да важи Упатството за практикување на медицина заснована на докази при хроничен панкреатитис („Службен весник на Република Македонија“ бр. 50/14).

Член 5

Ова упатство влегува во сила наредниот ден од денот на објавувањето во „Службен весник на Република Македонија“.

Бр. 17-2433/1
27 февруари 2015 година
Скопје

Министер,
Никола Тодоров, с.р.

Прилог

ХРОНИЧЕН ПАНКРЕАТИТИС

МЗД Упатство
25.04.2013·последна промена 25.4.2013
Pauli Puolakkainen

- Основни податоци
- Етиологија
- Симптоми
- Дијагноза
- Конзервативен третман
- Индикации за консултација со специјалист

ОСНОВНИ ПОДАТОЦИ

- Прекин на консумирање на алкохол пред да се развие болеста.
- Имајте во предвид хроничен панкреатитис како причина за рекурентна горноабдоминална болка, загуба на телесната тежина и пролив.
- Откријте дијабетес во рана фаза кај пациенти со хроничен панкреатитис. Внимавајте да не индуцирате хипогликемија кај пациентите на инсулин.
- Хроничниот панкреатитис е асоциран со зголемен ризик за панкреатичен карцином.

ЕТИОЛОГИЈА

- Рекурентен акутен панкреатитис може да води до хроничен панкреатитис.
- Алкохолот е причински фактор во 90% од случаите.
  - Со мали исклучоци пациентот е тежок пијач ако консумирал 150-175 g чист алкохол дневно во текот на 10-15 години пред почетокот на болеста.
- Холелитијаза.
- Метаболички нарушувања (хипертриглицеридемија, хиперпаратиреоидизам).
- Хередитарен хроничен панкреатитис (хередитарна панкреатична калцификација).
- Автоимун панкреатитис е асоциран со примарен склерозантен холангитис, примарна билијарна цироза и со Sjogren-ов синдром.

СИМПТОМИ

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

ДИЈАГНОЗА

Испитувања во примарната здравстена заштита

- Амилазата во плазма/урина, трипсиноген-2 во уринатa, леукоцитите во крвта 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.
- CA 19-9 антиген како диференцијално дијагностички тест.
- Одредување на фекална еластаза-1 е најлесната инвестигација при сомение за хроничен панкреатитис.
- За тестови на егзокрина панкреасна функција види панкреатична инсуфициенција.
- Ултрасонографија за откривање на калцификати во панкреасот и оценка на состојбата на панкреатичниот канал.

КОНЗЕРВАТИВЕН ТРЕТМАН

- Пациентот мора веднаш и потполно 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 диетални влакна. Може да се користи масло од триглицеридиди со среден синџир. 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, (види акутен панкреатитис).
  - Конзервативен третман, доволно рехидрација.
  - Аналгетици.
- Рекутентна силна болка и компликации, како псевдоцисти, се индикација за ендоскопски или за хируршки третман кај хроничниот панкреатитис.

ИНДИКАЦИИ ЗА КОНСУЛТАЦИЈА СО СПЕЦИЈАЛИСТ

- Дијагнозата на хроничен панкреатитис се базира на имиџинг (CT, MRCP, ERCP, PET, ендоскопски ултразвук). Поради тоа, потврдувањето на дијагнозата, вклучително и диференцијална дијагноза (на пр. панкреатичен канцер), често бара хоспитално испитување.
- Рекурентни епизоди на силна болка.
  - Хоспитален третман: ERCP и стентирање (поставување протеза)/латерална вирсунгојејуностомија (Puestow).
- Суспекција за компликации.
  - Панкреатична псевдоциста.
    - Симптоми: болка, цревна опструкција, билијарна опструкција.
    - Третман: ERCP и стентирање (поставување протеза/ендоскопска или хируршка псевдоцисто-гастростомија/панкреасна ресекција.
  - Панкреатична псевдоциста/ крваречка псевдоаневризма.
    - Третман: ендоваскуларен coiling или хируршки третман.
  - Панкреасни фистули
    - Третман: ендоскопски / хируршки.
  - Инфицирана панкреатична псевдоциста
    - Третман: дренажа и антибиотици.
  - Билијарна опструкција
    - Третман: ERCP и протезирање.

Последен пат прегледано за ажурирање на 25.04.2013 • Последна промена 25.4.2013

Article ID: ebm00209 (009.031)
© 2014 Duodecim Medical Publications Ltd
Article ID: ebm00996 (020.050)
© 2014 Duodecim Medical Publications Ltd

1. **EBM Guidelines, 25.04.2013, www.ebm-guidelines.com,**
2. **Упатството треба да се ажурира на 3 години.**
3. **Предвидено е следно ажурирање во 2016 година.**

Упатството го ажурираше Доц. Д-р Марија Вавлукис
Координатор Проф. Д-р Катица Зафировска

1467.

Врз основа на член 27 став (1) од Законот за здравствената заштита („Службен весник на Република Македонија“ број 43/12, 145/12, 87/13, 164/13, 39/14, 43/14, 132/14, 188/14 и 10/15), министерот за здравство донесе

У П А Т С Т В О
ЗА МЕДИЦИНСКОТО ЗГРИЖУВАЊЕ ПРИ ХОЛЕЛИТИЈАЗА

Член 1

Со ова упатство се утврдува медицинското згрижување при холелитијаза.

Член 2

Начинот на медицинското згрижување при холелитијаза е даден во прилог, кој е составен дел на ова упатство.

Член 3

Здравствените работници и здравствените соработници ја вршат здравствената дејност на медицинското згрижување при холелитијаза по правило согласно ова упатство.

По исклучок од став 1 на овој член, во поединечни случаи по оценка на докторот може да се отстапи од одредбите на ова упатство, со соодветно писмено образложение за причините и потребата за отстапување и со проценка за натамошниот тек на згрижувањето, при што истото од страна на докторот соодветно се документира во писмена форма во медицинското досие на пациентот.

Член 4

Со денот на влегувањето во сила на ова упатство престанува да важи Упатството за практикување на медицина заснована на докази при холелитијаза („Службен весник на Република Македонија“ бр. 50/14).

Член 5

Ова упатство влегува во сила наредниот ден од денот на објавувањето во „Службен весник на Република Македонија“.

Бр. 17-2432/1
27 февруари 2015 година
Скопје

Министер,
Никола Тодоров, с.р.

Прилог

ХОЛЕЛИТИЈАЗА

МЗД Упатство
2.01.2014 • Последна промена 2.01.2014
Ilmo Kellokumpu

- Основни правила
- Фактори на ризик
- Клиничка слика
- Дијагноза
- Компликации
- Индикации и итност на третманот
- Постоечки третман и терапевтски методи на избор
- Абдоминална болка по холецистектомија
- Поврзани извори
- Референци

ОСНОВНИ ПРАВИЛА

- Идентификувај го пациентот со болка предизвикана од калкулоза во жолчно кесе за што е потребна хируршка интервенција.
- Компликациите се ретки при асимптоматско калкулозно жолчно кесе и хируршка интервенција најчесто не е индицирана.
- Акутниот холециститис и другите компликации на холелитијазата (опструктивен иктерус, суперативен холангитис, емпием или, гангрена на жолчното кесе, ентеробилијарна фистула, илеус од калкулоза) треба да се лекуваат што е можно побргу по појавата на симптомите (ннд-**А**).
- Пациентите со холелитијаза често имаат други болести (како пептичен улкус, ГЕРБ[1], лактозна интолеранција, целијакија, функционална диспепсија, синдром на иритабилно црево, панкреатитис или канцер). Кој било симптом што сугерира некоја од овие болести, пред хируршката интервенција обично бара ендоскопски, лабораториски или imaging испитувања.

РИЗИК ФАКТОРИ

- Возраст.
- Женски пол.
- Наследност.
- Обезитас.
- Претходни гравидитети.
- Дијабетес мелитус.
- Хипотироидизам (особено холедохолитијаза).
- Болести на илеум.
- Тотална парентерална исхрана.

[1] Гастроезофагеална рефлуксна болест.

КЛИНИЧКА СЛИКА

- Две третини од пациентите со холелитијаза се асимптоматски.
  - Болката често се шири кон грбот и кон рамото. Нападот е често придружен со гадење и со повраќање.
    - Билијарната болка која трае повеќе од 12 часа, проследена со покачена температура или пожолтување, е сомнителна за холециститис или холангитис.

ДИЈАГНОЗА

- Метода на избор за дијагноза на некомплицирани и комплицирани случаи е ултразвучен преглед на стомакот. Се детектира холелитијаза со сензитивност од 90%, но сензитивноста во откривањето на холедохолитијазата е само 25%.
- Специјални испитувања
  - ERCP (ендоскопска ретроградна холангиопанкреатографија) може да се користи и за дијагноза и за екстракција на калкули од холедохот.
  - Покачени вредности на АЛТ (аланин-аминотрансфераза), АФ(алкална фосфатаза) и билирубин, придружени со болки, се индикативни за холедохолитијаза. Меѓутоа, околу 40-60% од ЕРЦП испитувања, направени само поради покачени црнодробни тестови, имаат нормален наод.
  - За дијагноза на холециститис и за проценка на неговата тежина, заедно со клиничкиот преглед, треба да се одредат ЦРП (Ц-реактивен протеин) во серумот и црнодробни тестови (АЛТ, алкална фосфатаза, билирубин). Концентрацијата на серумската амилаза и ултразвучен преглед на абдоменот се користат за исклучување на панкреатитис.

КОМПЛИКАЦИИ

- Акутен холециститис: билијарна болка подолго од 12 часа, температура и покачен ЦРП.
- Акутен холангитис: покачена температура, треска, болка, пожолтување.
- Акутен панкреатитис: силна болка, зголемена амилаза во крвта и урината (или трипсиноген-2 во урината), нарушени црнодробни тестови, анамнеза.
- Пожолтување.
- Карцином на жолчно кесе.
- Илеус од жолчна калкулоза (големи калкули минуваат во дуоденум преку холецисто-дуоденална фистула и го оклудираат цревото). Клиничката слика е типична за интестинална опструкција. Нативна рендгенграфија на абдоменот може да покаже воздух во жолчните канали.

ИНДИКАЦИИ И ИТНОСТ НА ТРЕТМАНОТ

- **Асимптоматска калкулоза** во жолчното кесе не е потребно да се лекува (со исклучок на целосно калцифицирано "порцеланско" жолчно кесе кое е ризик фактор за калкулоканцер, имуносупресивни лекови).
- Пациенти со повторувачки епизоди на **билијарна колика** треба да се оперираат во рамките на неколку месеци, а оние со тешки симптоми, поитно. Да избегнуваат храна која ја провоцира болката додека ја чекаат операцијата. За ублажување на болките се даваат НСАИЛ[2] или спазмолитици.
- **Акутен холециститис** се лекува хируршки во рамките на 2-7 дена од почетокот на симптомите **(ннд-А)**. Старите пациенти и оние со лоша општа здравствена состојба треба, исто така, да се упатат за хируршка евалуација. Како иницијална терапија се користат

[2] Нестероидни антиинфламаторни лекови.

инфузии и аналгетици. Треба да се аплицира антибиотик како што е цефуроксим 1.5 гр три пати на ден (причинител е обично E. coli).

- Пациенти со **акутен билијарен панкреатит** треба веднаш да се упатат во болница. Како почетна терапија им се даваат инфузии и аналгетици. За проверка на присуството на холедохолитијаза се прави МРЦП (магнентна резонансна холангио-панкреатографија) или ЕРЦП. Доколку се открие заглавен калкул или холангитис во текот на ургентен ЕРЦП (во првите 48 часа), се изведува сфинктеротомија и отстранување на калкулозата. Холецистектомија се врши во текот на еден месец за да се превенира повторен панкреатитис.
- Иктеричен пациент треба да се упати во болница за испитувања и третман во текот на следните 24 часа.
- Калкулоканцер често е случаен наод при холецистектомија. Тој може случајно да се дијагностицира кај пациенти со иктер или со други тешки билијарни симптоми. Во однос на понатамошните испитувања и хируршки третман, треба да се носат индивидуални одлуки.

ПОСТОЕЧКИ ТРЕТМАН И ТЕРАПЕВТСКИ МЕТОДИ НА ИЗБОР

- Компликациите од холелитијазата треба да се лекуваат хируршки во текот на неколку дена од почетокот на симптомите.
- Дури и многу стари пациенти и пациенти со лоша општа здравствена состојба може да се лекуваат со конвенционални оперативни мерки или со помалку инвазивни понови методи (радиолошки и ендоскопски методи).
- Лапароскопската холецистектомија сè повеке се користи за холецистектомија и отстранување на калкули од холедохот (ннд-**С**). Предноста на овој пристап се состои во пократката должина на хоспитализација и боледување. Лапароскопска холецистектомија мора понекогаш да биде конвертирана во отворена хирургија во текот на самата процедура **(ннд-С)**.
- Холедохолитијаза се отстранува со ЕРЦП. Во некои случаи можно е жолчното кесе да се остави in situ - кај стари лица и пациенти со лошо општо здравје. Меѓутоа, половина од пациентите ќе продолжат да добиваат болни атаки, што ќе доведе евентуално до холецистектомија кај околу една третина од пациентите.
- Резидуална или рецидивантна калкулоза по холецистектомија може да се отстрани со ЕРЦП.
- Асимптоматската калкулоза не се лекува хируршки, со оглед на тоа дека оперативниот ризик (иако минимален) го надминува очекуваниот бенефит.
- Медикаментозната дисолуциона терапија и другите експериментални методи сè уште не станаа рутинска практика. (ннд-**А**)

АБДОМИНАЛНА БОЛКА ПО ХОЛЕЦИСТЕКТОМИЈА

- Абдоминалната болка по холецистектомија може да биде причинета од резидуална или од рекурентна калкулоза во билијарниот тракт, билијарна стриктура или спазми. Покачени концентрации на АЛТ во плазмата или алкалната фосфатаза може да сугерираат ваква состојба.
- Симптомите може да не се од билијарно потекло, како на пр. болести на желудникот или дебелото црево. Доколу е потребно, треба да се вршат специјалистички испитувања (ендоскопски, имиџинг методи и лабораториски испитувања) или на пациентот може да му е потребна специјалистичка консултација (секогаш кога лабораториските тестови се абнормални).

ПОВРЗАНИ ИЗВОРИ

МЗД Упатства
30.09.2010

КОХРАНОВИ ПРЕГЛЕДИ

- Отворена хирургија на жолчниот канал е супериорна во однос на ЕРЦП, и лапароскопската интервенција е подеднакво ефективна како ЕРЦП во третирање на холедохолитијаза. ЕРЦП резултира со зголемен број на тотални процедуре (ннд – **А).**
- Смртноста при лапароскопска холецистектомија е во опсег 9-16 на 10 000, повреди на холедохус 35-45 на 10 000, и честота на конверзија во отворена холецистектомија околу 5% (ннд – **С**).
- Дреновите ја зголемуваат штетата за пациентот, без да им пружат каква било дополнителна корист на пациентите подложени на отворена или на лапароскопска холецистектомија и треба да се избегнуваат **(ннд-А**).
- Профилактичката холецистектомија го намалува ризикот од смрт или од компликации од калкулите кај пациенти чија холедохолитијаза била исчистена со ендоскопска ретроградна холангиопанкреатографија (ЕРЦП) и ендоскопска сфинктеротомија **(ннд-А).**
- Подигањето на стомачниот ѕид нема јасна предност над пнеумоперитонеумот кај пациенти со блага или без системска болест што се подложуваат на лапароскопска холецистектомија. Тоа може да ги намали кардиопулмоналните промени, но нема влијание на морбидитетот и го продолжува оперативното време **(ннд-С).**
- Раната лапароскопска холецистектомија (<24 часа од дијагнозата на билијарна колика) изгледа дека го намалува морбидитетот за време на период на чекање за елективна лапароскопска холецистектомија, стапката на конверзија во отворена холецистектомија, оперативното време и болничкиот престој, но доказите се недоволни **(ннд-D**).
- Холецистектомија при дискинезија на жолчното кесе веројатно ги подобрува симптомите на болка, но, недостасуваат докази од соодветно дизајнирани студии (ннд – **D).**
- Лапароскопска холецистектомија асистирана од робот изгледа дека е безбедна, но не нуди никаква предност пред човечка асистенција при лапароскопска холецистектомија, иако доказите се недоволни (ннд-**D).**

ДРУГИ ИЗВОРИ НА ИНТЕРНЕТ

- Carcinoma of the gallbladder. Orphanet ORPHA56044

ЛИТЕРАТУРА

- Martin DJ, Vernon DR, Toouli J. Surgical versus endoscopic treatment of bile duct stones. Cochrane Database Syst Rev 2006 Apr 19;(2):CD003327. «PMID: 16625577»PubMed
- Williams EJ, Green J, Beckingham I, Parks R, Martin D, Lombard M, British Society of Gastroenterology. Guidelines on the management of common bile duct stones (CBDS). Gut 2008 Jul;57(7):1004-21. «PMID: 18321943»PubMed
- Strasberg SM. Clinical practice. Acute calculous cholecystitis. N Engl J Med 2008 Jun 26;358(26):2804-11. «PMID: 18579815»PubMed
- Neoptolemos JP, Carr-Locke DL, London NJ, Bailey IA, James D, Fossard DP. Controlled trial of urgent endoscopic retrograde cholangiopancreatography and endoscopic sphincterotomy versus conservative treatment for acute pancreatitis due to gallstones. Lancet 1988 Oct 29;2(8618):979-83. «PMID: 2902491»PubMed
- Fan ST, Lai EC, Mok FP, Lo CM, Zheng SS, Wong J. Early treatment of acute biliary pancreatitis by endoscopic papillotomy. N Engl J Med 1993 Jan 28;328(4):228-32. «PMID: 8418402»PubMed

- Fölsch UR, Nitsche R, Lüdtke R, Hilgers RA, Creutzfeldt W. Early ERCP and papillotomy compared with conservative treatment for acute biliary pancreatitis. The German Study Group on Acute Biliary Pancreatitis. N Engl J Med 1997 Jan 23;336(4):237-42. «PMID: 8995085»PubMed
- Karjalainen J, Airo I, Nordback I. Routine early endoscopic cholangiography, sphincterotomy and removal of common duct stones in acute gallstone pancreatitis. Eur J Surg 1992 Oct;158(10):549-53. «PMID: 1360828»PubMed
- Liu CL, Lo CM, Fan ST. Acute biliary pancreatitis: diagnosis and management. World J Surg 1997 Feb;21(2):149-54. «PMID: 8995070»PubMed

Article ID: rel00479 (009.024)
© 2012 Duodecim Medical Publications Ltd

РЕФЕРЕНЦИ

1. Johnson CD. ABC of the upper gastrointestinal tract. Upper abdominal pain: Gall bladder. BMJ 2001 Nov 17; 323(7322):1170-3. **PubMed**
2. Boerma D, Rauws EA, Keulemans YC, et al. Wait-and-see policy or laparoscopic cholecystectomy after endoscopic sphincterotomy for bile-duct stones: a randomised trial. Lancet 2002 Sep 7; 360(9335):761-5. **PubMed**
3. Gibney EJ. Asymptomatic gallstones. Br J Surg 1990 Apr; 77(4):368-72. **PubMed**
4. Attili AF, De Santis A, Capri R, Repice AM, Maselli S. The natural history of gallstones: the GREPCO experience. The GREPCO Group. Hepatology 1995 Mar; 21(3):655-60. **PubMed**

Последен пат прегледано за ажурирање на 2.01.2014 • Последна промена 2.01.2014

Article ID: ebm00219 (009.024)
© 2014 Duodecim Medical Publications Ltd

1. **EBM Guidelines, 2.01.2014, www.ebm-guidelines.com**
2. **Упатството треба да се ажурира еднаш на 3 години.**
3. **Предвидено е следно ажурирање во 2017 година.**

Упатството го ажурирала Доц. Д-р. Марија Вавлукис
Координатор: Проф. Д-р. Катица Зафировска

1468.

Врз основа на член 27 став (1) од Законот за здравствената заштита („Службен весник на Република Македонија“ број 43/12, 145/12, 87/13, 164/13, 39/14, 43/14, 132/14, 188/14 и 10/15), министерот за здравство донесе

У П А Т С Т В О
ЗА МЕДИЦИНСКОТО ЗГРИЖУВАЊЕ ПРИ ХЕМОРОИДАЛНА БОЛЕСТ

Член 1

Со ова упатство се утврдува медицинското згрижување при хемороидална болест.

Член 2

Начинот на медицинското згрижување при хемороидална болест е даден во прилог, кој е составен дел на ова упатство.

Член 3

Здравствените работници и здравствените соработници ја вршат здравствената дејност на медицинското згрижување при хемороидална болест по правило согласно ова упатство.

По исклучок од став 1 на овој член, во поединечни случаи по оценка на докторот може да се отстапи од одредбите на ова упатство, со соодветно писмено образложение за причините и потребата за отстапување и со проценка за натамошниот тек на згрижувањето, при што истото од страна на докторот соодветно се документира во писмена форма во медицинското досие на пациентот.

Член 4

Со денот на влегувањето во сила на ова упатство престанува да важи Упатството за практикување на медицина заснована на докази при хемороидалната болест („Службен весник на Република Македонија“ бр.50/14).

Член 5

Ова упатство влегува во сила наредниот ден од денот на објавувањето во „Службен весник на Република Македонија“.

Бр. 17-2431/1
27 февруари 2015 година
Скопје

Министер,
Никола Тодоров, с.р.

Прилог

ХЕМОРОИДАЛНА БОЛЕСТ

МЗД Упатство
31.05.2013 • Последна промена 28.09.2009
Matti V. Kairaluoma

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

ОСНОВНИ ПРАВИЛА

- Хемороидите се последица на наголемени или пролабирани хемороидални крвни садови (меки ткива, богати со крвни садови околу аналниот канал).
- Симптомите на хемороидална болест се многу чести и често се смируваат спонтано, но имаат тенденција за повторно јавување.
- Хируршката интервенција е индицирана само кај пациенти со перзистентно пролабирани хемороиди од 4 степен (пролапс кој не се репонира).

СИМПТОМИ

- Ректалното крвавење е најчестата тегоба (хематохезија). Прашајте го пациентот за типот на крвавењето (видливо на тоалетната хартија, валкање на вешот, капење на крв по дефекација). Крв, измешана со фецес, е крвавење што сугерира тумор.
- Другите симптоми вклучуваат непријатно чувство, јадеж во аналната зона или отежната лична хигиена. Болката е најчесто знак за тромбозирани хемороиди, анална фисура или перианален хематом.

ДИЈАГНОЗА

- Визуелна инспекција
  - Надворешен анален преглед (фисури, кожни промени, тумори).
- Дигитален ректален преглед (ректално туше)
  - Нотирајте го остаточниот тонус на сфинкерот, контрактилната сила и присуство на тумори.
- Проктоскопија
  - Без претходна подготовка на цревото. Степенот на хемороидите може да се процени барајќи од пациентот да напне со проктоскопот in situ. Штом пациентот напне, проктоскопот се извлекува, а хемороидите пролабираат низ аналниот отвор заедно со проктоскопот.

- Сигмоидоскопија/колоноскопија
  - Пред да се преземе какво било лекување, мора да се направи сигмоидоскопија кај сите пациенти: кај пациенти над 50- годишна возраст се препорачува колоноскопија за да се исклучат полипи и карцином. За мелена, види го соодветното упатство.

ДИФЕРЕНЦИЈАЛНА ДИЈАГНОЗА

- Анална фисура
  - Болна, дорзално поставена; може да се палпира со ректално туше (за прегледот е неопходен гел лидокаин).
- Перианален апсцес
  - Се претпочита инцизија во општа анестезија.
- Перианална фистула
  - Често е индицирана хируршка интервенција.
- Пролапс на ректална мукоза
  - Пролапс на ректална мукоза надвор од аналниот канал. Дијагнозата е иста како за хемороиди. На визуелна инспекција се појавуваат радијални слузнички набори.

СТЕПЕНИ НА ХЕМОРОИДАЛНА БОЛЕСТ

- Градус 1: Конгестивни анални јазли.
- Градус 2: Протрузија до аналниот отвор при напнување, но со спонтано враќање во аналниот канал.
- Градус 3: Протрузија надвор од аналниот канал, бараат мануелно репонирање.
- Градус 4: Остануваат протрудирани низ аналниот отвор (не се репонираат ниту спонатно ниту мануелно).

ТЕРАПИЈА

- Асимптоматски хемороиди не се лекуваат.
- Лесни симптоми: локален третман.
  - Личната хигиена е многу важна.
  - Локални креми.
  - Лекување на опстипацијата кај сите пациенти (волумни лаксативи). (ннд-**B**)
- Крвавечки хемороиди : Лигатура со гумени ластичиња. (ннд-**A**)
- Пролабирани хемороиди: Хируршко лекување.
- Резимирање на тераписките стратегии е прикажано на табела 1.

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 x 3-4	млаки купки, растителни влакна, хируршка ексцизија
Симптоматски од IV степен	Хируршка ексцизија	
Крвавечки хемороиди или пациент со црнодробна цироза или коагулопатија	Лигатура	Склеротерапија, (хируршки третман)

ЛИГАТУРА

- Види Видео за лигација во Video Database 18.11.2007
  Article ID: vie00004 (502.003)
  © 2012 Duodecim Medical Publications Ltd

- Се изведува од страна на општ лекар.
- Се употребува инструмент за лигирање со сукција, а не форцепс.
- Како извор на светло се користи лампичка поставена 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.
- Откако ќе се позиционира врвот на вистинското место, вклучете ја сукцијата и направете 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.
- Вратете го инструментот за да го проверите точното позиционирање на гумената лента (се гледа "боровница", доколку процедурата е успешна).
- Во еден акт можат да се лигираат до три хемороиди.
- Лигираните хемороиди или мукозни набори ќе отпаднат во период од една недела и преостанатите хемороиди под лигатурата ќе атрофираат, бидејќи нивната венска поврзнаост е нарушена.
- Процедурата може да се повтори 3 до 4 пати во период од еден месец, доколку постојат резидуални хемороиди.
- Компликациите 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. Почетокот е со силна болка. Придружниот пролапс на слузницата придонесува за појава на слузав исцедок и крвавење.
- Дијагнозата се поставува со надворешен анален преглед.
- Конзервативен третман со млаки купки, туширање и локални креми може да се користат ако крвната циркулација до хемороидите е зачувана. Лекувањето може, исто така, да се спроведе дома, под услов на пациентот да не му треба болничка нега поради болка. Како што се намалува отокот, хемороидите обично се повлекуваат назад и, ако е потребно, остаточните надворешни компоненти може хируршки да се отстранат под локална анестезија.
- Ургентна операција е задолжителна за странгулирани хемороиди (темно обоени, гангренозни).

ПЕРИАНАЛЕН ХЕМАТОМ (ТРОМБОЗА НА ХЕМОРОИДАЛЕН ЈАЗОЛ)

- Перианален хематом се јавува кога венски плексус, или супкутан хематом, тромбозира и формира тврдо, темно црвено топче со акутна болка.
- Терапија: локална инфилтрација во околната кожа на 1% лидокаин, а потоа да се направи инцизија со остар скалпел. Отстранете го тромбот со нежен притисок цел да се отстрани тромбот со прстите или со киретажа. Појавата на крвавење се сопира со компресија.
- По оваа интервенција, пациентот се советува да ја мие таа зона 1-3 пати на ден.

РЕКТАЛЕН ПРОЛАПС

- Ректален пролапс е пролабирање на целиот ректален мускуларен ѕид низ аналниот отвор. Пролапсот е проследен со болка, мукусна секреција и крвавење.
- Состојбата е најчеста кај пациенти од 60-70- годишна возраст. Најчесто пациентите се од женски пол.
- Тоталниот ректален пролапс кај возрасни не се репонира спонтано и бара хируршки. третман. Пролапсот само на ректална мукоза најчесто се лекува со повторувани лигации.

ПОВРЗАНИ ИЗВОРИ

КОХРАНОВИ ПРЕГЛЕДИ

- Техниката ligasure има помала постоперативна болка по хемороидектомија во споредба со конвенционалната хемороидектомија. (ннд-**B**)

ЛИТЕРАТУРА

1. Acheson AG, Scholefield JH. Management of haemorroids. BMJ 2008; 336:380-383.
2. Matti V. Kairaluoma Previous authors:Kari-Matti Hiltunen and Jukka-Pekka Mecklin Article ID: ebm00202 (008.062) © 2012 Duodecim Medical Publications Ltd

Последен пат прегледано за ажурирање на 31.05.2013 • Последна промена 28.09.2009

Article ID: ebm00202 (008.062)
© 2014 Duodecim Medical Publications Ltd

1. **EBM Guidelines, 31.05.2013, www.ebm-guidelines.com**
2. **Нема промени во упатството до 2014 година.**
3. **Упатството треба да се ажурира еднаш на 4 години.**
4. **Предвидено е следно ажурирање во 2017 година.**

Упатството го ажурирала Доц. Д-р. Марија Вавлукис
Координатор: Проф. Д-р. Катица Зафировска

1469.

Врз основа на член 27 став (1) од Законот за здравствената заштита („Службен весник на Република Македонија“ број 43/12, 145/12, 87/13, 164/13, 39/14, 43/14, 132/14, 188/14 и 10/15), министерот за здравство донесе

У П А Т С Т В О
ЗА МЕДИЦИНСКОТО ЗГРИЖУВАЊЕ ПРИ ХЕМАТЕМЕЗА

Член 1

Со ова упатство се утврдува медицинското згрижување при хематемеза.

Член 2

Начинот на медицинското згрижување при хематемеза е даден во прилог, кој е составен дел на ова упатство.

Член 3

Здравствените работници и здравствените соработници ја вршат здравствената дејност на медицинското згрижување при хематемеза по правило согласно ова упатство.

По исклучок од став 1 на овој член, во поединечни случаи по оценка на докторот може да се отстапи од одредбите на ова упатство, со соодветно писмено образложение за причините и потребата за отстапување и со проценка за натамошниот тек на згрижувањето, при што истото од страна на докторот соодветно се документира во писмена форма во медицинското досие на пациентот.

Член 4

Со денот на влегувањето во сила на ова упатство престанува да важи Упатството за практикување на медицина заснована на докази при хематемеза („Службен весник на Република Македонија“ бр. 50/14)..

Член 5

Ова упатство влегува во сила наредниот ден од денот на објавувањето во „Службен весник на Република Македонија“.

Бр. 17-2430/1
27 февруари 2015 година
Скопје

Министер,
Никола Тодоров, с.р.

Прилог

ХЕМАТЕМЕЗА

МЗД Упатство
15.04.2013 • Последна промена 3.4.2009

Martti Matikainen Pentti Kallio

- Основни податоци
- Епидемиологија
- Историја на болеста
- Клинички наоди
- Примарни испитувања
- Прва помош
- Третман во ургентна болничка единица
- Етиологија и третман на хематемезата
- Поврзани извори

ОСНОВНИ ПОДАТОЦИ

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

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 пациент со крвавење.
- Важни фактори во историјата на болеста се:
  - Употреба на аналгетици и нестероидни антиинфламаторни лекови (НСАИЛ) (желудечни ерозии).
  - Претходна историја за улкусна болест.
  - Црнодробна цироза (вариксно крвавење).

КЛИНИЧКИ НАОДИ

- Тежината на крвавењето се оценува со клиничкиот преглед.
- Знаци за **тешко крвавење** се:
  - Нагол почеток.
  - Знаци за хиповолемичен шок или претечки шок, како 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 пристисок, 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 на палпација црн дроб.
  - Спајдер невуси, палмарен еритем.
  - Гинекомастија.
  - Пожолтување.
- Слузнички абнорманости:
  - Телеангиектазии здружени со Rendu-Osler-Weber синдромот.

ПРИМАРНИ ИСПИТУВАЊА

- Ако пациентот има знаци на шок, третманот 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 крварење, дајте и.в. инфузија.
- Ако пациентот е во шок, се препорачуваат две интравенски канили.
- Супституција на крвниот волумен е задолжителна. Употребувајте балансирани електролитни раствори. Цел на волуменската супституција е систоличен крвен притисок од 90-100 mmHg и хемоглобинска концентрација над 100 g/l, за да се избегне хипооксемија (пациентите се често возрасни и може да имаат коронарна болест).
- 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 го испраќате пациентот однапред.

ТРЕТМАН ВО УРГЕНТНА БОЛНИЧКА ЕДИНИЦА

- И.в. инфузија се продолжува.
- Хематокрит, одредување на крвна група и интерреакција се најважните примарни крвни тестови.
- Коагулациски тестови (тромбопластинско време, тромбоцити) и аминотрансферази се исто така корисни.
- Гастроскопија треба да се направи кај крвавечки пациент што е можно побргу.
  - Во пракса гастроскопија често се прави за време на дежурство. Ако пациентот е примен ноќе, гастроскопијата 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 и гастроскопија се прави веднаш.

ЕТИОЛОГИЈА И ТРЕТМАН НА ХЕМАТЕМЕЗАТА

Езофагеални варикси

- Најчеста причина за езофагеално крвавење се езофагеални вариски. Крвавењето е обично масивно и има крв “насекаде”. Наглото крвавење често запира исто така бргу, но лесно почнува повторно. Смртноста е значајна.

- Вариксно крвавење е суспектно ако хематемезата е светла и пациентот има знаци за црнодробна цироза и портална хипертензија, како асцит, гинекомастија, спајдер невуси, пожолтување или проширени вени на абдоминалниот ѕид.
- Третман
  - Хемодинамиката се одржува со доволно инфузии на волумни експандери и еритроцити.
  - Тромбоцити и свежа плазма се даваат кога е потребно.
  - Се одржува адекватна оксигенација.
  - Како прва помош се даваат соматостатин аналози. (ннд-**А**)
  - Ако крвавењето продолжува, се поставува балон тампонада (Linton или Sengstaken-Blakemore-ова сонда). Желудечниот балон се надувува, се повлекува до кардијата и се фиксира. Ова обично е доволно за запирање на крвавењето. Пред каква било балон тампонада мора да се потврди вариксна причина за крвавењето со гастроскопија. Вистинското место на балонот треба секогаш да се провери радиографски. Лошо позициониран балон е животозагрозувачка компликација.
  - Ендоскопска склеротерапија за време на акутно крвавење е прилично тешка процедура. Се повторува на едно до три неделни интервали до исчезнување на вариксите.
  - На пациентите со црнодробна цироза се дава антимикробна терапија во текот на 7 дена.
  - Како долготраен третман бета-блокаторите 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 пролапсирачката гастрична мукоза. Овој т.н. Mallory-Weiss расцеп може да крвави значително, но крвавењето обично престанува спонтано. Расцепот е локализиран на гастро-езофагеалниот спој.
- Историјата на Mallory-Weiss расцепот е прилично типична: повраќање со напнување на нормална желудечна содржина следено со хематемеза. Третман со антисекреторни средства не е неопходен.
- Слабо крвавење при Mallory-Weiss е чест случај во примарната здравствена заштита. Доколку постојат јасни анамнестички податоци дека крвта се јавила на крајот од повраќање со напнување, количината на крв е мала и е светло црвена како знак на свежо крвавење, а пациентот е во добра кондиција без знаци за продолжено крвавење, следењето во примарна здравствена заштита е доволно. Се советува подоцна ендоскопски преглед, со цел да се потврди дијагнозата.

Пептичка улкусна болест

- Пептичката улкусна болест е најважна причина за горно гастроинтестинално крвавење. Желудечниот 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, фибринско лепило).
  - Ако бил направен ендоскопски третман, треба секогаш да се направи контролна ендоскопија во текот на 24 часа. Повторен ендоскопски третман по краток опсервационен период (< 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 превенцијата на повторното крвавење. (ннд-**А**)

- Поматамошен третман
  - За време на ургентната гастроскопија треба да се направи брз хеликобактер тест. Ако е позитивен, ерадикациски третман може да отпочне веднаш штом крвавењето е престанато и повторувањето на улкусната болест и крвавење може да се избегне.

Крвавечки желудечни ерозии

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

ПОВРЗАНИ ИЗВОРИ

МЗД Упатство
8.4.2010

Кохранови прегледи

- Високи дози и средни до ниски дози на инхибитори на протонската пумпа (ИПП), можеби се подеднакво ефикасни во третманот на крвавење од акутен пептичен улцер. (ннд – **C**)
- Третман со ППИ пред ендоскопската дијагноза можеби нема ефект врз клинички значајните исходи (смртност, повторно крвавење или потреба од хириргија или трансфузии), споредено со плацебо или хистамине-2 рецептор антагонисти кај пациентите со акутно горно гастроинтестинално крвавење (ннд –**C**).
- Транексами чната киселина можеби ја редуцира севкупната смртност споредено со плацебо, кај пациенти со горно гастроинтестинално (ГИ) крвавење, но не и инциденцата на повторно крвавење, или потребата од хирургија или трансфузии (ннд-**C**).
- Антифибринолитиците можно го редуцираат траењето на крвавењето (но не и честотата на ремисии) кај хемоптизиите од било која причина, иако нема доволно докази (ннд – **D**).
- Терлипресин е поефективен од плацебо во намалувањето на смртноста кај крвавење од езофагеални варикси (ннд-**A**).
- Нема убедлив доказ дека за ефективноста на склеротерапијата како прв, единичен третман во споредба со вазоактивни лекови (ннд-**A**).
- Дополнителен ендоскопски третман по епинефринска инјекција го намалува понатамошното крвавење и потребата од хируршки третман кај пациенти со крвавечка петична улцерација (ннд-A).
- Нема доволно докази за користа и штетата од трансфузија на еритроцити кај акутно горнодигестивно крвавење (ннд-**D**).

Други збирни докази

- Бета-адренергичните-антагонисти се чинат ефективни во намалувањето на фаталните и нефаталните први гастроинтестинални крвавења од езофагеални варикозитети кај пациенти со цироза, но не ја подобруваат вкупната 2 – годишна смртност (ннд-**B**).
- Изосорбит-5-мононитрат се чини ефективен колку и пропранололот во превенцијата на првичните крвавења кај цироза (ннд-**B**).

ЛИТЕРАТУРА

- Gralnek IM, Barkun AN, Bardou M. Management of acute bleeding from a peptic ulcer. N Engl J Med 2008 Aug 28; 359(9):928-37.
- Pagliaro L, D'Amico G, Sörensen TI, Lebrec D, Burroughs AK, Morabito A, Tiné F, Politi F, Traina M. Prevention of first bleeding in cirrhosis. A meta-analysis of randomized trials of nonsurgical treatment. Ann Intern Med 1992 Jul 1;117(1):59-70.
- Teran JC, Imperiale TF, Mullen KD, Tavill AS, McCullough AJ. Primary prophylaxis of variceal bleeding in cirrhosis: a cost-effectiveness analysis. Gastroenterology 1997 Feb; 112(2):473-82.
- Hayes PC, Davis JM, Lewis JA, Bouchier IA. Meta-analysis of value of propranolol in prevention of variceal haemorrhage. Lancet 1990 Jul 21; 336(8708):153-6.
- 5.. Merkel C, Marin R, Enzo E, Donada C, Cavallarin G, Torboli P, Amodio P, Sebastianelli G, Sacerdoti D, Felder M, Mazzaro C, Beltrame P, Gatta A. Randomised trial of nadolol alone or with isosorbide mononitrate for primary prophylaxis of variceal bleeding in cirrhosis. Gruppo-Triveneto per L'ipertensione portale (GTIP) Lancet 1996 Dec 21-28; 348(9043):1677.

Последен пат прегледано за ажурирање на 15.04.2013 • Последна промена 3.04.2009

Article ID: ebm00177 (008.005)
© 2014 Duodecim Medical Publications Ltd

Article ID: ebm00996 (020.050)
© 2014 Duodecim Medical Publications Ltd

1. **EBM Guidelines, 15.4.2013, www.ebm-guidelines.com**
2. **Упатството треба да се ажурира еднаш на 3 години.**
3. **Предвидено е следно ажурирање во 2016 година.**

Упатството го ажурирала Доц. Д-р. Марија Вавлукис
Координатор: Проф. Д-р. Катица Зафировска

1470.

Врз основа на член 27 став (1) од Законот за здравствената заштита („Службен весник на Република Македонија“ број 43/12, 145/12, 87/13, 164/13, 39/14, 43/14, 132/14, 188/14 и 10/15), министерот за здравство донесе

У П А Т С Т В О
ЗА МЕДИЦИНСКОТО ЗГРИЖУВАЊЕ ПРИ ГАСТРОСКОПИЈА

Член 1

Со ова упатство се утврдува медицинското згрижување при гастроскопија.

Член 2

Начинот на медицинското згрижување при гастроскопија е даден во прилог, кој е составен дел на ова упатство.

Член 3

Здравствените работници и здравствените соработници ја вршат здравствената дејност на медицинското згрижување при гастроскопија по правило согласно ова упатство.

По исклучок од став 1 на овој член, во поединечни случаи по оценка на докторот може да се отстапи од одредбите на ова упатство, со соодветно писмено образложение за причините и потребата за отстапување и со проценка за натамошниот тек на згрижувањето, при што истото од страна на докторот соодветно се документира во писмена форма во медицинското досие на пациентот.

Член 4

Со денот на влегувањето во сила на ова упатство престанува да важи Упатството за практикување на медицина заснована на докази при гастроскопија („Службен весник на Република Македонија“ бр.50/14)..

Член 5

Ова упатство влегува во сила наредниот ден од денот на објавувањето во „Службен весник на Република Македонија“.

Бр. 17-2429/1
27 февруари 2015 година
Скопје

Министер,
Никола Тодоров, с.р.

Прилог

ГАСТРОСКОПИЈА

МЗД Упатство
7.12.2009·последна промена 7.12.2009
Ilkka Kunnamo

- Основни податоци
- Индикации за гастроскопија
- Кога гастроскопија најчесто не се индицира
- Подготовки за испитувањето и нега по прегледот
- Ендоскопски наоди од значење
- Контраиндикации и компликации
- Поврзани извори

ОСНОВНИ ПОДАТОЦИ

- Значењето на гастроскопијата како испитување на горнодигестивниот тракт е намалено заради намалената појава на рекурентни пептички улцерации, предизвикани од *Helicobacter pylori* инфекција, како и намалената инциденца на желудечен карцином.
- Испитувањето е непријатно за пациентот и затоа треба внимателно и индивидуално да се разгледа индикацијата за гастроскопија.
- Пред да го упатите пациентот на гастроскопија, видете ги хистолошките наоди од предходните гастроскопии. Доколку хистологијата од желудникот и десцендентниот дуоденум била нормална, не се веројатни : *Helicobacter pylori* инфекција, пептички улкус, желудечен карцином и целијакија.
- Гастроскопијата е индицирана кај пациент со алармирачки симптоми и анамнеза, како и кај пациенти со диспепсија кои се над 55- годишна возраст.

ИНДИКАЦИИ ЗА ГАСТРОСКОПИЈА

Гастроскопијата како дијагностичка инвестигација

- Алармирачки симптоми или анамнеза на пациентот
  - Повторувачки повраќања или хематемеза.
  - Тешкотии и болка при голтањето.
  - Мелена.
  - Значаен губиток на телесната тежина.
  - Железо дефицитна анемија (колоноскопијата се изведува прва доколку пациентот нема горнодигестивни симптоми).
  - Честа употреба на нестероидни антиинфламаторни лекови (НСАИЛ –и).
  - Историја за пептичка улцерација неасоцирана со Helicobacter pylori инфекција.
  - Други ризик фактори за болест на горнодигестивниот тракт: обилна употреба на алкохол, Кронова болест, член на фамилија болен од карцином.
- Диспепсија кај пациенти над 55- годишна возраст.
- Кај пациенти под 55 години screening за *Helicobacter* со уреа издивен тест или тест со антитела и третманот на *Helicobacter*-позитивните пациенти пред гастроскопија е доволна и безбедна терапевтска алтернатива (инд-А).

- Кај пациенти со функционална диспепсија, ерадикацијата на *Helicobacter* има лимитиран ефект на симптомите на диспесија (ннд-А), но се постигнува бенефит во лекувањето на пептичката улкусна болест асоцирана со *Helicobacter* инфекција.
- Доколку *Helicobacter* тестот е негативен, се спроведува 4- неделна терапија со инхибитори на протонска пумпа. Гастроскопија се изведука кога симптомите перзистираат по спроведената терапија и доколку испитувањето не е предходно направено.

- Постојани симптоми кои сугерираат рефлуксна болест.
- Градна болка од непозната етиологија.
- Акутно горнодигестивно крвавење. Прегледот треба да се изврши во рамките на 24 часа.
- Сомение за целијакија.

Гастроскопија во следењето на болеста (follow up)

- Следење кај Баретов езофагус.
- Следење на заздравувањето на езофагеални, желудечни улцерации или улцерации на анастомози.
- Следење на заздравувањето кај тежок езофагитис.
- Следење на аденоматозни полипи или карциноид на желудникот.
- Следење на диспластични промени на желудникот.
- Контрола на ефектот на безглутенска исхрана кај целијакија, доколку тестот со антитела е позитивен.

Гастроскопски процедури

- Полипектомија.
- Третман на горнодигестивно крвавење и рекрвавење.
- Склеротерапија и лигација на варикозни вени.
- Дилатација на стриктури.
- Аблација на езофагеални тумори.
- Стентирање.
- Перкутана ендоскопска гастростома.

Состојби каде најчесто не е индицирана гастроскопија

- Доколку не е потребна, гастроскопијата треба да се избегнува. Следниве состојби не исполнуваат критериуми за гастроскопско испитување:
  - Лесни симптоми кои наликуваат на гастроезофагеален рефлукс и симптоми кои реагираат на промена на животните навики или на лесна медикаментозна терапија.
  - Диспепсија кај пациенти кои се помлади од 55 години, каде симптомите се лекуваат со 2-4 неделен третман, освен ако пациентот има алармни симптоми, а не прима НСАИЛ-и.
  - Диспептични симптоми кај гастроскопирани пациенти со нормален ендоскопски наод.
- Симптоми кои сугерираат лактозна интолеранција пред третманот со диета без млеко.
- Симптоми кои сугерираат ИЦС (иритабилен цревен синдром), како што се абдоминална болка, дистензија, повремен пролив и запек.

БИОПСИИ

- Биопсиите се корисни во дијагностиката: гастритис, Helicobacter инфекција, сомнение за можна малигнизација на улцеративна лезија, целијакија и цардијаза може да се потврдат (дијагностицираат) или исклучат со помош на биопсија.

ПОДГОТОВКИ ЗА ГАСТРОСКОПИЈА И СЛЕДЕЊЕ ПО НЕА

- Пациентот не треба да консумира храна по 20 часот дента пред прегледот или минимум 6 часа пред прегледот.
- Сукралфат, антациди (кои се атсорбираат на гастричната лигавица) и лекови кои го забавуваат празнењето на желудникот не треба да се консумираат 1-2 дена пред прегледот. Други лекови може да се земаат.
- По извршениот преглед, пациентот треба да консумира 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

Езофагус

- Ерозивни проени (се препорачува Los Angeles класификацијата).
- Стриктури, улцерации, тумори.
- Баретов езофагус (сквамозниот епител е заменет со метапластичен цилиндричен епител најмалку 3 цм над зоната на јункција: потребно е ендоскопско следење заради зголемениот ризик од карцином).

Желудник

- Ретенција.
- Улцерација (голема, со недефинирани граници, нодуларна база сугерира малигнизација). Потребна е гастроскопија и биопсии по третманот.
- Тумор, аденом.
- Крвавечка лезија (можна е коагулација при ендоскопија).
- Јасна атрофија.
  - Атрофичен гастритис на корпусот на желудникот може да предизвика витамин $Б_{12}$ дефицит; одредете ја серумската концентрација на витаминот.
  - Атрофичниот гастритис до подреден степен го зголемива ризикот за карцином на желудникот. Не е потребно гастроскопско следење кај пациенти со атрофичен гастритис без симптоми, но кај оние со симптоми, гастроскопијата треба да се повторува редовно.

Дуоденум

- Улцерација (не еасоцирана со ризик за карцином).
- Ерозивно променет или деформиран булбус (сугерира ризик за дуоденална улцерација).
- Хистолошки наод за булбитис (сугерира ризик од дуоденална улцерација).
- Хистолошки наод за атрофија на цревните ресички (потврдува целијакија).
- Џардија.

ГАСТРОСКОПСКИ НАОДИ СО НЕСИГУРНО ИЛИ СО МАРГИНАЛНО КЛИНИЧКО ЗНАЧЕЊЕ

- За гастроскопските наоди со несигурно или со маргинално клиничко значење, види Табела 1.

Табела 1. Гастроскопски наоди и хистолошки промени кај пациенти со диспепсија со несигурно или со маргинално клиничко значење

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

Контраиндикации или компликации од гастроскопија

- Декомпензирана срцева слабост и тешка болест на респираторниот систем се контраиндикации за гастроскопија.
- Неодамнешен миокарден инфаркт е релативна контраиндикација, иако прегледот ретко предизвикува исхемија кај хемодинамски стабилни пациенти.
- Гравидитетот не е контраиндикација.

ПОВРЗАНИ ИЗВОРИ

Кохранови прегледи

- Обука по пат на виртуелна симулирана ендоскопија, може да биде ефикасна замена за конвенционалната пациент-базирана обука, но нема доволно докази за конечен заклучок.

ЛИТЕРАТУРА

Прегледи од клиничка практика

- Lagergren J, Lagergren P. Oesophageal cancer. BMJ 2010 Nov 26; 341():c6280.
- Jankowski J, Barr H, Wang K, Delaney B. Diagnosis and management of Barrett's oesophagus. BMJ 2010 Sep 10; 341():c4551.
- Sharma P. Clinical practice. Barrett's esophagus. N Engl J Med 2009 Dec 24; 361(26):2548-56.
- Norton B, Homer-Ward M, Donnelly MT, Long RG, Holmes GK. A randomised prospective comparison of percutaneous endoscopic gastrostomy and nasogastric tube feeding after acute dysphagic stroke. BMJ 1996 Jan 6; 312(7022):13-6.

Друга литература

- Asante MA, Mendall M, Patel P, Ballam L, Northfield TC. A randomized trial of endoscopy vs no endoscopy in the management of seronegative Helicobacter pylori dyspepsia. Eur J Gastroenterol Hepatol 1998 Dec; 10(12):983-9.

Последен пат прегледано за ажурирање на 7.12.2009 • Последна промена 7.12.2009

Article ID: ebm00996 (020.050)
© 2014 Duodecim Medical Publications Ltd

1. **EBM Guidelines, 7.12.2009, www.ebm-guidelines.com**
2. **Нема промени во упатството до 2014 година**
3. **Упатството треба да се ажурира на 4 годнни**
4. **Предвидено следно ажурирање во 2018 година**

Упатството го ажурирала: Доц. Д-р Марија Вавлукис
Координатор: Проф. Д-р. Катица Зафировска

1471.

Врз основа на член 27 став (1) од Законот за здравствената заштита („Службен весник на Република Македонија“ број 43/12, 145/12, 87/13, 164/13, 39/14, 43/14, 132/14, 188/14 и 10/15), министерот за здравство донесе

У П А Т С Т В О

ЗА МЕДИЦИНСКОТО ЗГРИЖУВАЊЕ ПРИ ГАСТРО-ЕЗОФАГЕАЛНА РЕФЛУКСНА БОЛЕСТ

Член 1

Со ова упатство се утврдува медицинското згрижување при гастро-езофагеална рефлуксна болест.

Член 2

Начинот на медицинското згрижување при гастро-езофагеална рефлуксна болест е даден во прилог, кој е составен дел на ова упатство.

Член 3

Здравствените работници и здравствените соработници ја вршат здравствената дејност на медицинското згрижување при гастро-езофагеална рефлуксна болест по правило согласно ова упатство.

По исклучок од став 1 на овој член, во поединечни случаи по оценка на докторот може да се отстапи од одредбите на ова упатство, со соодветно писмено образложение за причините и потребата за отстапување и со проценка за натамошниот тек на згрижувањето, при што истото од страна на докторот соодветно се документира во писмена форма во медицинското досие на пациентот.

Член 4

Со денот на влегувањето во сила на ова упатство престанува да важи Упатството за практикување на медицина заснована на докази при гастро-езофагеална рефлуксна болест („Службен весник на Република Македонија“ бр. 50/14).

Член 5

Ова упатство влегува во сила наредниот ден од денот на објавувањето во „Службен весник на Република Македонија“.

Бр. 17-2428/1
27 февруари 2015 година
Скопје

Министер,
Никола Тодоров, с.р.

Прилог

ГАСТРО-ЕЗОФАГЕАЛНА РЕФЛУКСНА БОЛЕСТ

МЗД Упатство
27.12.2013· последна промена 27.12.2013
Markku Voutilainen

- Основни податоци
- Дефиниција
- Епидемиологија
- Етиологија
- Симптоми
- Дијагноза
- Тест со инхибитори на протонска пумпа (ИПП)
- Ендоскопска класификација на гастро-езофагеалната рефлуксна болест ГЕРБ
- Третман
- Долгорочен третман
- Следење
- Компликации
- Поврзани извори
- Референци

ОСНОВНИ ПОДАТОЦИ

- Дијагнозата и иницијалниот третман на гастро-езофагеалната рефлуксна болест се базира на клиничките симптоми.
- Ендоскопски преглед на горнодигестивниот тракт треба да се изведе кај пациенти со алармирачки знаци и/или симптоми како:
  - Дисфагија или болка при голтање.
  - Повраќање.
  - Губење на телесната тежина.
  - Анемија.
  - Изразени симптоми резистентни на стандардна терапија.

ДЕФИНИЦИЈА

- Гастро-езофагеалната рефлуксна болест (ГЕРБ) е болест при која рефлуксот на гастрична содржина (најчесто кисела содржина) во езофагусот предизвикува симптоми и/или оштетувања на езофагусот.
- Пациентот има ГЕРБ доколку тој/таа има тешки симптоми кои што влијаат врз секојдневниот живот еднаш неделно, или лесни до умерени симптоми два пати неделно.
- Кај најголемиот број (2/3) од пациентите гастроскопскиот наод е нормален. Овие пациенти имаат ендоскопски-негативна или неерозивна рефлуксна болест (НЕРБ).
- Доколку ендоскопскиот наод утврди ерозии во дисталниот езофагус, пациентите имаат ерозивна рефлуксна болест (ЕРБ).

ЕПИДЕМИОЛОГИЈА

- ГЕРБ е често хронична состојба.
- Во индустријализираните земји, 10-20% од популацијата има симптоми на ГЕРБ.
- Инциденцата е 5 случаи на 1000 лица годишно.

ЕТИОЛОГИЈА

- Транзиторната релаксација на долниот езофагеален сфинктер неповрзана со голтање е најважниот етиолошки фактор кај 90% од случаите.
- Најголемиот број на пациенти со изразена ГЕРБ имаат хијатална хернија што ја зголемува зачестеноста на рефлуксните епизоди, особено при голтање.
- Езофагеалното оштетување е предизвикано од желудечната хидрохлорна киселина и пепсинот, а во помала мерка од жолчните киселини.
- Голтната плунка ја неутрализира рефлуксната содржина, оттука намалената секреција на плунка го зголемува ризикот за ГЕРБ.
- Пушењето ја намалува секрецијата на плунка и ја зголемува предиспозицијата за ГЕРБ.
- Други предиспозирачки фактори се: бременост, склеродерма, Сјорген синдром и дијабетична гастропареза.

СИМПТОМИ

- Жиговината, чувството на жарење зад градната коска, е главен симптом. Присутна е кај 75% од пациентите со рефлуксна болест.
- Симптомот е нагласен типично по оброк и при лежење. Жиговината е асоцирана со обилни, масни оброци, чоколада, кафе, жестоки пијалоци и кисели овошни сокови.
- Наведнување, подигнување, тесна облека ги влошуваат симптомите.
- Друг важен симпотом е регургитацијата, односно неволно враќање на желудечна содржина во устата (без гадење и повраќање).
- Други симптоми се чувство на грутка во грлото, болка при голтање (одинофагија) и повремена хиперсаливација.
- ГЕРБ е главна несрцева причина за градна болка.
- Вонезофагеалните манифестации вклучуваат: ларингитис, зарипнат глас, астма, пневмонија, идиопатска белодробна фиброза, хронична кашлица или синузит и ерозии на забната глеѓ.

ДИЈАГНОЗА

- Доколку пациентот се јавува прв пат со симптоми (жиговина, регургитација) на ГЕРБ, треба да се определи траењето и зачестеноста на симптомите. Треба да се добијат податоци во однос на тоа дали симптомите се јавуваат само во текот на денот или и ноќе.
- Пациентот со алармирачки симптоми (дисфагија, болка при голтање, повраќање, хематемеза, загуба во телесната тежина) треба да се упати на ендоскопски преглед. Доколу симптомите значајно го нарушуваат секојдневието, не треба ни малку да се одложува ендоскопијата.
- Долколку пациентот има диспетички симптоми покрај симптомите на ГЕРБ, ендоскопијата треба да се спроведе од диференцијално дијагностички причини, со цел да се исклучи пептички улкус или др.
- Во други случаи дијагнозата на ГЕРБ може да базира на анамнезата.
- При ендоскопкиот преглед на езофагусот треба: да се класифицира типот на ГЕРБ (ерозивна, не-ерозивна), да се градира тежината на ерозивната ГЕРБ (спортед Los Angeles класификацијата, табела 1) и да се идентификуваат можните компликации како Баретов езофагус (хистолошки наод на интестинална метаплазија), езофагеални улкуси или стриктури.
- Ендоскопскиот наод кај хистолошки потврден езофагитис има мала дијагностичка вредност.
- 24-часовниот езофагеален pH тест и манометријата се инвестигации кои се повремено потребни во диференцијалната дијагноза кај ГЕРБ (ахалазија и други мотилитетни нарушувања). pH тестот се изведува рутински пред хируршка интервенција.

ТЕСТ СО ИНХИБИТОРИ НА ПРОТОНСКА ПУМПА (ИПП)

- Во ИПП тестот, пациентот зема инхибитор на протонската пумпа со двојна доза (нормална терапевтска доза наутро и навечер), вообичаено во текот на 2 недели.
- Резултатот од тестот е позитивен доколку симптомите се намалат за најмалку 50%.
- Тестот се користи за да се потврди дијагноза на ГЕРБ, пред воведување на долгорочна терапија, или кога има сомнеж дека причината за несрцева градна болка е ГЕРБ.
- Тестот има висока специфичност и ниска сензитивност.

ЕНДОСКОПСКА КЛАСИФИКАЦИЈА НА РЕФЛУКСНАТА БОЛЕСТ

- Изборот и траењето на медикалната терапија зависи од тежината на езофагитисот што може да се класифицира според Los Angeles класификациониот систем (види Табела 1).
- Повеќето пациенти со ГЕРБ имаат нормален наод при езофагеална гастроскопија , т.е. имаат неерозивна рефлуксна болест.

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

Степен[1)]	**Ендоскопски наод**[2)]
А	Најмалку еден прекин на слузницата не подолг од 5 мм
Б	Најмалку еден прекин на слузницата подолг од 5 мм, кој не се шири преку врвовите на два слузнички набори
Ц	Најмалку еден прекин на слузницата кој се шири преку врвовите на два или повеќе слузнички набори, но зафаќа помалку од 75% од циркумференцијата 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 стриктури, улкуси и Баретова метаплазија се степенуваат одвоено.

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

ТРЕТМАН

Цели на терапијата (некомплицирана ГЕРБ)

- Третман на симптомите.
- Третман на ерозивниот езофагитис.
- Превенција на повторувачки езофагитис.

Промена на начинот на живот и антацидна терапија

- Погоден е за самостоен третман кај лесни и повремени симптоми.
- Се користи заедно со ефективна медикаментозна терапија.
  - Подигнување на возглавјето на креветот (симптоми во текот на ноќта). (ннд-**D**)
  - Намалување на телесната тежина ако BMI ≥ 25.0.
    - Пациент со нормална телесна тежина (BMI<25.0) може исто така да има корист од намалувањето на телесната тежина доколку почетокот на симптомите на ГЕРБ коинцидираат со покачувањето на тежината.
  - Избегнување на тесна облека околу појасот.
  - Избегнување на вечерни оброци (ноќни симптоми).
  - Чести, мали оброци (симптоми по јадење).
  - Избегнување на надразнувачка храна (сок од лимун и слични плодови, жестоки пијалоци, домати, кафе, кромид, јаки зачини, масна или пржена храна, чоколадо, нане).
  - Прекин на пушењето.

- Избегнување на некои лекови (нитрати, калциум антагонисти, антихолинергици, препарати на теофилин).
- Алгинат или антациди по потреба.

Фармакотерапија

- Медикалната терапија е слична кај неендоскопираниот, ендоскопски негативниот и лесниот езофагитис.
- Лек на избор се инхибиторите на протонска пумпа (ИПП). Х2-рецептор антагонистите може да се користат во краток период или кога е потребно, но ефектот опаѓа при повторените третмани (тахифилакса).
- FDA (US Food and Drug Administration), ги има дефинирано минималните дози на различни ИПП кои водат до ослободување од симптомите на ГЕРБ: есомепразол 20 мг, омепразол 20 мг, лансопразол 15 мг, пантопразол 40 мг и рабепразол 20 мг еднаш дневно.
- Дозата и должината на третманот со ИПП зависи од тежината на рефлуксниот езофагит (Los Angeles Classification, табела 1).
- Одговорот на дозата на ИПП варира од пациент до пациент. Ова може да се должи на вродената активноста на ензимот cytochrome P450 (CYP2C19) кој ги метаболизира ИПП, статусот на Helicobacter кај пациентот, или врската меѓу времето на земање на дозата во однос на внесот на храна.

Лесен езофагитис (степен А и Б)

- Лек на избор е инхибитор на протонска пумпа, земен 30-60 минути пред појадок.
  - Инхибитор на протонската пумпа 8-12 недели (ннд-**А**) (омепразол 20-40 mg еднаш дневно(ннд-**А**); ланзопразол 30 mg еднаш дневно (ннд-**А**); пантопразол 40 mg еднаш дневно; рабепразол 20 mg еднаш дневно; есомепразол 40 mg еднаш дневно (ннд-**А**)).
  - Сите ИПП се еднакво ефективни доколку се земаат во оптимални дози. Затоа треба да се размисли за примена на најефтиниот продукт.
  - По периодот на третман од 8-12 недели дозата се намалува. Цел е да се постигне состојба кога симптомите се јавуваат не повеќе од двапати неделно (повремените тегоби може да се третираат со антацид или со алгинати).

Изразени симптоми или езофагитис степен Ц и Д рефрактерни на регуларна терапија со ИПП

- Инхибитор на протонска пумпа (ИПП).
  - Омепразол 40 mg двапати дневно (ннд-**А**)
  - Ланзопразол 30 mg двапати дневно (ннд-**А**)
  - Рабепразол 20 mg двапати дневно
  - Езомепразол 40 mg двапати дневно (ннд-**А**)
- Доколку симптомите не се смируваат со една доза дневно, инхибиторите на протонска пумпа треба да се дозираат два пати во денот (половина час пред појадок и вечера). Има малку докази од истражувања, за ефикасноста на удвојување на дозата, а за пантопразоле целосно недостасуваат такви истражувања.
- Заздравувањето на тежок езофагит (степен Ц и Д) треба да се потврди ендоскопски.
- Пациентите со тежок ерозивен езофагит треба долго да се третират со ИПП - одржувачки дози, или хируршки (фундупликација).

Превенција на рекуренција на рефлуксен езофагит

- Езофагитисот или симптомите повторно се јавуваат кај 60-80% во текот на една година по терапијата.

- Без езофагитис на ендоскопија: ИПП (ннд-**А**) еднаш дневно или кога е потребно.
  - Треба да се избера најмалата ефективна доза.
- Лесен езофагитис: ИПП (ннд-**А**) еднаш дневно, полна или половична доза (10-20 омепразол 10-20 mg еднаш дневно; ланзопразол 13-30 mg еднаш дневно; пантопразол 40 mg еднаш дневно; рабепразол 10-20 mg еднаш дневно; езомепразол 20 mg еднаш дневно).
  - Лекот треба да се прекине кога пациентот е без симптоми.
- Тежок езофагитис; долготрајна терапија (види подолу).
- Рефлуксниот езофагитис заздравува по третман, но кај 10-40% од пациентите симптомите не се подобруваат задоволително.
  - Причини за незадоволителен резултат од третманот се: непридржување кон третманот, ненавремено земање на лекот, алкален дуоденогастро-езофагеален (жолчен) рефлукс, спастичен езофагус, психолошки фактори (анксиозност, дисоцијативни нарушувања) или несоодветна доза на лекот.

Индикации за хируршки третман

- Тежок ерозивен езофагит (степен Ц и Д) кај кој и покрај терапијата перзистираат симптомите, или пациентот одбива да прима континуирана терапија.
- Комплициран ерозивен езофагит (пр. крвавење).
- Неуспех на медикалната терапија во соодветно подобрување на симптомите.

ДОЛГОРОЧЕН ТРЕТМАН

- Во моментов, целта е да се користи најблага терапија, при која пациентот нема симптоми. Повремените тегоби може да се третираат со ИПП по потреба.
- ИПП се безбеден и ефективен третман при долготрајна терапија (ннд-**А**).
- Долготрајната терапија за одржување со инхибитори на протонската пумпа е ефикасна и безбедна (ннд-**А**).
- Хирургија (Nissen фундопликација) е потребна кај околу 10% од случаите. Индикациите се следниве:
  - Езофагитис кој не реагира на медикална терапија или често се повторува.
  - Компликации на езофагитисот: Баретов епител и непрекинат езофагитис, крвавење, изразени симптоми на аспирација.

СЛЕДЕЊЕ

- Лесниот езофагитис не треба да се контролира ендоскопски ако третманот доведува до смирување на симптомите.
- Заздравувањето на тешкиот езофагитис мора да се потврди ендоскопски, со цел да се верификува ефикасноста на третманот. Ендоскопија, исто така, е индицирана ако има промена на симптомите.
- Ако контролната ендоскопија не покаже езофагитис, ГЕРБ треба да се третира на ист начин како и рефлуксниот езофагитис. Повторувана ендоскопија при следењето е непотребна ако симптомите се смирени.

КОМПЛИКАЦИИ

- Рефлуксниот езофагитис обично е лесна болест без сериозни компликации.
- Некои од пациентите развиваат Баретов езофаг, при што доаѓа до замена на плочестиот епител со метапластичен цилиндричен епител.
  - Баретовиот езофаг е асоциран со зголемен ризик од аденокарцином (годишен ризик=0.5%).

- Ендоскопското следење кај Баретовиот езофаг не го намалува морталитеот од аденокарцином. Индицирано е ендоскопско следење при развој на диспластички промени.

- Хроничниот, улцеративен езофагитис може да предизвика стриктури и дисфагија. Езофагитисот е причина за 7% од сите гастроинтестинални крвавења. Крвавењето е скоро секогаш 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 кај старите.
- Оштетување на забниот емајл е можна асоцијација со рефлуксната болест.

ПОВРЗАНИ ИЗВОРИ

Кохранови прегледи

- Лапароскопската фундупликација е поефективна отколку медикалниот третман во третманот на ГЕРБ на краток до среден рок, иако носи одреден ризик. (ннд-**B**)
- Ендоскопските терапии доведуваат до регресија на Баретовиот езофаг и дисплазијата, иако доказите се недоволни (ннд-**D**).

Литература

- Sharma P. Clinical practice. Barrett's esophagus. N Engl J Med 2009 Dec 24; 361(26):2548-56.
- Ford AC, Moayyedi P. Treatment of chronic gastro-oesophageal reflux disease. BMJ 2009 Jul 14; 339():b2481.
- Kahrilas PJ. Clinical practice. Gastroesophageal reflux disease. N Engl J Med 2008 Oct 16; 359(16):1700-7.
- An evidence-based appraisal of reflux disease management - the Genval Workshop Report. Gut 1999 Apr; 44 Suppl 2:S1-16. [No authors listed]

РЕФЕРЕНЦИ

1. Hoogendoorn RJ, Groeneveld L, Kwee JA. Patient satisfaction with switching to esomeprazole from existing proton pump inhibitor therapy for gastro-oesophageal reflux disease: an observational, multicentre study. Clin Drug Investig 2009;29(12):803-10. «PMID: 19888786»PubMed

Последен пат прегледано за ажурирање на 27.12.2013 • Последна промена 27.12.2013

Article ID: ebm00170 (008.030)
© 2014 Duodecim Medical Publications Ltd

1. **EBM Guidelines, 27.12.2013, www.ebm-guidelines.com**
2. **Упатството треба да се ажурира еднаш на 3 години.**
3. **Предвидено следно ажурирање во 2016 година.**

Упатството го ажурирала: Доц. Д-р Марија Вавлукис
Координатор: Проф. Д-р. Катица Зафировска

1472.

Врз основа на член 27 став (1) од Законот за здравствената заштита („Службен весник на Република Македонија“ број 43/12, 145/12, 87/13, 164/13, 39/14, 43/14, 132/14, 188/14 и 10/15), министерот за здравство донесе

У П А Т С Т В О
ЗА МЕДИЦИНСКОТО ЗГРИЖУВАЊЕ ПРИ ФУНКЦИОНАЛНИ ЦРЕВНИ НАРУШУВАЊА И ИРИТАБИЛЕН ЦРЕВЕН СИНДРОМ (ИЦС)

Член 1

Со ова упатство се утврдува медицинското згрижување при функционални цревни нарушувања и иритабилен цревен синдром (ИЦС).

Член 2

Начинот на медицинското згрижување при функционални цревни нарушувања и иритабилен цревен синдром (ИЦС) е даден во прилог, кој е составен дел на ова упатство.

Член 3

Здравствените работници и здравствените соработници ја вршат здравствената дејност на медицинското згрижување при функционални цревни нарушувања и иритабилен цревен синдром (ИЦС) по правило согласно ова упатство.

По исклучок од став 1 на овој член, во поединечни случаи по оценка на докторот може да се отстапи од одредбите на ова упатство, со соодветно писмено образложение за причините и потребата за отстапување и со проценка за натамошниот тек на згрижувањето, при што истото од страна на докторот соодветно се документира во писмена форма во медицинското досие на пациентот.

Член 4

Со денот на влегувањето во сила на ова упатство престанува да важи Упатството за практикување на медицина заснована на докази при функционални цревни нарушувања и иритабилен цревен синдром („Службен весник на Република Македонија“ бр. 50/14).

Член 5

Ова упатство влегува во сила наредниот ден од денот на објавувањето во „Службен весник на Република Македонија“.

Бр. 17-2427/1
27 февруари 2015 година
Скопје

Министер,
Никола Тодоров, с.р.

Прилог

ФУНКЦИОНАЛНИ ЦРЕВНИ НАРУШУВАЊА И ИРИТАБИЛЕН ЦРЕВЕН СИНДРОМ (ИЦС)

МЗД Упатство
27.12.2013- последна промена 27.12.2013
Simo Tarpila и Markku Voutilainen

- Основни податоци
- Епидемиологија и етиологија
- Дијагноза
- Иследувања
- Терапија
- Следење на болниот
- Поврзани извори

ОСНОВНИ ПОДАТОЦИ

- Дијагнозата на финкционалното цревно нарушување се базира врз типичните симптоми и внимателно анализираната историја на болеста.
- Типична за иритабилен цравен синдром (ИЦС) е абдоминална болка или дискомфор заедно со промени во честотата на дефекацијата и конзистенцијата на столицата (дијареа или констипација).
- При дијареа-предоминантните симптоми потребно е да се исклучат целијачна болест, микроскопски колитис и лактозна малабсорпција.
- Тежок функционален цравен синдром може да го влоши квалитетот на живот во ист обем како органска болест.
- Неопходна е колоноскопија при алармирачки симптоми или клинички наоди.
- Во третманот, особено значаен е односот пациент-лекар. Лековите за ослободување од симптомите вклучуваат амитриптилин или други антидепресиви, за пролив лоперамид и за опстипација растворливи растителни влакна.

ЕПИДЕМИОЛОГИЈА И ЕТИОЛОГИЈА

- Повеќе од половината од популацијата во западните земји повремено имаат функционален цревен синдром, но 70% од нив не бараат лекарска помош.
- Во Финска преваленцата на болеста на популационо ниво се проценува на 5%. ИЦС е двапати почест кај жените.
- Клиничките симптоми може да се предизвикани од абнормалниот гастроинтестинален мотилитет, од висцерална хиперсензитивност (намален праг на болка или перцепција), од инфламација (функционални цревни симптоми, на пр. по гастроентеритис), од дисфункција на автономниот нервен систем (на пр. истовремено зачестено мокрење) или од психосоцијални фактори (стрес).

ДИЈАГНОЗА

- Пациентот има повторувачка стомачна болка или друг тип на абдоминален дискомфорт, што е асоцирано со н ајмалку два од следниве симптоми:
  - Симптомите олеснуваат со дефекација.
  - Појавата на симтоми е асоцирана со промена во фреквенцијата на столиците (зголемување или намалување).
  - Појавата на симптоми е асоцирана со промени во конзистенцијата на столицата (меки, проливести столици или невообичано тврда столица).

- Значајно за дијагнозата е дека појавата на симптоми е најмалку 6 месеци порано и дека симптомите се јавуваат најмалку 3 дена во месецот, во текот на 3 последователни месеци. Симптомите на иритабилно црево можат да се присутни и при постоење на органска болест.
- Дополнителните симптоми и испитувања кои ја потврдуваат дијагнозата за иритабилен цревен синдром вклучуваат:
  - Нарушена фреквенција на столици (повеќе од 3 цревни празнења дневно или помалку од 3 празнења неделно).
  - Нарушена конзистенција на столицата (тврда или водлеста).
  - Нарушено празнење (прекумерно напнување), повторувачка ургентност, чувство на недоиспразнетост).
  - Појава на слуз од чмарот.
  - Стомачна надуеност.
- ИЦС е субкатегоризиран според симптомите на:
  - Пролив-предоминантен ИЦС (дијарејална форма), меки или водлести столици во најмалку 25% од цревните празнења.
  - Запек-предоминантен ИЦС (опстипантна форма, тврди столици). Овој тип на ИЦС е асцоциран со надуеност на стомакот.
  - Мешан тип на ИЦС (конзистенцијата на столиците варира помеѓу водлеста и тврда).
- Повеќето пациенти со ИЦС имаат стомачна надуеност која типично се влошува во текот на денот по оброци и исчезнува во текот на ноќта. Кај функционалната стомачна надуеност, стомачната дистензија е единствен csмптом без други симптоми од дијагностичките критериуми за ИЦС опишани погоре. Кај овие пациенти продуктите со растителни влакна ги влошуваат симптомите.
- Пациентите со функционален цревен синдром често имаат функционални симптоми од горнодигестивниот тракт, како желудечна диспепсија и жарење. Анамнезата на пациентот е најважна во дијагнозата и диференцијалната дијагноза на овие симптоми. Пациентите често имаат слабост, фибромијалгија, болка во грбот, главоболка, зачестено мокрење или чувство на ургентност, чувство на недоиспразнетост на мочниот меур, а жените болка при сексуален однос.

ИСЛЕДУВАЊА

- Дијагнозата се базира на внимателно земена анамнеза.
  - Типични симптоми на иритабилен цревен синдрон (види погоре).
  - Често пациентот има симптоми повеќе од половина година, а постојат и вонцревни симптоми (од функционален тип) кои немаат медицинско објаснување, а психоорганскиот стрес ги влошува цревните симптоми.
  - Важно е да се исклучат т.н. алармантни симптоми и знаци (загуба во телесната тежина, пролонгиран третман на резистентен пролив, анемија, покачена седиментација на еритроцити, епизоди на покачена телесна температуре,ноќни симптоми) и да се провери дали има случај на колонски канцер, целијачна болест или ИЦС кај близок роднина на пациентот; потребно е да се предвидат натамошни испитувања за да се исклучи органска болест.
- Клинички преглед, палпација на абдоменот и дигитален ректален преглед. Наоди како хепатомегалија или палпаторен абдоминален тумор се индикатори за понатамошни иследувања. Кај жени со долноабдоминални тегоби или нарушувања во менструалниот циклус треба да се направи гинеколошки преглед.
- Потребата од лабораториски и imaging испитувања се одредува индивидуално. Ако пациентот има типична ИЦС симптоматологија без алармирачки симптоми или наоди, дијагнозата на ИЦС може да се постави на темел на клиничкиот наод со специфичност од 98% .
- Болести кои треба да се земат предвид во диференцијалната дијагноза кај дијарејалната форма на ИЦС се: микроскопки колит, целијакија, цардијаза, интолеранција на лактоза, бактериски раст во тенко црево, малапсорпција на жолчни киселини и колонски карцином.
- Исклучувањето на целијакијата се базира на лабораториски тестови (трансглутаминазни антитела).
- Тест со лактоза или ДНК тест за лактаза , доколку е потребно.
- Колоноскопија со цел да се откријат малигни тумори, полипи, инфламаторни цревни болести и дивертикулоза, особено ако:
  - Пациентот е над 50 години.

- Присутни се алармантни симптоми и наоди- анемија, покачена седиментација на еритроцити, загуба во телесната тежина, ректално крвавење, ноќни симтоми.
- Симптомите траат кратко време (под 6 месеци).
- Колоректален карцином кај блиски роднини.
- Пациентот има пролонгиран пролив: потребна е колоноскопија со биопсии за исклучување на микроскопски колит.

- Секогаш треба да се имаат предвид и психолошките фактори, како психијатриски нарушувања, анксиозност, а кај пациентите со функционални стомачни проблем чести се и панични нарушувања и депресија.

ТЕРАПИЈА

- Основно е да се воспостави позитивен однос со пациентот.
- Детално треба да се објаснат на пациентот симптомите и факторите за егзацербација. Од корист е и детално објаснување на патофизиологијата на симптомите.
  - На пациентот треба да му се објасни дека симптомите го рефлектираат нејзиниот/неговиот начин на реагирање на храна или различни животни ситуации и дека овие симптоми можеби ќе се повторат.
- Често кај пациентот е присутна канцерофобија. Комплетното 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.
- Дијагнозата за функционални стомачни проблеми е најчесто точна и не треба да се проверува доколку нема промена во симптомите.
  - Испитувањата, како на пр. ендоскопија, не треба да се повторат доколку претходниот наод е нормален и нема промена во симптомите.
- Медикаментозната терапија се користи за намалување на симптомите. Таа има само ограничен ефект.
- Некои пациенти со ИЦС имаат депресија и психоцоцијални проблеми. Лекувањето на овие симптоми може да го подобри квалитетот на животот.

Диетална терапија

- Овошјето и зеленчукот содржат растворливи (ннд-**А**) и нерастворливи растителни влакна (неразгранети полисахариди). Житариците особено триците, содржат главно нерастворливи растителни влакна. Кај поголемиот број на пациенти со ИЦС житариците и (особено во поголеми количини) ги влошуваат симптомите. Доколку има потреба за зголемен внес на растителни влакна (на пр. опстипантна форма на ИЦС), треба да се зголеми внесот на солубилни растителни влакна во иницијалната фаза. Медицинските продукти на растително влакна вклучуваат на пр. испахула, стеркулија и метилцелулоза. Во некои случаи во долготрајниот третман на опстипантната форма на ИЦС се потребни и нерастворливи растителни влакна (овес, ленено семе и др.). Количината на нерастворливи растителни влакна треба да се зголемува постепено.
- Алергијата на храна ретко е причина за стомачни симптоми кај возрасни и само ретко се советува елиминациона диета.
- Тешко апсорбливите јагленохидрати, како фруктоза, ксилитол и сорбитол се можна причина за дијареја. Вреди да се извегнуваат колачи и гуми за џвакање кои содржат ксилитол.
- Некогаш намалениот внес на масти ги намалува симптомите.
- Ефектот од промените во исхраната (промени во внесот на растителни влакна, јаглехидрати, масти) се јавува по неколку дена.

Медикаментозна терапија

- Медикаментозната терапија има лимитиран ефект, особено во третманот на болката и надуеноста кај ИЦС.

- Често е потребен симптоматски третман. Лековите имаат и значаен плацебо ефект кај ИЦС. Ефектот е нагласен доколку дозирањето на лекот е почесто и доколку пациентот има контакт со лекарот. Треба да се искористи овој феномен во третманот.
- Антихолинергиците (ннд-**B**) сами или во комбинација со седативи се користат во третманот на гастроинтестиналните спазми.
- Абдоминалната болка се третира и со трициклични антидепресиви (ннд-**A**) (амитриптилин, тимипрамин, кломипрамин, доксепин) и со тетрацикличен антидепресив миансерин.
  - Несаканите ефекти ја намалуваат употребата на овие лекови (опстипација, сува уста, слабост, конфузност кај 30% од корисниците на лековите).
  - Третманот се започнува со мала доза (10 mg навечер), а потоа постепено се зголемува до нивото од 25-100 mg (дневните дози не треба да се над 30 mg). Ефектите на терапијата може да се очекуваат по 4 недели. Третманот треба да се продолжи 6-12 месеци, а потоа постепено да се намалува.
- Лоперамид (ннд-**B**) се користи во третманот на дијарејалниот облик на ИЦС. Препарати со кодеин треба да се избегнуваат заради ризик од развој на зависност. Дијарејата рефреакторна на третманн може да е резултат и на малапсорпција на жолчни киселини и е потребен третман со холестерамин.
- Агонистите и антагонистите на серотининските рецептори тегасерол (ннд-**A**) и алосетрон се долго проучувани, но со оглед на несаканите ефекти не се во клиничка употреба во моментов.
- Според неколку објавени студии, пробиотиците може да ги намалат гасовите и стомачната надуеност (ннд-**C**).
- Нема доволно научни докази за ефектот на таканаречените природни препарати. (ннд-**D**) Заради можните несакани ефекти, овие препарати не може да бидат препорачани во третманот на ИЦС.
- Пациентите кои имаат ИЦС заедно со анксиозност и депресија имаат потреба од психотерапија. (ннд-**C**) Постојат некои докази за ефикасноста на хипнотерапијата. (ннд-**D**)

СЛЕДЕЊЕ НА БОЛНИОТ

- Одржување на релацијата доктор - пациент е клучно за успешен третман.
- Годишни прегледи (анамнеза и клинички преглед) може да се корисни.
- Треба да се дискутираат и објаснат на пациентот факторите (храна и психолошки фактори) кои ги егзацербираат симптомите, како и постојаната и менлива природа на симптомите.

ПОВРЗАНИ ИЗВОРИ

Литература

1. Mayer EA. Irritable bowel syndrome [Clinical practice]. N Engl J Med 2008 Apr 17; 358(16):1692-9. PubMed
2. Spiller R, Aziz Q, Creed F, et al; Clinical Services Committee of The British Society of Gastroenterology. Guidelines on the irritable bowel syndrome: mechanisms and practical management. Gut 2007 Dec; 56(12):1770-98. PubMed

Последен пат прегледано за ажурирање на 27.12.2013 • Последна промена 27.12.2013

Article ID: ebm00184 (008.008)
© 2014 Duodecim Medical Publications Ltd

1. **EBM Guidelines, 27.12.2013, www.ebm-guidelines.com**
2. **Упатството треба да се ажурира еднаш на 3 години.**
3. **Предвидено следно ажурирање во 2016 година.**

Упатството го ажурирала: Доц. Д-р Марија Вавлукис
Координатор: Проф. Д-р. Катица Зафировска

1473.

Врз основа на член 27 став (1) од Законот за здравствената заштита („Службен весник на Република Македонија“ број 43/12, 145/12, 87/13, 164/13, 39/14, 43/14, 132/14, 188/14 и 10/15), министерот за здравство донесе

У П А Т С Т В О
ЗА МЕДИЦИНСКОТО ЗГРИЖУВАЊЕ ПРИ ДИСПЕПСИЈА

Член 1

Со ова упатство се утврдува медицинското згрижување при диспепсија.

Член 2

Начинот на медицинското згрижување при диспепсија е даден во прилог, кој е составен дел на ова упатство.

Член 3

Здравствените работници и здравствените соработници ја вршат здравствената дејност на медицинското згрижување при диспепсија по правило согласно ова упатство.

По исклучок од став 1 на овој член, во поединечни случаи по оценка на докторот може да се отстапи од одредбите на ова упатство, со соодветно писмено образложение за причините и потребата за отстапување и со проценка за натамошниот тек на згрижувањето, при што истото од страна на докторот соодветно се документира во писмена форма во медицинското досие на пациентот.

Член 4

Со денот на влегувањето во сила на ова упатство престанува да важи Упатството за практикување на медицина заснована на докази при диспепсија („Службен весник на Република Македонија“ бр.50/14)..

Член 5

Ова упатство влегува во сила наредниот ден од денот на објавувањето во „Службен весник на Република Македонија“.

Бр. 17-2426/1
27 февруари 2015 година
Скопје

Министер,
Никола Тодоров, с.р.

ДИСПЕПСИЈА

МЗД Упатство
1.10.2010
Уредници
Previous authors:
Pekka Pikkarainen

- Основни податоци
- Епидемиологија
- Причини за диспепсија
- Дијагностика
- Дијагностичка стратегија
- Третман на функционална диспепција
- Испитувања по спроведен тераписки тест
- Тераписки пристап кај диспепсија од друга етиологија
- Горноабдоминална ултрасонографија во проценката на диспесијата
- Органски причини за диспепсија
- Поврзани извори

ОСНОВНИ ПОДАТОЦИ

- Гастроскопијата е примарно испитување кај пациенти со диспепсија кои се постари од 55 години или имаат алармирачки симптоми или, пак, користат нестероидни антиинфламаторни лекови (НСАИЛ-и).
- Испитувањето за диспепсија кај пациенти под 55-годишна возраст треба да започне со утврдувањето на постоење на *Helicobacter pylori* инфекција. Хеликобактер-позитивните пациенти се третираат со тројна терапија (ннд-А).
- Пред спроведување на понатамошни испитувања, треба да се направи 2-4 неделен тераписки тест со инхибитори на протонска пумпа кај пациентите кои се хеликобактер-негативни, а се на возраст под 55 години и чии симптоми не сугерираат органска болест и кои не примаат нестероидни антиинфламаторни лекови (ннд-А).
- Горноабдоминалната ултрасонографија не е корисна како примарно испитување.
- Не ја заборавајте можноста за исхемична срцева болест кај ризични пациенти.

ЕПИДЕМИОЛОГИЈА

- Диспепсијата е чест симптом. Диспептични симптоми се јавуваат кај 20-40% од популацијата со еднаква застапеност кај мажите и кај жените. Според податоците од студиите, во однос на прашањето за диспептични симптоми во текот на последните 6 месеци, инциденцата опаѓа со напреднатата возраст, со исклучок на чувството на жарење кое е помалку присутно кај помладата возрасна група.
- Околу 3 % од прегледите во примарната здравствена заштита се заради стомачни тешкотии. Според епидемиолошките студии, само една четвртина од пациентите со диспепсија консултираат лекар. Веројатноста за барање на лекарска помош:
    - Не зависти од тежината на симптомите.
    - Поголема е кај пониските социјални слоеви и кај постарите.
    - Зависи од тоа колку пациентот е загрижен за симптомите.

ПРИЧИНИ ЗА ДИСПЕПСИЈА

- Диспепсијата упатува на горноабдоминален дискомфорт и може да е причинета од различни болести.
- Диспепсијата може да е причинета од пептична улцерација, гастро-езофагеална рефлуксна болест, интолеранција на лактоза, целијакија, малигнитет, болести на панкреасот и билијарното стебло, ендокринолошки и метаболни заболувања, коронарна срцева болест и употреба на лекови или алкохол.
- **Функционалната диспепсија** се дефинира како абдоминална болка или дискомфорт со потекло од желудникот или дванаесетпалачното црево без постоење на органска или метаболна причина која ги објаснува тегобите. Диспепсијата може да се презентира како епигастрична болка или чувство на жарење или како чувство на подуеност или брза исполнетост по оброк.
  - Функционалната диспепсија е најчеста причина за горноабдоминални тешкотии.
- Доколку жиговината и регургитација на кисела содржина се главните симптоми, пациентот, најверојатно, има гастро-езофагеална рефлуксна болест.
- Гастритисот причинет од *Helicobacter pylori* е асимптоматски.

ДИЈАГНОСТИКА

Симптоми и знаци кои упатуваат на органска болест и за кои е потребна гастроскопија

- Возраст над 55 години при појавата на симптомите.
- Алармантни симптоми.
  - Изразени симптоми.
  - Долготрајни симптоми кои претходно не се испитувани.
  - Болка која ирадира кон грбот.
  - Мелена, хематемеза.
  - Повторувачко повраќање.
  - Чувство на заглавена храна во храноводот, дисфагија.
  - Објективна загуба во телесната тежина.
  - Анемија.
  - Морбиден страв од карцином.
- Тежок пушач.
- Ексцесивна консумација на алкохол.
- Употреба на НСАИЛ-и.
- Фамилијарна историја за:
  - Пептичка улкусна болест.
  - Желудечен карцином.
  - Целијакија.

Наоди кои сугерираат функционална диспепсија за која е потребен тераписки тест пред гастроскопија

- Возраст под 55 години.
- Симптоми:
  - Краткотрајни.
  - Благи.
  - Нема загуба во телесната тежина.
  - Нормална пребоеност на изметот.
- Нормални резултати од базични лабораториски тестови.

ДИЈАГНОСТИЧКА СТРАТЕГИЈА

- Епигастрична осетливост е честа кај пептичката улкусна болест како и кај функционалната диспепсија.
- Кај пациент кој има знаци кои сугерираат органска болест од лабораториските тестови се потребни: крвна слика, серумски АЛТ и алкална фосфатаза. Во други случаи хронолошкиот ред на понатамошни испитувања е:
  - Тест за хеликобактер и ерадикациски третман.
  - Тераписки тест во траење од 2-4 недели со инхибитори на протонска пумпа.
  - Одредување на серумски ИгА трансглутаминазни антитела и серумски ИгА.
  - Езофагогастродуоденоскопија и биопсии.
  - Лактоза провокациски или генски тест.
    - Лактозна интолеранција.
  - 24-часовен pH мониторинг на храноводот (пехаметрија).
    - Ова испитување е индицирано доколку терапискиот тест со инхибитори на протонска пумпа е без ефект и постои сомение за гастро-езофагеална рефлуксна болест.
  - Горноабдоминална ултрасонографија.
    - Холелитијаза.
      - Во најголем број случаи жолчните камења се асимптоматски. Инциденцата на диспепсија е иста кај пациенти со и без жолчни камења. Затоа жолчните камења, детектирани со ултрасонографијата, автоматски не се сметаат како причина за диспепсија (ннд-D). Појасна болка која трае неколку часа е сугестивна за жолчна калкулоза.
    - Тумори на панкреасот.
    - Горноабдоминална ултрасонографија треба да се изведе само доколку се негативни резултатите од претходно направените испитувања: гастроскопија и дуоденални биопсии, лактоза провокациски тест и тераписки тестови за функционална диспепсија.
  - Други испитувања: компјутеризирана томографија, магнентно резонантна холангиографија (МРХ), колоноскопија и др.

Антитела кон Хеликобактер пилори или уреаза издивен тест

- Гастритисот, предизвикан од хронична *Helicobacter pylori* инфекција, е чест и не предизвикува препознатливи симптоми.
- Кај пациентите под 55 години скринингот за хеликобактер (уреаза издивен тест, фекален тест или одредување антитела) и последователна терапија кај хеликобактер-позитивните пациенти пред гастроскопија е ефективен и безбеден тераписки пристап.
  - Кај пациентите со функционална диспепсија *Helicobacter pylori* ерадикацијата има мал или нема ефект на симптомите, но е третман за херликобактер индуцираната пептична улкусна болест.
  - Негативниот резултат значи дека пациентот нема улкус и покрај употребата на НСАИЛ-и.
- Несоодветен третман на хеликобактер индуцираниот гастритис може да доведе до пораст на антибиотик резистентни бактериски соеви, псевдомембранозен колит или десно-стран хеморагичен колит.
- Не се советува комбинација на хеликобактер тестот со одредување на пепсиноген I и II и гастрин-17, со цел да се процени можноста за атрофичен гастритис, бидејќи не постојат докази дека ендоскопското следење на пациенти со атрофичен гастрит би било од корист во детекцијата на ран стадиум на желудечен карцином.
- Ако од која било друга причина се изведува гастроскопија, не е потребен неинвазивен тест за хеликобактер, бидејќи е сигурна детекцијата *Helicobacter pylori* од биопсионите примероци.

Тераписки тестови од помош при дијагнозата

- Терапискиот тест со инхибитори на протонска пумпа во траење од 2-4 недели треба да се изведе кај пациенти под 55-годишна возраст, доколку симптомите на пациентот/пациентката упатуваат на функционална диспепсија.
- Терапискиот тест е исто така индициран кај пациент кој е претходно иследуван заради истите симптоми, а резултатите биле негативни.

ТРЕТМАН НА ФУНКЦИОНАЛНА ДИСПЕПСИЈА

- Цел на третманот е пациентот да ја разбере финкционалната природа на симптомите и нивната тенденција да се повторуваат.
- Ерадикацискиот третман за ***Helicobacter pylori*** не ги елиминира симптомите; 15% од пациентите со диспепсија се без симптоми 1 година по ерадикационата терапија.
- Намален е висцералниот праг за болка, но болка постои, не е имагинарна. Добрата релација доктор-пациент е најважна (ннд-С) и спречува непотребни испитувања и третмани.
- Кога се назначуваат дијагностички тестови кај пациентите на возраст под 55 години, би требало да се претпостави дека резултатите, најверојатно, ќе бидат нормални. Ваквиот пристап може да помогне во избегнувањето на непотребното повторување на испитувањата.
- Follow-up студии покажаа дека симптомите на функционална диспепсија се намалуваат неколку месеци по ендоскопија, но повторно се јавуваат.
- Многу мал број на пациенти развиваат органска болест во текот на периодот на следење.
- За третман на пептичката улкусна болест, види Пептичка улкусна болест, Хеликобактер пилори инфекција и хроничен гастрит, а за гастро-езофагеална рефлуксна болест види Гастро-езофагеална рефлуксна болест.

ИСПИТУВАЊА ПО СПРОВЕДЕН ТЕРАПИСКИ ТЕСТ

- Доколку симптомите кај пациентот не се воопшто подобрени во текот на 2 недели или ако симптомите перзистираат по 4- неделниот тераписки тест, пациентот треба да се упати на гастроскопија. Дококу, пак, повторувачките гастроскопски прегледи укажуваат на нормален наод, ретко е од корист нова гастроскопија.

ТЕРАПИСКИ ПРИСТАП КАЈ ДИСПЕПСИЈА ОД ДРУГА ЕТИОЛОГИЈА

- Плацебо ефект.
  - Антацидот е ефтин плацебо.
- Стомачни грчеви.
  - Антихолинергик.
- Чувство на полност, подуеност.
  - Метоклопрамид пред оброци, 10 mg три пати на ден.
- Треба да се има во предвид ерадикација на Хеликобактер пилори во третманот на диспепсијата. (ннд-А)
- Доколку е болката доминантна, од корист се трициклични антидепресиви пред спиење.

ГОРНОАБДОМИНАЛНА УЛТРАСОНОГРАФИЈА ВО ПРОЦЕНКАТА НА ДИСПЕПСИЈАТА

- Горноабдоминалната ултрасонографија е од помало значење отколку гастроскопијата во проценката на диспепсијата, освен доколку симптомите јасно не упатуваат на:
  - Холелитијаза (напади на болка кои траат неколку часа).
  - Хроничен панкреатит.
  - Карцином на панкреасот.

ОРГАНСКИ ПРИЧИНИ ЗА ДИСПЕПСИЈА

Рефлуксен езофагит

- Доколку пациентот има јасен ерозивен езофагит, третманот треба да продолжи доволно долго (1-3 месеца). Вообичаено, не е потребна повторна ендоскопија по третманот. Цел на третманот е пациентот да ја разбере функционалната природа на симптомите и нивната тенденција да се повторуваат. Ризикот за повторување на болеста е значаен доколку се прекине третманот.
  - Доколку пациентот има изразени симптоми на рефлукс, но не и езофагит, за дијагноза и избор на третман потребен е 24-часовен pH мониторинг на езофагот кој се изведува амбулантски.
  - НСАИЛ-и можат, исто така, да предизвикаат езофагеални ерозии и ја влошуваат гастро-езофагеалната рефлуксна болест.

Пептична улцерација

Желудечната улцерација може да малигнизира (кај околу 5% од случаите), затоа треба секогаш да се земаат биопсии. Заздравувањето треба да се потврди со ендоскопија. Употребата на НСАИЛ-и е ризик фактор особено кај пациентите на возраст над 60 години. Хеликобактер пилори инфекцијата мора да се ерадицира.

- Дуоденалните улцерации скоро никогаш не малигнизираат. Заздравувањето на улцерацијата не треба да се потврдува со ендоскопихја. Хеликобактер пилори инфекцијата го зголемува ризикот за повторување на болеста и треба да се ерадицира кај сите пациенти со дуоденални улцерации, вклучително и кај пациентите кои имале улкус во минатото, а се без симптоми, но примаат лекови за супресија на желудечна киселина.

Холелитијаза

- Види Холелитијаза
- Инциденцата на диспепсија е иста кај пациентите со и без жолчни камења.
- Само типична билијарна колика – десностранa силна болка која трае неколку часа и ирадира кон грбот се смета за специфичен симптом за холелитијаза. Во вакви случаи горноабдоминалната ултрасонографија е примарно испитување.

Хроничен панкреатит

- Види Хроничен панкреатит.
- Абдоминална болка, вообичаено поврзана со алкохолна консумација.
- Ултрасонографијата е дијагностичка само при тежок панкреатит. Компјутеризираната томографија е примарно радиолошко испитување по ултрасонографијата.
- Одредувањето на фекалната еластаза е од корист во дијагностицирањето на умерена или на тешка панкреатична инсуфициенција.

Целијакија

- Види Целијакија.
- Умерен облик на целијакија предизвикува неодредени диспептични симптоми.
- Тестовите за серумски трансглутаминазни и ендомизијални антитела се сензитивни и сигурни.
- Дуоденалните биопсии, земени при гастроскопија, ја потврдуваат дијагнозата.

Лактозна интолеранција

- Види Лактозна интолеранција.
- Ако диспептичните симптоми сугерираат нарушен мотилитет, треба да се исклучи хиполактазија со лактоза провокациски тест. Пациентот треба да се опсервира за симптомите провоцирани при тестот.

- Хиполактазиемијата може да се утврди со генотипизација.

- Друг помалку сигурен дијагностички пристап е опсервација на симптомите во текот на 2 недели при диета без лактоза.

Желудечен карцином

- Ризикот за желудечен карцином се зголемува со возраста. Затоа гастроскопија треба да се изведува почесто кај постари пациенти.
- Третманот опфаќа хируршка ресекција. Адјувантна хемотерапија, веројатно, не е од корист. (ннд-B)

ПОВРЗАНИ ИЗВОРИ

Кохранови прегледи

- Психолошките интервенции може да имаат некој ефект врз симптомите на диспепсија, но доказите од контролираните рандомизирани студии се слаби. (ннд-C)
- Инсуфициентни се доказите за контролата на ноќната желудечна киселинска секреција со додаток на антагонист на X_2-рецепторите. (ннд-D)

Други сумарни докази

- Антидепресивите ги намалуваат симптомите на функционалните гастроинтестинални нарушувања. (ннд-A)

ЛИТЕРАТУРА

1. Hartgrink HH, Jansen EP, van Grieken NC, van de Velde CJ. Gastric cancer. Lancet 2009 Aug 8; 374(9688):477-90.
2. Zagari RM, Fuccio L, Bazzoli F. Investigating dyspepsia. BMJ 2008 Sep 15; 337():a1400.
3. Fisher RS, Parkman HP. Management of nonulcer dyspepsia. N Engl J Med 1998 Nov 5; 339(19):1376-81.
4. Lane JA, Murray LJ, Noble S, Egger M, Harvey IM, Donovan JL, Nair P, Harvey RF. Impact of Helicobacter pylori eradication on dyspepsia, health resource use, and quality of life in the Bristol helicobacter project: randomised controlled trial. BMJ 2006 Jan 28; 332(7535):199-204.

Последен пат прегледано за ажурирање на 1.10.2010 • Последна промена нема од претходното упатство

Article ID: ebm00996 (020.050)
© 2014 Duodecim Medical Publications Ltd

1. **Dyspepsia. EBM Guidelines, 1.10.2010, www.ebm-guidelines.com,**
2. **Нема промени во упатството до 2014 година**
3. **Упатството треба да се ажурира еднаш на 4 години.**
4. **Предвидено е следно ажурирање во 2018 година.**

Упатството го ажурираше Доц. Д-р Марија Вавлукис
Координатор Проф. Д-р Катица Зафировска

1474.

Врз основа на член 27 став (1) од Законот за здравствената заштита („Службен весник на Република Македонија“ број 43/12, 145/12, 87/13, 164/13, 39/14, 43/14, 132/14, 188/14 и 10/15), министерот за здравство донесе

У П А Т С Т В О
ЗА МЕДИЦИНСКОТО ЗГРИЖУВАЊЕ ПРИ ЦРНОДРОБНА ЦИРОЗА

Член 1

Со ова упатство се утврдува медицинското згрижување при црнодробна цироза.

Член 2

Начинот на медицинското згрижување при црнодробна цироза е даден во прилог, кој е составен дел на ова упатство.

Член 3

Здравствените работници и здравствените соработници ја вршат здравствената дејност на медицинското згрижување при црнодробна цироза по правило согласно ова упатство.

По исклучок од став 1 на овој член, во поединечни случаи по оценка на докторот може да се отстапи од одредбите на ова упатство, со соодветно писмено образложение за причините и потребата за отстапување и со проценка за натамошниот тек на згрижувањето, при што истото од страна на докторот соодветно се документира во писмена форма во медицинското досие на пациентот.

Член 4

Со денот на влегувањето во сила на ова упатство престанува да важи Упатството за практикување на медицина заснована на докази при црнодробна цироза („Службен весник на Република Македонија“ бр. 50/14)..

Член 5

Ова упатство влегува во сила наредниот ден од денот на објавувањето во „Службен весник на Република Македонија“.

Бр. 17-2425/1
27 февруари 2015 година
Скопје

Министер,
Никола Тодоров, с.р.

Прилог

ЦРНОДРОБНА ЦИРОЗА

МЗД упатства
17.05.2013•последни промени 18.11.2010
Pekka Pikkarainen и Ritva Koskela

- Основни правила
- Етиологија
- Дијагноза
- Наоди што сугерираат цироза
- Лабораторски испитувања
- Горноабдоминален ултразвучен преглед
- Црнодробна биопсија
- Терапија на цирозата и нејзините компликации
- Поврзани извори

ОСНОВНИ ПРАВИЛА

- Кај цирозата функционалното ткиво на црниот дроб е заменето со сврзно ткиво.
- Од причинителите на цироза, масната дегенерација е реверзибилна состојба. Исто така, алкохолен хепатитис често може да се излекува ако пациентот прекине со внес на алкохол.
- Склоноста за развој на алкохолна болест на црниот дроб е индивидуална и непредвидлива. Жените имаат поголема склоност за црнодробна болест од мажите.
- Црнодробната биопсија е единствен сигурен метод за дијагноза на црнодробната цироза.

ЕТИОЛОГИЈА

- Алкохолен хепатитис.
- Хронична имунолошка болест на црниот дроб.
  - Автоимун хепатитис.
  - Примарна билијарна цироза.
  - Склерозантен холангитис.
- Хроничен вирусен хепатитис.
  - Хепатитис Б.
  - Хепатитис Ц.
- Метаболни заболувања.
  - Диајбетес мелитус и метаболен синдром (стеатохепатитис).
  - Хемохроматоза.
  - Алфа 1 антитрипсин дефицит.
  - Вилсонова болест.

ДИЈАГНОЗА

- Во почетната фаза болеста е асимптоматска. Слабост, јадеж, пожолтување и потекување на абдоменот се доцни знаци или се придружени со активност на основната болест.
- Акутно крвавење од езофагеални варикси може да биде прв симптом на црнодробната цироза.
- Кај алкохолната цироза стеатозата и алкохолниот хепатитис се преодни фази. На развојот на црнодробна алкохолна цироза скоро секогаш му претходи продолжено консумирање на алкохол во времетраење од над 10 години (минимум 60г за мажи и 40г алкохол на ден за жени).

- Склоноста за развој на алкохолна болест на црниот дроб е индивидуална и непредвидлива. Жените се поприемчиви за црнодробна болест од мажите.
- Стеатозата е реверзибилна. Тешка масна трансформација, стеатонекроза и перивенуларна склероза ќе претходат на прогресијата во цироза.
- Исто така, алкохолниот хепатитис често може да се излекува ако пациентот престане со пиење.
- Типот и тежината на алкохолната болест на црниот дроб може да се дијагностицираат, а другите болести може со сигурност да се исклучат, само со биопсија на црниот дроб.

НАОДИ ШТО СУГЕРИРААТ ЦИРОЗА

- Мал тврд црн дроб, со раб што може да се палпира кај слаб пациент.
- Палпабилна слезенка.
- Мускулна атрофија и губиток на телесна тежина.
- Спајдер невуси на градниот кош и на лицето.
- Палмарен еритем.
- Гинекомастија и атрофија на тестиси.
- Проширени вени на абдоминалниот ѕид.
- Асцитес.
- Жолтица.

ЛАБОРАТОРИСКИ ИСПИТУВАЊА

- Основните испитувања при сомневања за црнодробна цироза вклучуваат:
  - СЕ, крвна слика со тромбоцити, ALT, AP, GGT, SE, билирубин, протромбинско време или ИНР, албумини, глобулини, Na, K, креатинин и гликемија.
- Испитувања за утврдување на етиологијата вклучуваат:
  - HBsAg, анти HCV антитела, анти-глаткомускулни антитела, митохондријални антитела, антинуклеарни антитела, трансглутаминазни антитела, серумски IgG, IgA, IgM, серумско Fe, трансферин, феритин, алфа 1 антитрипсин, церулоплазмин.
- Индикатори за лоша прогноза се:
  - Серумски билирубин над 300 μmol/L.
  - Албумини под 20 g/L.
  - ИНР над 2.5.

УЛТРАЗВУЧЕН ПРЕГЛЕД НА АБДОМЕНОТ

- "Светол" црн дроб укажува на масна трансформација или цироза, но не е специфичен наод.
- Масна трансформација не се открива со ултразвук сè дури не надмине 30%.
- Спленомегалија, дилатирани вени на порталниот систем и видливи колатерали сугерираат портална хипертензија.
- Дури и мала количина асцитес може лесно да се открие.
- Ретроградeн тек или опструкција на портната вена со Doppler ултрасонографија е знак за лоша прогноза.

БИОПСИЈА НА ЦРНИОТ ДРОБ

- Единствен сигурен метод за дијагноза на црнодробна цироза (фиброзни септи и регенераторни нодули).
- Резултатот може да е лажно негативен, бидејќи, иако ретко, меѓу циротичните зони може да се најде здраво ткиво.
- Биопсијата може да се направи ако тромбопластинското време е >50 или ИНР<1.5, а тромбоцитите се над 60.
- Вообичаено се изведува под ултразвучна контрола, што ја подобрува безбедноста.

ТЕРАПИЈА НА ЦИРОЗАТА И НЕЈЗИНИТЕ КОМПЛИКАЦИИ

- Апстиненцијата од алкохол ја подобрува прогнозата на алкохолната цироза, но ризикот од хепатоцелуларен карцином, секако, е покачен. Потребна е диета богата со извори на енергија и протеини, бидејќи цирозата често е придружена со малнутриција. Поради катаболизмот, пациентот може да биде советуван да јаде пред легнување.
- Не постојат антифибротични лекови, но лекувањето на основната болест на црниот дроб може да ја запре прогресијата во цироза.

Портална хипертензија

- Кај сите пациенти со цироза на црниот дроб треба да се направи гастроскопија, за да се откријат можните варикси на храноводот.
- Доколку пациентот имал варикозно крвавење, рецидив може да се превенира со:
  - Аблација на вариксите со лигатурен третман. (ннд-**А**)
  - Намалување на порталната хипертензија со пропранолол (ннд-**А**) или карведилол (титрирање преку намалување на пулсот за 25% во споредба со оној пред воведувањето на бета-блокаторот).
  - Хируршки шантови или трансјугуларен интрахепатичен портосистемски шант (ТИПС), доколку гореспоменатите методи потфрлат. (ннд-**В**)
- Кај некрвавечки варикозитети на езофагусот, првичното крвавење може да се превенира со пропранолол (ннд-**А**) или карведилол.

Асцитес

- Рестрикција на внес на сол (1-3 g на ден: 1 гр натриум е еднаков со 2.5 гр готварска сол).
- Спиринолактон 50-400 (-600) mg на ден.
- Ако треба, спиринолактонот се комбинира со диуретици кои делуваат на ниво на Хенлеова петелка (фуросемид 20-80mg на ден, буметадин 1-2 mg на ден).
- Обично не е потребна рестрикција на вода: понекогаш се препорачува при тешка хипонатремија.
- Да се избегне наглиот пад на телесната тежина (> 0.5 кг на ден доколку нема периферни отоци).
- Простагландински инхибитори (нестероидни антиинфламаторни лекови) може да ја влошат бубрежната функција.
- Доколку асцитот е резистентен на медикаментозна терапија, дури и голема парацентеза (5-10L во тек на 6-8h) е безбедна доколку и.в се аплицираат албумини (6-8g) за секој литар асцитес. Пункцијата на асцитес може да се направи со игла за перкутана цистостома или со техника по Seldinger.
- Коагулациските фактори не треба да се корегираат при пункцијата, ако тромбоцитите се најмалку $50x10^9$/L. По пункцијата, диуретиците се паузираат за 2 дена.
- Во компликации спаѓаат бубрежна инсуфициенција, хипонатремија и хепаторенален синдром (контрола на Na, K, диуреза и телесна тежина).
- Доколку асцитот не реагира на терапија, консултирајте хирург или радиолог: шант, ТИПС. (ннд-**А**)
- Рефрактерен асцитес може да биде индикација за трансплантација на црниот дроб.

Хепаторенален синдром

- Кај хепатореналниот синдром, формирањето на асцитес рефрактерен на лекување води до престанок на бубрежната функција и не се постигнува понатамошен одговор и покрај тоа што хиповолемијата се коригира со инфузија на албумин.
- Без црнодробна трансплантација, 75% од пациентите умираат во текот на 1 година.

- Потежок облик на хепаторенален синдром се развива заедно со акутна црнодробна инсуфициенција или со компликации од цироза. Во секој таков случај, пациентот има прогноза од само неколку недели.

Хепатална енцефалопатија

- Генерално не е потребна рестрикција на протеини.
- Лактулоза треба да се дава 15-30 ml 2-3 пати дневно, со цел пациентот да има 2-3 меки столици на ден. Може да се користи Lactitol наместо лактулоза.
- Понекогаш антибиотици (на пр. флуорокинолони).
- Flumazenil ги ублажува симптомите на енцефалопатија, но нема ефект на прогнозата на пациентот. (ннд-**A**)
- Земете во предвид црнодробна трансплантација во завршната фаза на болеста.
  - Црнодробна трансплантација кај алкохолна цироза е ретко индицирана, мора да има доказ за апстиненција.

ПОВРЗАНИ ИЗВОРИ

КОХРАНОВИ ПРЕГЛЕДИ

- Кај пациенти хоспитализирани поради алкохолна црнодробна болест, парентералната исхрана може да резултира со поголема редукција на серумскиот билирубин, но нема доволно докази (ннд – **C**).
- Пробиотиците веројатно немаат ефект на клинички значајните исходи во третманот на пациентите со хепатична енцефалопатија, но нема доволно докази (ннд – **D**).
- Нема доволно докази за ефектот на антиоксидантните суплементи кај пациенти со црнодробна болест. Антиоксидантните суплементи може да ја зголемат црнодробната ензимска активност (ннд – **D**).
- Антибиотската профилакса во времетраење од 7 дена ја намалува појавата на инфекции и, веројатно, го подобрува преживувањето на циротични пациенти со гастроинтестинално крвавење. (ннд-**A**)
- Анаболните андрогени стероиди не се ефикасни во терапијата на алкохолна црнодробна болест. (ннд-**B**)
- Допаминергичните агонисти не се ефикасни кај пациенти со акутна и хронична црнодробна енцефалопатија или кај фулминантна хепатална инсуфициенција (ннд-**C**).
- Терлипресинот може да го намали морталитетот и да ја подобри бубрежната функција кај хепатореналниот синдром (ннд-**C**).
- Антибиотската профилакса може да превенира спонтан бактериски перитонитис и да го подобри преживувањето кај циротични пациенти со асцитес, но без гастро-интестинално крвавење (ннд-**C**).
- Пентоксифилинот може да го намали краткорочниот морталитет кај пациенти со тежок алкохолен хепатитис (ннд-**C**).

Други резимеа на докази

- Склеротерапијата е поефикасна од пропранололот во превенција на повторни варикозни крвавења, но има повеќе несакани ефекти (ннд-**C**).
- Склеротерапијата за езофагеални варикси е поефикасна од плацебо во намалувањето на морталитетот (ннд-**A**).
- Значителен процент на пациенти со алкохолен хепатитис изгледа дека имаат корист од едномесечен третман со 40mg преднизолон дневно (ннд-**B**).
- Црнодробната трансплантација со адјувантна хемотерапија е ефикасна кај пациенти со напредната црнодробна цироза и кај пациенти со црнодробна неоплазма со мали димензии.

Кај нересектибилни тумори артериска хемоемболизација и перкутана алкохолна склеротерапија може да го продолжат преживувањето без болест (ннд-**C**).

- Односот помеѓу бројот на тромбоцити и дијаметарот на слезината, веројатно, ја предвидува појавата на езофагеалните варикозитети. Кога нивниот однос е >909, практично се исклучуваат езофагеалните варикозитети (ннд-**C**).

РЕФЕРЕНЦИ

1. Promrat K, Kleiner DE, Niemeier HM, Jackvony E, Kearns M, Wands JR, Fava JL, Wing RR. Randomized controlled trial testing the effects of weight loss on nonalcoholic steatohepatitis. Hepatology 2010. Jan; 51(1):121-9. PubMed
2. Schuppan D, Afdhal NH. Liver cirrhosis. Lancet 2008 Mar 8; 371(9615):838-51. PubMed
3. Rössle M, Ochs A, Gülberg V, Siegerstetter V, Holl J, Deibert P, Olschewski M, Reiser M, Gerbes AL. A comparison of paracentesis and transjugular intrahepatic portosystemic shunting in patients with ascites. N Engl J Med 2000 Jun 8; 342(23):1701-7. PubMed

Последен пат прегледано за ажурирање на 17.05.2013 • Последна промена 18.11.2010

Article ID: ebm00215 (009.022)
© 2014 Duodecim Medical Publications Ltd

1. **EBM Guidelines, 17.05.2013, www.ebm-guidelines.com,**
2. **Упатството треба да се ажурира еднаш на 3 години.**
3. **Предвидено е следно ажурирање во 2016 година.**

Упатството го ажурираше Доц д-р Марија Вавлукис
Координатор Проф д-р Катица Зафировска

1475.

Врз основа на член 27 став (1) од Законот за здравствената заштита („Службен весник на Република Македонија“ број 43/12, 145/12, 87/13, 164/13, 39/14, 43/14, 132/14, 188/14 и 10/15), министерот за здравство донесе

У П А Т С Т В О
ЗА МЕДИЦИНСКОТО ЗГРИЖУВАЊЕ ПРИ АВТОИМУН ХЕПАТИТИС

Член 1

Со ова упатство се утврдува медицинското згрижување при автоимун хепатитис.

Член 2

Начинот на медицинското згрижување при автоимун хепатитис е даден во прилог, кој е составен дел на ова упатство.

Член 3

Здравствените работници и здравствените соработници ја вршат здравствената дејност на медицинското згрижување при автоимун хепатитис по правило согласно ова упатство.

По исклучок од став 1 на овој член, во поединечни случаи по оценка на докторот може да се отстапи од одредбите на ова упатство, со соодветно писмено образложение за причините и потребата за отстапување и со проценка за натамошниот тек на згрижувањето, при што истото од страна на докторот соодветно се документира во писмена форма во медицинското досие на пациентот.

Член 4

Со денот на влегувањето во сила на ова упатство престанува да важи Упатството за практикување на медицина заснована на докази при автоимун хепатитис („Службен весник на Република Македонија“ бр. 50/14)..

Член 5

Ова упатство влегува во сила наредниот ден од денот на објавувањето во „Службен весник на Република Македонија“.

Бр. 17-2424/1
27 февруари 2015 година
Скопје

Министер,
Никола Тодоров, с.р.

Прилог

АВТОИМУН ХЕПАТИТИС

МЗД упатство
2.01.2014 • последнапромена 4.10.2010
PekkaPikkarainenиRitvaKoskela-Rautio

- Основниправила
- Епидемиологија
- Симптомиизнаци
- Лабораторискинаоди
- Дијагноза
- Терапијаипрогноза
- Поврзаниизвори

ОСНОВНИ ПРАВИЛА

- Типично ги напаѓа младите жени. Во блага форма на болеста често е асимптоматска и се дијагностицира со случајно откритие на покачени концентрации на серумските трансаминази.
- При тешка болест може да биде неопходна црнодробна трансплантација.

ЕПИДЕМИОЛОГИЈА

- Приближната инциденца е 2/100 000 жители, а преваленцата околу 17/100 000 жители.
- 70-80% од сите пациенти со хроничен автоимун хепатитис се жени. Половина од нив заболуваат пред 30-от роденден.

СИМПТОМИ И ЗНАЦИ

- Благитеформи се честоасимптоматски; покачувањетонацрнодробнитетрансаминази се откриваслучајно.
- Слабост, намаленапетит, намалување на телесната тежина, аверзија кон масна храна и алкохол.
- Најчест почетен наод е зголемување на концентрацијата на црнодробните трансаминази.
- 30-40% од пациентите на почетокот имаат акутен хепатитис.
- Пожолтување се забележуваво 30%.
- Жените имаат аменореја, мажите гинекомастија.
- Хепатоспленомегалија.
- Спајдерневуси.
- Хронична дијареја, кожнилезии, зглобнисимптоми, хроничентироидитис, хемолитична анемаија, тромбоцитопенија, улцерозен колитис, плевритис и липерикардитис, може понекогаш да бидат асоцирани со болеста.
- До 40% од пациентите истовремено имаат друга автоимуна болест.
- Кај напредната болест, наодите се должат на црнодробна цироза, портална хипертензија и црнодробна инсуфициенција.

ЛАБОРАТОРИСКИ НАОДИ

- Серумската аланин-аминотрансфераза (АЛТ) е значајно покачена (често 10 пати над нормална вредност).
- Покачени вредности на алкалната фосфатаза (АФ) и серумски билирубин во помал обем.
- IgG во серумот е покачен повеќе при хипергамаглобулинемија.

- Антитела против глатката мускулатура се откриваатво 40-60% од пациентите.
- Антинуклеарни антитела се откриваат во 50-80% од пациентите.
- Серологијата за вирусни хепатити е негативна (HBsAg, anti-HBcIgM, HBV DNA, anti-HCV, HCV RNA).

Блага форма на болеста

- Серумските трансаминази се благо или умерено покачени.
- Серумската АФ, концентрациите на албуминот и гамаглобулините обично се нормални, а серумскиот IgG е лесно покачен.

ДИЈАГНОЗА

- Гореспоменатите лабораториски наоди кај млада жена сугерираат автоимун хепатитис.
- Дијагнозата може да се потврди со црнодробна биопсија. Меѓутоа, таа не е секогаш дијагностичка, но биопсијата е единствен метод за проценка на активноста на болеста и за стадиумот на фиброзата. За време на следењето на болеста, потребни се повторни биопсии на 2-3 години доколку трансаминазите останат покачени.

ТЕРАПИЈА И ПРОГНОЗА

Терапија на тежок автоимун хепатитис

- Почетното лекување се состои од преднизолон 40-60 mg на ден, сè дури трансаминазната активност не се нормализира или биде блиску до нормалата, а потоа преднизолон 5-15 mg на ден + азатиоприн 1-2 mg/kg дневно во времетраење од 2-3 години, а потоа само азатиоприн 1-2 мг/кг 4-5 години.
- Понекогаш се користи буденозид како терапија на одржување наместо преднизолонот, особено ако има контраиндикации за преднизолон, како дијабетес или остеопороза.
- Пред да се прекине лекувањето, се прави биопсија на црниот дроб како гаранција дека активноста на болеста е запрена.
- Процентот на преживување во 10- годишен интервал е 80- 90 % кај лекувани, а кај нелекувани 5-годишно преживување е 50%.
- Црнодробна трансплантација е неопходна кај некои пациенти.

Лесни облици

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

Следење

- Се изведува во специјализирани установи.

ПОВРЗАНИ ДОКАЗИ

Кохранови прегледи

- Магарешки трн нема сигнификантен ефект на морталитетот или компликациите од црнодробни болести кај пациенти со алкохолен и/или хепатитис Б и Ц што се базира на резултати од високо-квалитетни студии **(ннд-С).**

Интернет извори

- Chronic autoimmune hepatitis. Orphanet ORPHA2137

РЕФЕРЕНЦИ

1. Decock S, McGee P, Hirschfield GM. Autoimmune liver disease for the non-specialist. BMJ 2009 Sep 8;339():b3305. **PubMed**

Последен пат прегледано за ажурирање на 2.1.2014 • Последна промена 4.10.2010

1. **EBM Guidelines, 2.01.2014, www.ebm-guidelines.com,**
2. **Упатството треба да се ажурира еднаш на 3 години.**
3. **Предвидено е следно ажурирање во 2017 година.**

Упатството го ажурираше Доц. Д-р Марија Вавлукис
Координатор Проф. Д-р Катица Зафировска

1476.

Врз основа на член 27 став (1) од Законот за здравствената заштита („Службен весник на Република Македонија“ број 43/12, 145/12, 87/13, 164/13, 39/14, 43/14, 132/14, 188/14 и 10/15), министерот за здравство донесе

У П А Т С Т В О
ЗА МЕДИЦИНСКОТО ЗГРИЖУВАЊЕ ПРИ АКУТЕН ПАНКРЕАТИТИС

Член 1

Со ова упатство се утврдува медицинското згрижување при акутен панкреатитис.

Член 2

Начинот на медицинското згрижување при акутен панкреатитис е даден во прилог, кој е составен дел на ова упатство.

Член 3

Здравствените работници и здравствените соработници ја вршат здравствената дејност на медицинското згрижување при акутен панкреатитис по правило согласно ова упатство.

По исклучок од став 1 на овој член, во поединечни случаи по оценка на докторот може да се отстапи од одредбите на ова упатство, со соодветно писмено образложение за причините и потребата за отстапување и со проценка за натамошниот тек на згрижувањето, при што истото од страна на докторот соодветно се документира во писмена форма во медицинското досие на пациентот.

Член 4

Со денот на влегувањето во сила на ова упатство престанува да важи Упатството за практикување на медицина заснована на докази при акутен панкреатитис („Службен весник на Република Македонија“ бр. 50/14).

Член 5

Ова упатство влегува во сила наредниот ден од денот на објавувањето во „Службен весник на Република Македонија“.

Бр. 17-2423/1
27 февруари 2015 година
Скопје

Министер,
Никола Тодоров, с.р.

Прилог

АКУТЕН ПАНКРЕАТИТИС

МЗД Упатство
2.01.2014 • последна промена 2.1.2014
Pauli Puolakkainen

- Основни податоци
- Анамнеза и физикален преглед
- Лабораториски испитувања
- Радиолошки испитувања
- Третман на лесен панкреатитис
- Интервенции кај билијарен панкреатитис
- Некротизирачки панкреатитис
- Поврзани извори
- Референци

ОСНОВНИ ПРАВИЛА

- Треба да се помисли на акутен панкреатитис кај секој пациент со епигастрична болка и нарушена општа состојба од непозната етиологија и анамнеза за консумација на алкохол.
- Идентификувајте го акутниот панкреатитис во рана фаза врз база на клиничката слика и одредувањето на амилаза во плазма/урина или трипсиноген-2 во уринатa (стик тест).
- Упатете ги во централната болница сите пациенти со акутен панкреатитис кои имаат
  - нарушена општа состојба или
  - јасно покачена серумска концентрација на CRP.

АНАМНЕЗА И ФИЗИКАЛЕН ПРЕГЛЕД

- Прашајте за консумација на алкохол, билијарни болести и претходни епизоди на панкреатитис.
- Типична е појасна епигастрична болка која ирадира кон грбот. Кај најтипичните случаи болката започнува по прекинот на консумација на алкохол.
- Најважна е проценката на општата состојба.
- Шок, респираторен дистрес, анурија и ментална конфузија упатуваат на тежок панкреатитис.
- Палпирајте за епигастрична болна осетливост и палпабилни маси.
- Погледајте ја кожата на слабините и околу папокот за хематоми (Grej-Turner-ов или Cullen-ов знак).
- Опсервирајте ги симптомите и клиничките знаци за перитонитис и цревна парализа.

ЛАБОРАТОРИСКИ ИСПИТУВАЊА

- Одредување на плазматската и уринарната амилаза е погодна за основна дијагностика.
- Амилаза во уринатa над 2000 U/l (панкреатична плазма амилаза > 65 U/l; амилаза во серум > 300 IU/l) сугерира панкреатитис, а концентрација над 6000 U/l (панкреатична плазма амилаза > 200 U/l, амилаза во серум > 900 IE/l, > 3 x од горната граница на референтната вредност) се смета за дијагностичка. Концентрацијата на амилаза не корелира со тежината на панкреатитисот.
- Одредувањето на липазата во серумот може, исто така, да се користи во дијагнозата на акутниот панкреатитис. Дијагностичката вредност е слична на амилазта, но нивоата остануваат покачени за подолг период (3-7 дена).

- Одредувањето на серумскиот трипсиноген може да се користи во дијагноза доколку симптомите траат подолг период. Концентрацијата може да остане зголемна неколку недели.
- Плазматскиот С-реактивен протеин е добар тест за оценка на тежината на панкреатитот. Јасно зголемена концентрација над 100 mg/l сугерира тежок панкреатит.
- Забележително покачување (3 ×) на AST или ALT сугерира билијарен панкреатитис. (ннд-**С**)
- Доколку е нејасна етиологијата, се советува одредување на серумскиот калциум и концентрацијата на триглицеридите во плазмата на гладно.

РАДИОЛОШКИ ИСПИТУВАЊА

- Нативна рендгенска снимка на абдоменот може да е корисна за диференцијална дијагноза (перфориран пептички улкус, цревна опструкција).
- Ултрасонографијата е корисен прелиминарен метод, но корисноста е намалена од гасот во цревата кој спречува адекватна визуализација на панкреасот. Понатаму, ултрасонографијата не е погодна за оценка на тежината на акутниот панкреатитис. Ултрасонографијата и магнетно резонантната холангиопанкреатографија (MRCP), можат да укажат на постоење на жолчни камења како можна етиологија на панкреатитот.
- Контрастната компјутеризирана томографија е најточен имиџинг метод за дијагноза и оценка на тежината на болеста. Магнетната резонанса, исто така, е погоден, но помалку достапен имиџинг метод.

ТРЕТМАН НА ЛЕСЕН ПАНКРЕАТИТИС

- И лесен панкреатитис треба да се третира во болница заради 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 4-5 l. 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, други лекови, со можен исклучок на антисекреторните средства (ннд-**А**) 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 скоро секогаш е добар.
- Плазматскиот С-реактивен протеин, гликозата во крвта, крвната слика, серумскиот калциум, натриум и калиум треба да се одредуваат секојдневно. Треба да се одредуваат и концентрациите на амилаза во серум и урина, но тие не корелираат со тежината на панкреатитисот.
- Оптимална рехидратација обезбедена со интравенски инфузии со едновремен мониторинг на диурезата и исхрана на уста треба да започат што е можно порано. (ннд-**В**)

ИНТЕРВЕНЦИИ КАЈ БИЛИЈАРЕН ПАНКРЕАТИТИС

- Итна (за време на првиот ден) сфинктеротомија и отстранување на калкули од заедничкиот жолчен канал со 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 спремност за интензивна нега поради ризикот од компликации и висока смртност.
- Симптомите на тежок панкреатитис, како резултат на оштетување на органите, вклучуваат перитонитис, шок, респиратирен дистрес, анурија и ментална конфузија.

- Зголемена 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.
- Медикаментозен третман со антибиотици е индицирани кај тежок панкреатитис. (ннд-**D**)
- 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 зголеми 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, да се остави абдоминалната празнина незатворена и да се започне третман на т.н. “ отворен абдомен”. Субкутаната фасциотомија без лапаротомија покажа ветувачки резултати.

ПОВРЗАНИ ИЗВОРИ

Кохранови прегледи

- Кај пациентите со акутен панкреатитис, ентералната исхрана го намалува морталитетот, мултиорганското попуштање, системските инфекции, како и потребата од оперативни интервенции споредено со тоталната парентерална исхрана. (ннд-**B**).

Други збирни докази

- Негативниот резултат на уринарен трипсиноген -2 стик тест исклучува акутен панкреатитис. (ннд-**B**).

Литература

1. Frossard JL, Steer ML, Pastor CM. Acute pancreatitis. Lancet 2008 Jan 12;371(9607):143-52.
2. Mitchell RM, Byrne MF, Baillie J. Pancreatitis. Lancet 2003 Apr 26; 361(9367):1447-55.
3. Beckingham IJ, Bornman PC. ABC of diseases of liver, pancreas, and biliary system. Acute pancreatitis. BMJ 2001 Mar 10; 322(7286):595-8.
4. Lempinen M, Puolakkainen P, Kemppainen E. Clinical value of severity markers in acute pancreatitis. Scand J Surg 2005; 94(2):118-23.

РЕФЕРЕНЦИ

- Sainio V, Kemppainen E, Puolakkainen P, Taavitsainen M, Kivisaari L, Valtonen V, Haapiainen R, Schröder T, Kivilaakso E. Early antibiotic treatment in acute necrotising pancreatitis. Lancet 1995 Sep 9; 346(8976):663-7.

Последен пат прегледано за ажурирање на 2.01.2014 • Последна промена 2.1.2014

Article ID: ebm00208 (009.030)
© 2014 Duodecim Medical Publications Ltd

1. **EBM Guidelines, 2.01.2014, www.ebm-guidelines.com,**
2. **Упатството треба да се ажурира еднаш на 3 години.**
3. **Предвидено е следно ажурирање во 2017 година.**

Упатството го ажурираше Доц. Д-р. Марија Вавлукис
Координатор: Проф д-р Катица Зафировска

ГЕРИЈАТРИЈА

1477.

Врз основа на член 27 став (1) од Законот за здравствената заштита („Службен весник на Република Македонија“ број 43/12, 145/12, 87/13, 164/13, 39/14, 43/14, 132/14, 188/14 и 10/15), министерот за здравство донесе

У П А Т С Т В О
ЗА МЕДИЦИНСКОТО ЗГРИЖУВАЊЕ ПРИ ПРОЦЕНКА НА ФИЗИЧКОТО И КОНГИНИТИВНО ФУНКЦИОНИРАЊЕ

Член 1

Со ова упатство се утврдува медицинското згрижување при проценка на физичкото и конгинитивно функционирање.

Член 2

Начинот на медицинското згрижување при проценка на физичкото и конгинитивно функционирање е даден во прилог, кој е составен дел на ова упатство.

Член 3

Здравствените работници и здравствените соработници ја вршат здравствената дејност на медицинското згрижување при проценка на физичкото и конгинитивно функционирање по правило согласно ова упатство.

По исклучок од став 1 на овој член, во поединечни случаи по оценка на докторот може да се отстапи од одредбите на ова упатство, со соодветно писмено образложение за причините и потребата за отстапување и со проценка за натамошниот тек на згрижувањето, при што истото од страна на докторот соодветно се документира во писмена форма во медицинското досие на пациентот.

Член 4

Со денот на влегувањето во сила на ова упатство престанува да важи Упатството за практикување на медицина заснована на докази при процена на физичката и на менталната функција („Службен весник на Република Македонија“ бр.14/13)..

Член 5

Ова упатство влегува во сила наредниот ден од денот на објавувањето во „Службен весник на Република Македонија“.

Бр. 17-2446/1
27 февруари 2015 година
Скопје

Министер,
Никола Тодоров, с.р.

Прилог

ПРОЦЕНКА НА ФИЗИЧКОТО И КОГНИТИВНОТО ФУНКЦИОНИРАЊЕ

МЗД Упатство
15.6.2009

- Процена на функционалната способност и на потребата за нега
- Скали за функционалност
- Тест за деменција
- Скенирање за депресија
- Евалуација на симптомите од начинот на однесување кај пациенти со деменција
- Поврзани извори
- Референци

ПРОЦЕНА НА ФУНКЦИОНАЛНАТА СПОСОБНОСТ И НА ПОТРЕБАТА ЗА НЕГА

- За процена на физичката, сознајната и на психолошката функција кај возрасни се применуваат повеќе различни тестови. Изборот на тестови зависи од групата луѓе на кои се применува (стари луѓе што живеат сами дома или со помош на домашни сервиси или лица со институционална нега) како и од променливите што со тестовите треба да се квантификуваат (скенирање функционален дефицит, процена на потребите за нега, процена на резултатите од терапијата или од рехабилитацијата).
- Скалите можат да се употребуваат за:
  - процена на потребите за институционална грижа
  - скенирање функционална неспособност и болести (на пр. физичко функционирање: Barthel, Lawton, Brody; сознајно функционирање: CERAD, MMSE; за депресија: GDS, CERAD; види подолу)
  - поставување цели за рехабилитација и за соочување и следење на нивните ефекти (Barthel, Lawton, Brody)
  - лонгитудинални следења на физикалното функционирање кај возрасни пациенти во услови на долготрајна грижа и споредба на различни центри за грижа
  - епидемиолошки истражувања.
- Различните скали одговараат на овие различни функции

СКАЛИ НА ФУНКЦИОНИРАЊЕ

- **Barthel index (табела 1),** кој широко се применува кај стари пациенти што живеат дома.
  - Оваа скала може лесно и брзо да се примени и е со добра валидност. Таа е сигурна и умерено чувствителна на промени во физичкото функционирање.
  - Може да се примени кај стари пациенти што се на домашна нега за да се процени нивната функционална способност и потребата за институционална грижа и до одреден степен да се процени ефективноста на рехабилитацијата. Оваа скала е препорачана од скандинавските професори по геријатрија.
- Тестови за мерење на функционирањето IADL (инструментални активности на дневно живеење) ја надополнуваат сликата на функционално нарушување на постари пациенти што живеат дома. Во продолжение се претставени тестовите на **Lawton i Brody IADL** (табела 2)

Табела 1. Barthel Index – скала за мерење на физичките функционални способности.

1.Хранење	Неможност за самостојно хранење	0
	Има потреба од помош при сечење, мачкање путер итн. или има потреба од модификувана диета	5
	Самостојно хранење	10
2.Пренесување од кревет до количка и назад	Неможно, нема рамнотежа за седење	0
	Потребна е поголема помош (еден или двајца, физичка помош), можност за седење	5
	Потребна е помала помош (вербална или физичка)	10
	Независен	15
3.Надворешен изглед	Има потреба од помош	0
	Самостојно (лице/коса/заби/бричење)	5
4.Користење тоалет	Зависно	0
	Има потреба од помош, но некои работи ги врши сам	5
	Независно (сам седнува, станува, се облекува, се брише)	10
5. Капење	Зависно	0
	Самостојно (или со туш)	5
6. Ниво на подвижност	Неподвижен или се движи < 50 м	0
	Самостојно со количка, вклучувајќи агли >50 м	5
	Се движи со помош на еден човек (вербална или физичка) > 50 м	10
	Се движи самостојно 50 м, може да користи каква било помош, на пример стап	15
7.Качување-симнување по скали	Не може да оди нагоре/надолу по скали	0
	Има потреба од помош (вербална , физичка или помагало за носење)	5
	Самостојно	10
8.Облекување и соблекување	Зависно	0
	Има потреба од помош, но половина се облекува сам	5
	Самостојно (вклучувајќи копчиња, патенти, врвци итн.)	10
9.Црева	Инконтиненција (или со потреба за клизма)	0
	Повремени инциденти	5
	Континентен	10
10.Мочен меур	Инконтинентен, или со катетер и несамостоен	0
	Повремени инциденти	5
	Континентен	10
Макс 100 поени		

Табела 2. IADL скала (Instrumental Activity of daily living), Lawton

1. Способност да користи телефон	1-Се служи со телефон со сопствена иницијатива, ги гледа и врти броевите итн. 1-Врти неколку добро познати броеви 1-Одговара на телефон, но не го користи за да повикува од него 0-Воопшто не се служи со телефон
2. Пазарење	1–Самостојно се грижи за пазарењето 0–Купува независно само мала количина 0–Има потреба од придружба за какво било пазарење 0–Целосно неспособен да пазари
3. Подготовка на храна	1-Планира, подготвува, сервира оброци независно 0-Подготвува оброци ако му се достават потребните намирници 0- Ги загрева и сервира подготвените оброци или подготвува оброци, но не одржува соодветна исхрана 0–Има потреба да му се подготват и сервираат оброците
4. Домаќинство	1–Ја одржува сам куќата или со повремена помош (тешки работи домашна помош) 1–Изведува лесни домашни задачи како миење садови и местење кревет 1–Извршува дневни задачи, но не може да одржи прифатливо ниво на чистота 1–Има потреба од помош за одржување на домот 0–Не учествува во никакви задачи за одржување на домот
5. Перење алишта	1– Сам ги пере алиштата 1–Пере мали парчиња (чорапи) 0–Целото перење мора да го изврши друг
6. Начин на превезување	1–Самостојно патува со јавен превоз или вози автомобил 1–Сам си повикува такси, но не користи јавен транспорт 1–Патува со јавен транспорт со помош или во придружба 0–Патува ограничено со такси или со автомобил со придружба 0–Не патува воопшто
7. Одговорност во земање лекови	1–Одговорен е за земање лекови во точни дози и време 0–Одговорен е ако лекот му е претходно подготвен во поделени дози 0–Не е способен да земе сопствен лек
8. Способност да води финансии	1–Самостојно ги води финансиите (буџет, пишува чекови, плаќа кирија и сметки, оди во банка), собира и чува потврди за приход 1–Самостоен во дневните купувања, но има потреба од помош за во банка и при поголеми трошоци итн 0 – Не е способен да води финансии

ТЕСТ ЗА ДЕМЕНЦИЈА

- Сознајното функционирање може да се процени со MMCE (Mini-Mental State Examination) (ннд-С) . Тестот не е специфичен за деменција: на пример, акутниот делириум може да влијае на резултатот. Тестот не е соодветен за пациенти со дисфазија.
- Со напредокот во третманот на деменцијата, се користат почувствителни методи. Еден од нив е тестот CERAD, кој може да се искористи за скенирање на умерено сознајно оштетување
- Ниту еден од овие тестови не е соодветен за процена на ефективноста на третманот. За оваа цел се потребни почувствителни мерења, на пр. ADAS-Cog.

СКЕНИРАЊЕ ЗА ДЕПРЕСИЈА

- Многу тестови се користат за скенирање за депресија. Еден од најчестоупотребуваните е Geriatric Depression Screening Scale (GDS), види табела 3
- Овој тест не е дизајниран за следење на ефектите на третманот кај депресијата. За оваа цел може да се употреби Montgomery-Asberg Depression Rating Scale (MADRS).
- GDS тестот не е соодветен за пациенти со деменција. Кај нив може да се спроведе скенирање со тест на Cornell.

Табела 3. Геријатриска скала за депресија (GDS)

Насоки за пациентот: Има прашања што се однесуваат на секојдневното расположение, ставовите и чувствата . Ве молиме, изберете го најдобриот одговор за тоа како сте се чувствувале минатите неколку недели. Јас ќе ги прочитам прашањата и би сакал да одговорите со „да” или со „не”		
	ДА	**НЕ**
1. Дали сте, генерално, задоволни со вашиот живот?	0	1
2. Дали сте напуштиле многу од вашите активности и интереси?	1	0
3. Дали имате чувство дека вашиот живот е празен?	1	0
4. Дали често ви е здодевно?	1	0
5. Дали имате надежи за вашата иднина?	0	1
6. Дали ве вознемируваат мисли што не може да ги тргнете од глава?	1	0
7. Дали сте добро расположени најголем дел од времето?	0	1
8. Дали се плашите дека нешто лошо ќе ви се случи?	1	0
9. Дали се чувствувате среќни најголем дел од времето?	0	1
10. Дали често се чувствувате беспомошно?	1	0
11. Дали често се чувствувате вознемирени?	1	0
12. Дали претпочитате да останете дома отколку да излезете надвор и да работите нешто?	1	0
13.Дали често се грижите за иднината?	1	0
14. Дали имате чувство дека имате повеќе проблем со меморијата во однос на другите?	1	0
15.Дали мислите дека е прекрасно да се биде жив сега?	0	1
16. Дали често се чувствувате нерасположено и тажно?	1	0
17. Дали се чувствувате безвредно во моментната состојба?	1	0
18. Дали многу се грижите за минатото?	1	0
19. Дали го доживувате животот како возбудлив?	0	1
20. Дали ви е тешко да почнете нови проекти?	1	0
21. Дали се чувствувате полни со енергија?	0	1
22. Дали имате чувство дека вашата ситуацијата е безнадежна?	1	0
23. Дали мислите дека повеќето луѓе се подобри од вас?	1	0
24. Дали често се вознемирувате од мали нешта?	1	0
25. Дали често ви се плаче?	1	0
26. Дали имате проблем да се концентрирате?	1	0
27. Дали уживате да се будите наутро?	0	1
28. Дали претпочитате да избегнете социјални случувања?	1	0
29. Дали ви е лесно да донесете одлука?	0	1
30. Дали вашиот ум е бистар како што бил порано?	0	1
ВКУПНО	**0-10**	**Нормално**
	11-20	**Умерена депресија**
	21-30	**Тешка депресија**

ЕВАЛУАЦИЈА НА СИМПТОМИ ОД НАЧИНОТ НА ОДНЕСУВАЊЕ КАЈ ПАЦИЕНТИ СО ДЕМЕНЦИЈА

- Симптомите од начинот на однесување кај пациенти со деменција се најголем фактор на ризик за институционалната грижа
- Појавата на симптомите од начинот на однесување треба да биде проценета при следењето на фармаколошката или на другата терапија за деменција.
- Невропсихијатриски попис (NPI) е корисен тест во овој контекст.

ПОВРЗАНИ ИЗВОРИ

- Кохранови прегледи
- Други кратки прегледи на докази
- Литература

Кохранови прегледи

- Сеопфатна геријатриска процена - Comprehensive geriatric assessment (CGA) во одделенијата за CGA се чини дека ја зголемува веројатноста пациентот да живее и во својот сопствен дом до 12 месеци (ннд[1]-**B**).

Краток преглед на докази

- Повеќедимензионалните превентивни програми за домашна посета, вклучувајќи првично клиничко испитување, се чини го намалуваат функционалното опаѓање меѓу постарите. Програмите за домашна посета, генерално, се чини дека немаат забележлив ефект на приемот на домашната нега, функционалниот статус или на смртноста (ннд-**B**).

Литература

- Mulligan R, Mackinnon A, Jorm AF, Giannakopoulos P, Michel JP. A comparison of alternative methods of screening for dementia in clinical settings. Arch Neurol 1996 Jun;53(6):532-6. PubMed

РЕФЕРЕНЦИ

1. Mahoney FI, Barthel DW. Functional evaluation: The Barthel Index. Md State Med J 1965 Feb;14():61-5. PubMed
2. Lawton MP, Brody EM. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. Gerontologist 1969 Autumn;9(3):179-86. PubMed
3. Yesavage JA, Brink TL, Rose TL, Lum O, Huang V, Adey M, Leirer VO. Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. J Psychiatr Res 1982-1983;17(1):37-49. PubMed
4.

Претходни автори: Kaisu Pitkälä
Последно ажурирање 15.06.2009 . Последна промена 15.06.2009
Article ID: ebm00470 (022.021)

© 2014 Duodecim Medical Publications Ltd

1. **EBM Guidelines, 15.06.2009, www.ebm-guidelines.com**
2. **Упатството не е ажурирано до 2014 година**
3. **Упатството треба да се ажурира еднаш на 3 години.**
4. **Предвидено е следно ажурирање 2017 година.**

Упатството го ажурирала Ас.др. З.Бабинкостова, м-р сци.
Координатор: Проф. д-р Катица Зафировска

[1] ннд = ниво на доказ

1478.

Врз основа на член 27 став (1) од Законот за здравствената заштита („Службен весник на Република Македонија“ број 43/12, 145/12, 87/13, 164/13, 39/14, 43/14, 132/14, 188/14 и 10/15), министерот за здравство донесе

У П А Т С Т В О
ЗА МЕДИЦИНСКОТО ЗГРИЖУВАЊЕ ПРИ ПРЕГЛЕД НА УПОТРЕБАТА НА ЛЕКОВИ КАЈ ПОСТАРИТЕ ЛИЦА

Член 1

Со ова упатство се утврдува медицинското згрижување при преглед на употребата на лекови кај постарите лица.

Член 2

Начинот на медицинското згрижување при преглед на употребата на лекови кај постарите лица е даден во прилог, кој е составен дел на ова упатство.

Член 3

Здравствените работници и здравствените соработници ја вршат здравствената дејност на медицинското згрижување при преглед на употребата на лекови кај постарите лица по правило согласно ова упатство.

По исклучок од став 1 на овој член, во поединечни случаи по оценка на докторот може да се отстапи од одредбите на ова упатство, со соодветно писмено образложение за причините и потребата за отстапување и со проценка за натамошниот тек на згрижувањето, при што истото од страна на докторот соодветно се документира во писмена форма во медицинското досие на пациентот.

Член 4

Со денот на влегувањето во сила на ова упатство престанува да важи Упатството за практикување на медицина заснована на докази при преглед на употребата на лекови кај постари пациенти („Службен весник на Република Македонија“ бр. 14/13).

Член 5

Ова упатство влегува во сила наредниот ден од денот на објавувањето во „Службен весник на Република Македонија“.

Бр. 17-2445/1
27 февруари 2015 година
Скопје

Министер,
Никола Тодоров, с.р.

Прилог

ПРЕГЛЕД НА УПОТРЕБАТА НА ЛЕКОВИ КАЈ ПОСТАРИ ПАЦИЕНТИ

МЗД Упатство
26.2.2014 •Последна промена 26.2.2014
Minna Raivio

- Основи
- Проценка на актуелните медикаменти
- Како да се редушира полифармацијата
- Медикаменти кои се несоодветни или неефикасни кај постари лица
- Недоволна употреба на медикаменти
- Како да се промовира безбедна употреба на медикаменти
- Поврзани извори
- Референци

ОСНОВИ

- Прегледот на употребата на медикаменти е почетната точка за сеопфатна рехабилитација на постарото лице со цел да се поддржи физичкиот или психичкиот функционален капацитет.
- Постарите пациенти почитуваат јасна дијагноза и пристап каде што лекарот ги сослушува и дискутира за состојбата пред да започне или пак да ги редуцира медикаментит - ова, исто така, ќе ја подобри согласноста на пациентот. Унапредувањето на квалитетот на живот како цел на медикацијата е акцентирано кај постарите пациенти.
- Проблемите на кои се наидува вклучуваат и недоволна употреба на лекови, која често е асоцирана со непоставување на дијагноза (на пр. деменција, срцева болест, профилакса на болести, болка), како и со несоодветна примена на лекови (терапија без јасна индикација, или лек за кој ризикот од несакани ефектни го надвладува клиничкиот бенефит).
- Мора да се има на ум дека некои од симптомите на пациентот може да не се должат на болест, туку се несакани ефекти од лекот.
- Некои лекови може често да предизвикуваат несакани ефекти кај постари пациенти (на пр. Бензодијазепини со долготрајно дејство, антипсихотични лекови, антихолинергични лекови, орални антидијабетици и антиинфламаторни аналгетици).
- Треба да се запомни можноста за дехидратација и недоволна ухранетост и кај пациентите кои живеат дома и кај оние кои живеат во центри за нега. Доволниот внес на протеини со храната е од особено значење за метаболизмот на лекот. Протеинската малнутриција и витаминските дефицити лесно и суптилно се развиваат кај постарите лица.

ПРОЦЕНКА НА АКТУЕЛНИТЕ МЕДИКАМЕНТИ

- Да се праша пациентот за секој лек на рецепт или без рецепт што го прима (вклучувајќи нестероидни антиинфламаторни лекови - NSAIDs, дерматолошки производи, витамини, природни лекови и капки за очи). Доколку е неопходно, информацијата може да се обезбеди од член на семејството или од негувател.
- Да се праша пациентот дали е способен да го зема лекот или да запомни да го зема секој поединечен лек.
- Домашна посета, вклучувајќи проценка на лековите што пациентот ги чува дома, може да ја разјасни ситуацијата.
- Слабото придржување во земањето лекови може да се должи на полифармацијата, несаканите ефекти, комплексноста на медикацијата (неколку дози дневно, различни методи

на администрација), слаб вид, нарушена меморија или недостиг на вештина потребна за да се отворат кутиите со лекови.

КАКО ДА СЕ ПРОЦЕНИ КОЈ ЛЕК Е ПОТРЕБЕН

- Постариот пациент ќе има бенефит од прецизната дијагноза ако суспектната болест е таква што е достапен лечебниот третман или третманот кој ја подобрува состојбата на пациентот. Во најголемиот број случаи симптомите не се должат на староста. Како и да е, пациентот ќе разбере дека е невозможно да се лекуваат сите состојби на кои се жали.
- Треба да се процени значајноста на симптомите, на пр. дали лекот и неговите можни несакани ефекти предизвикуваат повеќе непријатност отколку самите симптоми?
- Треба да се земат во предвид сите аспекти поврзани со медикацијата, вклучително меморија, придржување, зависност од лекови, навики на исхрана, внесување течности, малапсорпција, функцијата на црниот дроб и на бубрезите.
- Дозата за постари пациенти е вообичаено половина од таа за средновечни лица, особено ако се однесува на психијатриска медикација.
- Лекувањето секогаш треба да почне со најниската можна доза и пациентот мора да се мониторира и за дејството на лекот и за било кои несакани ефекти. Сите покачувања на дозите мора да бидат постепени. Новите знаци и симптоми треба да се сметаат како можни несакани ефекти, додека не се покаже спротивното.
- Медикацијата на пациентот треба да се менаџира севкупно и да се имаат на ум интеракциите меѓу различните медикаменти. Исто така обрнете внимание на диетата и на можната прикриена консумација на алкохол.
- Секундарната превенција има голема важност кај постарите лица. Исто така постои доказ од истражување за бенефитите од примарната превенција која се однесува во најмал степен на витамин Д, фармакотерапија за хипертензија, вакцинации и физичка активност.
    - Кога се проценуваат прогностичките студии треба да се има на ум дека како резултат на методолошки причини често е многу тешко да се направи истражување меѓу постарите лица со коморбидитети. Отсуството на докази од истражување не значи неопходно отсуство на бенефит.

КАКО ДА СЕ РЕДУЦИРА ПОЛИФАРМАЦИЈАТА

- Пациентот и/или член на семејството или негувателот треба да бидат информирани за сите можни несакани ефекти.
- Да се праша пациентот дали има чувство дека повлекувањето на некој медикамент може да направи проблем. Да се дискутира колку (физички или психолошки) пациентот е зависен од лекот.
- Доколку се договори редуцирање, треба да се закаже преглед (телефонски) за следење со цел да се засили чувството на сигурност кај пациентот.
- Доколку пациентот има сериозни симптоми или случајот не е јасен, редуцирањето на полифармацијата може исто така да се спроведе во болница.
- Како и да е, во праксата е тешко да се редуцира постоечката терапија кај постарите пациенти и доказите за успешна редукција се сиромашни (ннд-**C**). Не се покажало дека прегледот на медикацијата влијае на морталитетот, но сепак може да ги редуцира контактите со одделот за итна помош (ннд-**B**).

МЕДИКАМЕНТИ КОИ СЕ НЕСООДВЕТНИ ИЛИ НЕЕФИКАСНИ КАЈ ПОСТАРИ ЛИЦА

- Во 1997 г. и 2003 г., панел на експерти од САД конципираа листа на лекови кои се потенцијално несоодветни за постари лица. Исто така, публицирана е соодветна европска листа која ги зема во предвид разликите во здравствените системи и во пазарите на лекови меѓу САД и Европа.

- **Трициклични антидепресиви** (amitriptyline, doxepin): значителни антихолинергични својства, може да предизвикаат конфузија, нарушување на меморијата, уринарна ретенција, констипација и влошување на глаукомот.
- **Fluoxetine**: несоодветен SSRI лек (селективен инхибитор на повторното преземање на серотонин) поради ризикот од интеракција.
- **Бензодијазепини со долготрајно дејство** (diazepam, nitrazepam): се акумулираат во масното ткиво на постарите лица и може да предизвикаат седација или падови.
- **Бензодијазепини со кратко дејство:** дозата треба да биде помалку од половина од нормалната доза.
  - Препорачаната максимална дневна доза на temazepam е 15 mg, на lorazepam 3 mg, oxazepam 60 mg, alprazolam 3 mg, triazolam 0,25 mg и на zolpidem 5 mg (alprazolam, triazolam и zolpidem може да бидат заменети со побезбедна алтернатива, на пр. oxazepam, lorazepam или zopiclone).
- Конвенционалните **антипсихотици** (levomepromazine, perphenazine) имаат позначителни антихолинергични и екстрапирамидни ефекти отколку атипичните антипсихотици. Како и да е, обете групи го зголемуваат вкупниот морталитет, како и ризикот од пневмонија, цереброваскуларни инциденти и кардиоваскуларен морталитет.
- **Dextropropoxyphene:** тесен терапевтски опсег
- **Indometacine:** повисок ризик од несакани ефекти на ЦНС и гастроинтестиналниот тракт отколку другите NSAIDs (нестероидни антиинфламаторни лекови)
- **Meprobamate:** предизвикува седација и е асоциран со ризик за зависност од лекот.
- **Disopyramid**e: значајни антихолинергични својства
- **Digoxin**: нужноста треба да се процени повторно. Неговата доза не треба да биде повисока од 0,125 mg.
- **Hidroxyzine, гастроинтестинални антиспазмодици**: значајни антихолинергични својства и често предизвикуваат седација.
- **Деривати на ерготамин:** ефикасноста не е утврдена.
- Медикаментите неопходни за постарите пациенти некогаш може да бидат заменети со друг лек со помалку несакани ефекти, на пример:
  - Бензодијазепините со долготрајно дејство да се заменат со тие со интермедиерно дејство, на пример oxazepam
  - NSAID да се заменат со парацетамол
  - Антихолинергичните трициклични антидепресиви со нови типови антидепресиви
  - Невролептици кои во ниски дози предизвикуваат ригидитет, со атипични антипсихотици
- Несаканите ефекти на еден лек не треба да се лекуваат со друг лек, на пр. ригидитет и тремор индуцирани со антипсихотици не треба да се лекуваат со антипаркинсоници.
  - Да не се користи симптоматска терапија за вртоглавица кај постари пациенти.

НЕДОВОЛНА УПОТРЕБА НА МЕДИКАМЕНТИ

- Самата напредната возраст никогаш не треба да биде контраиндикација за потенцијално корисен третман - често спротивното е точно!
- Примери за потенцијални подрачја за подобрување:
  - Третманот на коронарна срцева болест и третманот по миокарден инфаркт треба да вклучуваат профилактични лекови засновани на докази, како на пр. статини. Премногу често коронарната срцева болест кај постари пациенти се третира само со симтоматска терапија (нитрати).
  - Болката често е потценета и поради тоа хроничната болка и болката кај пациентите со канцер често се несоодветно третирани (ннд-**С**).
  - Фармакотерапијата за депресија е унапредена, но постои голема потреба за супортивни терапии и групи за поддршка за постари лица особено за да се олесни осаменоста.

- Витаминот Д ја зголемува мускулната сила и ја подобрува рамнотежата и коскената цврстина, но тој лесно се заборава ако докторот активно не го иницира.
- Остеопорозата мора да биде дијагностицирана и третирана.
- Дијагностицирањето на деменцијата е главно со висок стандард, но одложувањето на започнување на инвестигациите може да води кон доцнење во потврдувањето на дијагнозата. Неадекватно следење исто така може да води кон несоодветна медикација.

КАКО ДА СЕ ПРОМОВИРА БЕЗБЕДНА УПОТРЕБА НА МЕДИКАМЕНТИ

- Доколку пациентот живее сам дома треба да се спроведе годишна ревизија на терапијата. Во институциите за нега, листите на лекови треба да се ревидираат секои три месеци. Особено за антипсихотиците, аналгетиците, гастропротективните лекови и хипнотиците постои тенденција да останат на листата на лекови за пациентот долго време откако состојбата се разрешила.
- Не се колебајте да го користите GFR (стапка на гломеруларна филтрација) калкулаторот и базата на податоци за интеракции меѓу лековите.
- Причина за честите паѓања може да бидат лекови кои го зголемуваат ризикот од паѓање (антипсихотици, бензодијазепини, вазодилататори кои предизвикуваат постурална хипотензија), повеќе отколку некоја болест (на пр. Паркинсонова болест, деменција, нарушувања на сонот). Диеталните дефицити може исто така да водат кон мускулно слабеење и така да го зголемат ризикот од паѓање.
- Пациентите треба да се охрабрат да користат кутии за лекови и интервалот на дозирање треба да биде колку што е можно подолг, дури и ако при тоа мора да се компромитира ефикасноста.
- Пишаната листа на лекови е корисна не само за пациентот, туку и за членовите на семејството и за здравствените работници.
- Ако е потребно, може да се побара ставот на локалните медицински сестри, негувателите или на членовите на семејствата, во однос на актуелната употреба на лекови и нивните можни несакани ефекти.
- Во некои случаи може да е соодветно локалните сестри да ги чуваат лековите кај себе. Како и да е, важно е да не се нарушува независноста на пациентот.
- Мултипрофесионален тим кој вклучува специјалист по геријатрија и фармацевт е ефикасен форум за сеопфатно ревидирање на медикацијата на постари пациенти.

ПОВРЗАНИ ИЗВОРИ

Литература

Прегледи од клиничка практика

- Milton JC, Hill-Smith I, Jackson SH. Prescribing for older people. BMJ 2008 Mar 15;336(7644):606-9. PubMed

Друга литература

- Fick DM, Cooper JW, Wade WE, Waller JL, Maclean JR, Beers MH. Updating the Beers criteria for potentially inappropriate medication use in older adults: results of a US consensus panel of experts. Arch Intern Med 2003 Dec 8-22;163(22):2716-24. PubMed
- Löppönen, Minna. Elderly patients with dementia in primary health care. A Study of Diagnostic Work-Up, Co-Morbidity ans Medication Use.Academic dissertation. University of Turku. 2006
- Raivio MM, Laurila JV, Strandberg TE, Tilvis RS, Pitkälä KH. Use of inappropriate medications and their prognostic significance among in-hospital and nursing home patients with and without dementia in Finland. Drugs Aging 2006;23(4):333-43. PubMed

- Hosia-Randell H, Pitkälä K. Use of psychotropic drugs in elderly nursing home residents with and without dementia in Helsinki, Finland. Drugs Aging 2005;22(9):793-800. PubMed
- Suominen M, Laine T, Routasalo P, Pitkälä KH, Räsänen L. Nutrient content of served food, nutrient intake and nutritional status of residents with dementia in a finnish nursing home. J Nutr Health Aging 2004;8(4):234-8. PubMed
- Avidan AY, Fries BE, James ML, Szafara KL, Wright GT, Chervin RD. Insomnia and hypnotic use, recorded in the minimum data set, as predictors of falls and hip fractures in Michigan nursing homes. J Am Geriatr Soc 2005 Jun;53(6):955-62. PubMed
- Noro A, Finne-Soveri H, Björkgren M, et al. Quality and productivity in institutional care for elderly residents - benchmarking with the RAI. (In Finnish) National Research and Development Centre for Welfare and Health (STAKES). Helsinki 2005
- Sink KM, Holden KF, Yaffe K. Pharmacological treatment of neuropsychiatric symptoms of dementia: a review of the evidence. JAMA 2005 Feb 2;293(5):596-608. PubMed
- Rasmussen JN, Chong A, Alter DA. Relationship between adherence to evidence-based pharmacotherapy and long-term mortality after acute myocardial infarction. JAMA 2007 Jan 10;297(2):177-86. PubMed

РЕФЕРЕНЦИ

1. Beers MH. Explicit criteria for determining potentially inappropriate medication use by the elderly. An update. Arch Intern Med 1997 Jul 28;157(14):1531-6. PubMed
2. Fick DM, Cooper JW, Wade WE, Waller JL, Maclean JR, Beers MH. Updating the Beers criteria for potentially inappropriate medication use in older adults: results of a US consensus panel of experts. Arch Intern Med 2003 Dec 8-22;163(22):2716-24. PubMed
3. Laroche ML, Charmes JP, Merle L. Potentially inappropriate medications in the elderly: a French consensus panel list. Eur J Clin Pharmacol 2007 Aug;63(8):725-31. PubMed
4. Gallagher P, Ryan C, Byrne S, Kennedy J, O'Mahony D. STOPP (Screening Tool of Older Person's Prescriptions) and START (Screening Tool to Alert doctors to Right Treatment). Consensus validation. Int J Clin Pharmacol Ther 2008 Feb;46(2):72-83. PubMed
5. Kaur S, Mitchell G, Vitetta L et al. Interventions that can reduce inappropriate prescribing in the elderly: a systematic review. Drugs Aging 2009;26(12):1013-28. PubMed

Претходни автори:
Kaisu Pitkälä and Kari Eskola
Последно ажурирање 26.2.2014 • Последна промена 26.2.2014
Article ID: ebm00468 (022.008)

© 2014 Duodecim Medical Publications Ltd

1. **EBM Guidelines, 26.2.2014, www.ebm-guidelines.com.**
2. **Упатството треба да се ажурира еднаш на 3 години.**
3. **Предвидено е следно ажурирање во 2017 г.**

Упатството го ажурирала Ас. д-р З. Бабинкостова, м-р сци.
Координатор: Проф. д-р К. Зафировска

1479.

Врз основа на член 27 став (1) од Законот за здравствената заштита („Службен весник на Република Македонија“ број 43/12, 145/12, 87/13, 164/13, 39/14, 43/14, 132/14, 188/14 и 10/15), министерот за здравство донесе

У П А Т С Т В О
ЗА МЕДИЦИНСКОТО ЗГРИЖУВАЊЕ ПРИ ПАДОВИ КАЈ ПОСТАРИТЕ ЛИЦА

Член 1

Со ова упатство се утврдува медицинското згрижување при падови кај постарите лица.

Член 2

Начинот на медицинското згрижување при падови кај постарите лица е даден во прилог, кој е составен дел на ова упатство.

Член 3

Здравствените работници и здравствените соработници ја вршат здравствената дејност на медицинското згрижување при падови кај постарите лица по правило согласно ова упатство.

По исклучок од став 1 на овој член, во поединечни случаи по оценка на докторот може да се отстапи од одредбите на ова упатство, со соодветно писмено образложение за причините и потребата за отстапување и со проценка за натамошниот тек на згрижувањето, при што истото од страна на докторот соодветно се документира во писмена форма во медицинското досие на пациентот.

Член 4

Со денот на влегувањето во сила на ова упатство престанува да важи Упатството за практикување на медицина заснована на докази при падови кај постарите лица. („Службен весник на Република Македонија“ бр. 14/13).

Член 5

Ова упатство влегува во сила наредниот ден од денот на објавувањето во „Службен весник на Република Македонија“.

Бр. 17-2444/1
27 февруари 2015 година
Скопје

Министер,
Никола Тодоров, с.р.

Прилог

ПАДОВИ КАЈ ПОСТАРИТЕ ЛИЦА

EBM Guidelines
25.2.2014.

- Основни податоци
- Епидемиологија
- Фактори н а ризик за паѓање
- Физикален преглед
- Третман
- Намалување на факторите за ризик
- Поврзани извори

ОСНОВНИ ПОДАТОЦИ

- Во 10 проценти од случаите, падот кај постарите води до сериозни повреди, на пр. фрактура на колк.
- Треба однапред да се намалат факторите на ризик за пад: и внатрешните (поврзани со пациентот) и надворешните (поврзани со околината)
- Треба да се земе предвид превенција и третман на остеопороза.

ЕПИДЕМИОЛОГИЈА

- 30-40 проценти од лицата на возраст од 65 години и повозрасни и секое второ лице на возраст од 80 години и повозрасно или лицата што живеат со институционална грижа паѓаат најмалку еднаш годишно.
- Секое седмо постаро лице паѓа неколкупати годишно.
- 24-45 проценти од лицата што паѓаат здобиваат некаков тип повреда.
- 10 проценти од паѓањата водат до сериозни повреди, на пр. фрактура на колк.

РИЗИЧНИ ГРУПИ

- Најстарите од старите лица
- Постари лица со
  - историја на паѓање
  - ослабени мускули на бутор и нарушена рамнотежа
  - нарушување на подвижноста или лица кои вообичаено се движат малку
  - тешкотии во изведување на секојдневните животни активности

ФАКТОРИ НА РИЗИК ЗА ПАЃАЊЕ

Внатрешни

- Лекови, алкохол
  - Полифармација
  - Хипнотици и седативи (ннд-С).
  - Аналгетици со централно дејство
  - Антипсихотици (ннд-С).
  - Антидепресиви, посебно ССРИ и трициклични антидепресиви (ннд-С).

- Лекови што го намалуваат крвниот притисок, нитроглицерин или други лекови што содржат нитросоединенија
- Антипаркинсоници и антиепилептици
- Алкохолизам

- Акутни нарушувања
  - Инфекции
  - Нарушувања на рамнотежата на течности и на натриум (диуретици)
  - Срцева слабост
  - Аритмии
  - Акутен миокарден инфаркт
  - Преносни исхемични напади и други цереброваскуларни заболувања
  - Други акутни заболувања
- Хронични заболувања и симптоми
  - Вертиго
    - Чест симтом кај напредна возраст, асоциран со теќкотии во рамнотежата и намалена фукционална способност; двојно го зголемува ризик од паѓање.
    - Мултифакторијална етиологија
    - Болести или нарушувања на внатрешното уво кои предизвикуваат хроничен или акутен вертиго, посебно бенигна пароксизмална позициона вртоглавица 1, зголемува ризик од паѓање.
  - Болести на деменција
  - Последици од мозочен удар
  - Паркинсонизам
  - Депресија
  - Диабетес
  - Остеоартроза на колкот и на коленото
  - Периферна невропатија во долните екстретмитети
  - Ортостатска хипотензија
  - Уринарна инконтиненција
- Инвалидност
  - Мускулна слабост и тромавост
  - Слаба рамнотежа
  - Слаба мускулна сила во долните екстремитети
  - Слаб вид
  - Нарушен слух
  - Неисхранетост
  - Деформираност на стапалата
- Заборавање на редовната терапија или погрешно дозирање
- Страв од паѓање

Надворешни

- Лизгава површина, слабо осветлување, нерамна површина, пречки, потреба за посегнување по некои предмети, скалила
- Лоши обувки, несоодветни помагала

ПРЕГЛЕД НА ПАЦИЕНТ ШТО ПАДНАЛ

Анамнеза

- Анамнезата укажува на причината за падот. Треба да се испрашаат пациентот, негувателите, сведоците. Често во заднина се неколку причини и фактори на ризик.
  - Во какви околности паднал пациентот?
    - При станување од кревет, одејќи, во тоалет, пресегнувајќи се, при мирување или при напор?
    - Во кое време од денот?
    - Каде се случило паѓањето?

- Кои други симптоми биле поврзани со паѓањето?
  - Вртоглавица, загуба на контрола врз мочниот меур, градна болка (хипотензивен колапс предизвикан од нитроглицерин), аритмија, онесвестување пред или по падот?
  - Конвулзии?
  - Дали пациентот станал без помош, за колку време и каква била состојбата со свеста?
  - Имало ли промени во здравствената состојба во последно време?
  - Користи ли постарото лице лекови (посебно психоактивни или антихипертензивни лекови)?
  - Колку јаде и пие?

Физикален наод

- Општ статус
- Кардијален статус
- Крвен притисок во лежечка и во стоечка позиција
  - Алтернативно, примени ортостатски тест: после одмарање во тек на 10 минути, измери крвен притисок и срцевата стапка. Потоа побарајте од пациентот да стане и премери крвен притисок и срцевата стапка во 1 и 3 минута.
- Срцеви тонови, ЕКГ и набљудување со холтер
- Наслушување на каротидите
- Вид
- Слух (говор)
- Ориентациски невролошки статус (од; слабост или вкочанетост / здрвеност на екстремитетите, телото или на лицето; Ромбергов тест, стоење на една нога, станување од стол / сила на мускулите на бедрото, невролошки статус на долните екстремитети)
- Расположение (GDS 15/30)
- Сознајно ниво (MMSE, CERAD)
- Исхранетост (тежина, BMI, MNA)

Лабораториски испитувања

- Се испитува по потреба: основен хематолошки статус, серумски калиум, натриум, калциум, креатинин, албумин, гликемија, серумски ЦРП, анализа на урина, ЕКГ (да се земе предвид и набљудување со холтер)

Радиолошки испитувања

- Рендгенографија на бели дробови и скенирање со КТ на глава кога е потребно

ТРЕТМАН

- Да се направи план за соочување со причините и со факторите на ризик за паѓање.
- Да се проверат лековите, вклучително и тие без рецепт. Да се отстранат непотребните лекови.
- Да се третираат акутните болести.
- Да се провери како се третираат хроничните болести.
- Да се консултира офталмолог по потреба.
- Да се консултира отолог по потреба.
- Лекови за вртоглавица не се корисни за паѓања.
- Доколку не може да се најде причината за падот и да се отстрани, треба да се препознаат, оценат и да се намалат на минимум факторите на ризик (ннд-**А**).

- Проценатa на факторите на ризик заедно со поединечните интервенции, како и регуларните вежби, има улога во превенција на паѓањата.
  - Проверка/планирање за употреба на медицински помагала или шини-држачи
  - Надворешни штитници за колковите може да превенираат и до 60 проценти од фрактурите на колк кај високоризични лица (ннд-**С**).
  - Редовни физички вежби превенираат паѓање (ннд-**В**), ја зголемуваат мускулната сила и ја подобруваат рамнотежата (ннд-**D**).
  - Рамнотежа, сила на бутните мускули, одење и крвниот притисок треба да се следат когае започнато со лековите кои делуваат на централен нервен систем или крвен рпитисок кај стари лица кои се со ризик фактори од паѓање.
- Превенција на остеопороза.
  - Високи дози на витамин Д комбиниран со калциум (ннд-**А**) ја намалуваат инциденцијата на фрактури (калциум 500-1.000 mg, витамин Д 400-800 ИЕ/ден).
  - Корекција на ниските концентрации на витамин Д може да намали паѓање. Витамин Д суплементација се показала дека намалува падови кај жителите во домови за грижа (ннд=Ц).
- Третман на остеопороза.

НАМАЛУВАЊЕ НА ФАКТОРИТЕ НА РИЗИК

Табела 1.

Падови кај постарите - Намалување на факторите на ризик

Фактори на ризик	**Интервенција**
Оштетен вид	Проверка на очилата, коригирање на рефрактерната грешка, третман на катаракта, подобрување на осветлувањето
Оштетен слух	Слушни апаратчиња или други помагала
Оштетување на сетилото за рамнотежа	Прекинување на лековите што влијаат врз рамнотежата, вежби за рамнотежа, одење
Ослабена мускулна сила	Вежби за зацврстување на мускулите, одење
Лекови	Отстранување полифармација, ако е возможно. Да се избегнува кој било поединечен силен антихолинергичен лек или комбинација на неколку умерени антихолинергици, да се избегнуваат трициклични и ССРИ антидепресиви и лекови што предизвикуваат ортостатизам. Да се избегнуваат бензодиазепини, опиоиди, антипсихотици, да се намалат дозите и да се провери должината на третманот.
Малнутриција	Да се препознае депресија, нарушувања на меморијата, малигни заболувања. Да се испитаат и третираат другите состојби што водат до малнутриција.
Депресија	Да се препознае депресија. Нефармаколошки третман и лекарства по потреба (не трициклични антидепресиви)
Деменција	Прекинување на непотребните лекови, избегнување на антихолинергични лекови и бензодиазепини, оптимално третирање на хроничните заболувања, подобрување на домашната безбедност, вежби за одење
Проблеми со стапалата	Третман на плускавците и на hallux valgus, соодветни обувки
Паркинсонова болест	Ревизија на лековите, третман на ортостатизмот, физичка активност и вежби за одење, рехабилитација
Ортостатска хипотензија	• Ревизија на лековите, доволно внесување течности, одмор по јадење, поткревање на заглавјето на креветот, бавно исправање до стоечка положба • Можни лекови флудрокортизон (0,1 mg ½ дневно со титрирање до 0,1 mg еднаш до двапати дневно)
Дегенерација на вратниот 'рбет	Личните предмети да бидат лесно дофатливи, физиотерапија
Мускулно-скелетни заболувања	Третман на основните болести, помагала за одење, шилци против лизгање на ѓоновите и на бастунот, подобрување на домашната безбедност

Подобрување на домашната безбедност

- Често е потребна домашна посета: пациентот и негувателот треба да се консултираат со докторот, физиотерапевтот или со со медицинската сестра какво уредување на домот е потребно.
  - Осветлување: соодветно општо осветлување, светилка на скалите и ноќно осветлување во спалната и во тоалетот.
  - Слободен пристап: во станот, на скалите, во дворот, отстранување на снегот и на мразот во зима.
  - Парапети на скалите
  - Килими со ниски рабови, материјал против лизгање под нив, отстранување на праговите и на килимите по потреба.
  - Тоалет и бања: рачки, нелизгави подови и дно на кадата, висока шолја. Бравата на вратата од тоалетот да може да се отклучи и од надвор.
  - Стабилни и доволно високи столови и кревет.
  - Кујна: предметите треба да бидат на дофат и да нема потреба од пресегнување.
  - Соодветни обувки (ниска, нелизгава потпетица).
- Ако безбедноста на пациентот (и на негувателот) се незадоволителни, да се разгледа можноста за ангажирање домашна медицинска сестра или домашна помош за следење на пациентот и да се обезбеди безбедносен телефон во случај на следни паѓања.

ПЛАНИРАЊЕ ВО ЗАЕДНИЦАТА

- Доволно песочење на улиците во зима, клупи покрај улиците и во продавниците, возила со низок под во јавниот транспорт, безбедни премини на улиците.

Автори: Maritta SalonojaArticle ID: ebm00478 (022.001)© 2014 Duodecim Medical Publications Ltd

ПОВРЗАНИ ИЗВОРИ

- Cochrane reviews 1
- Други кратки прегледи на докази 1
- Литература

COCHRANE REVIEWS

- Повеќефакторски интервенции и вежби во субакутни болнички околности и додаток на витамин Д и повеќефакторски интервенции обезбедени од повеќедисциплинарен тим во објекти за нега, може да бидат ефикасни во намалување на паѓањата кај постари лица (ннд-**C**).
- Популациски базирани интервенции во форма на повеќестратегиски, повеќефокусирани програми може да ги намалат повредите од паѓање кај постарите лица (ннд-**C**).
- Високи дози на витамин Д го намалуваат ризикот од паѓање меѓу старите лица за 20 проценти (ннд-**A**).

ДРУГИ КРАТКИ ПРЕГЛЕДИ НА ДОКАЗИ

- Постојат малку докази за да се препорача каква било интервенција за намалување на паѓањата во акутни болнички околности. (ннд-**C**).

ЛИТЕРАТУРА

1. Tinetti ME, Kumar C. The patient who falls: "It's always a trade-off". JAMA 2010 Jan 20;303(3):258-66. PubMed
2. Tinetti ME. Clinical practice. Preventing falls in elderly persons. N Engl J Med 2003 Jan 2;348(1):42-9. PubMed
3. Guideline for the prevention of falls in older persons. American Geriatrics Society, British Geriatrics Society, and American Academy of Orthopaedic Surgeons Panel on Falls Prevention. J Am Geriatr Soc 2001 May;49(5):664-72. PubMed
4. Nurmi-Lüthje I, Kaukonen JP, Lüthje P, Naboulsi H, Tanninen S, Kataja M, Kallio ML, Leppilampi M. Use of benzodiazepines and benzodiazepine-related drugs among 223 patients with an acute hip fracture in Finland: Comparison of benzodiazepine findings in medical records and laboratory assays. Drugs Aging 2006;23(1):27-37. PubMed
5. Ziere G, Dieleman JP, Hofman A, Pols HA, van der Cammen TJ, Stricker BH. Polypharmacy and falls in the middle age and elderly population. Br J Clin Pharmacol 2006 Feb;61(2):218-23. PubMed
6. Lord S, Sherrington C, Menz H, Close J. Falls in Older People Risk Factors and Strategies for Prevention. Cambridge, Great United Kingdom. Cambridge University Press 2007
7. Järvinen TL, Sievänen H, Khan KM, Heinonen A, Kannus P. Shifting the focus in fracture prevention from osteoporosis to falls. BMJ 2008 Jan 19;336(7636):124-6. PubMed

Автори: This article is created and updated by the EBMG Editorial Team Article ID: rel00269 (022.001)© 2014 Duodecim Medical Publications Ltd

1. **EBM Guidelines, 25.2.2014. www.ebm-guidelines.com**
2. **Упатството е ажурирано до 2014 г.**
3. **Упатството треба да се ажурира еднаш на 2 години.**
4. **Предвидено е следно ажурирање до февруари 2016 година.**

Упатството го ажурирал: Слободан Ристовски
Координатор: Проф. Д-р К. Зафировска

1480.

Врз основа на член 27 став (1) од Законот за здравствената заштита („Службен весник на Република Македонија“ број 43/12, 145/12, 87/13, 164/13, 39/14, 43/14, 132/14, 188/14 и 10/15), министерот за здравство донесе

У П А Т С Т В О
ЗА МЕДИЦИНСКОТО ЗГРИЖУВАЊЕ ПРИ НУТРИТИВНИ НАРУШУВАЊА КАЈ ПОСТАРИТЕ ЛИЦА

Член 1

Со ова упатство се утврдува медицинското згрижување при нутритивни нарушувања кај постарите лица.

Член 2

Начинот на медицинското згрижување при нутритивни нарушувања кај постарите лица е даден во прилог, кој е составен дел на ова упатство.

Член 3

Здравствените работници и здравствените соработници ја вршат здравствената дејност на медицинското згрижување при нутритивни нарушувања кај постарите лица по правило согласно ова упатство.

По исклучок од став 1 на овој член, во поединечни случаи по оценка на докторот може да се отстапи од одредбите на ова упатство, со соодветно писмено образложение за причините и потребата за отстапување и со проценка за натамошниот тек на згрижувањето, при што истото од страна на докторот соодветно се документира во писмена форма во медицинското досие на пациентот.

Член 4

Со денот на влегувањето во сила на ова упатство престанува да важи Упатството за практикување на медицина заснована на докази при нутритивни нарушувања кај постарите лица („Службен весник на Република Македонија“ бр. 14/13).

Член 5

Ова упатство влегува во сила наредниот ден од денот на објавувањето во „Службен весник на Република Македонија“.

Бр. 17-2443/1
27 февруари 2015 година
Скопје

Министер,
Никола Тодоров, с.р.

Прилог

НУТРИТИВНИ НАРУШУВАЊА КАЈ ПОСТАРИТЕ ЛИЦА

МЗД Упатства
26.2.2014

- Основни податоци
- Принципиелно
- Предиспонирачки фактори
- Последици од малнутриција
- Дијагноза на малнутриција
- Третман на малнутриција
- Други чести нарушувања на нутрицијата
- Поврзани извори
- Референци

ОСНОВНИ ПОДАТОЦИ

- Потребно е да се препознае нарушувањето на нутритивниот статус кај постари лица. Клиничките наоди сами по себе не се чувствителни показатели за малнутриција.
- Треба да биде загарантирано доволно внесување енергија, протеини и други хранливи материи преку исхраната.
- Лицата со прекумерна тежина на возраст под 75 години може да ослабат внимателно во случај на постоен коморбидитет. Пациенти повозрасни од 75 години ретко имаат корист од програмите за слабеење.
- Со цел да се осигури доволно внесување нвитамин Д, се препорачува додаток на 20μг (800 ИЕ) дневно во текот на годините кај лица што се повозрасни од 60 години.

ПРИНЦИПИЕЛНО

- Постар пациент со лош нутритивен статус и малнутриција, најверојатно, страда од хронична болест. Лицата што даваат здравствена заштита треба поенергично да го апострофираат лошиот нутритивен статус кај постари пациенти, отколку што е моментната практика.
- Состојбата на исхранетост на постари лица треба да биде проценета и следена преку промените на телесната тежина. Тестот MHA (Mini Nutritional Assessment) е корисен при институционална и при домашна нега 1.
  - Постари лица со прекумерна тежина, исто така, може да имаат малнутриција (слабост на мастите)
- Режим на исхрана може да се примени за одржување добар нутритивен статус и соодветна телесна тежина за да се спречи загубата на тежина и да се унапреди функционалниот капацитет и квалитетот на живот.
  - Нискиот индекс на телесна маса (BMI) и ненамерното губење на тежината ги зголемуваат заболувањето и смртноста.
  - Доволното внесување енергија и протеини треба да биде загарантиран. Важно е да се одржи добра мускулна сила и да се превенира прогресијата на саркопенија.
  - Препорачаниот дневен внес на протеини преку храна треба да биде најмалку 1,0-1,2 г/кг телесна тежина.
  - При мусулни вежби, дневниот протеински внес од 1,3 г/кг телесна тежина се покажал дека е од бенефит.

- Кај пациенти на возраст помала од 75 години и со БМИ преку 30, внимателното намалување на тежината, дополнето со физичка активност и доволен внес на протеини[3], е остварливо при третман на диабетес, срцева инсуфициенција, хипертензија и на остеоартрит. Инаку, умерена прекумерна телесна тежина (ВМІ 24-29) е ретко индикација за третман кај постари пациенти.
- Пациенти повозрасни од 75 години ретко имаат корист од програмите за слабеење.

- Во земјите со ограничена количина годишни сончеви денови, додавање витамин Д од 800 IE (20μg) дневно се препорачува за лица повозрасни од 60 години. За превенција на фрактури предизвикани од паѓање минималната доза на витаминот Д е 700-800 IE (17,5-20μg). За превенција на остеопороза, соодветно внесување калциум е 800-1.500 mg/ден) првично преку храна.
- Ако постарото лице има недостиг од витамин В12 или недостиг од железо, тоа е суспектно за гастроинестинална болест.
- Рутинска употреба на витамини или олигоелементи не е докажана како ефикасна (ннд-**С**).

Преваленција на малнутриција

- Во западниот свет, преваленцијата на малнутрицијата кај постарите е 5-10 проценти.
  - Кај пациенти повозрасни од 80 години преваленцијата е 10-20 проценти.
  - Кај хоспитализирани пациенти преваленцијата е 27- 65 проценти
  - Кај пациенти на институционална нега преваленцијата е 30-80 проценти

ПРЕДИСПОНИРАЧКИ ФАКТОРИ

- Проблеми во обезбедување на исхраната
  - Економски (ниски пензии, скржавост)
  - Проблеми со подвижност, намален функционален капацитет, недостиг од помош од друго лице
  - Придржување до старите навики, алкохолизам
- Тешкотии со џвакање и со голтање
  - Мозочен удар, деменција, паркинсонизам, испаднати заби, болки во устата
- Зголемени нутритивни потреби, особено протеини
  - Инфекции, декубитуси
  - Траума, операција, посебно пациенти со фрактури на екстремитети
  - Саркопениа
- Болести што предизвикуваат кахексија
  - Канцер, хронични инфекции (ТБЦ)
  - Алцхајмерова болест, деменција
- Влошено искористување на хранливите материи
  - Малапсорпција (интестинални болести, целијакија)
- Други причини
  - Психолошки причини (депресија, параноја, манија)
  - Медикаменти (намален апетит, сува уста, промени во вкусот или во мирисот)
  - Намален осет за вкус или за мирис
- Физиолошки промени предизвикани од возраста
  - Намалувањето на основниот метаболизам и намалувањето на физичката активност ја намалува потребата за енергија и дневното внесување калории, кое кај постарите жени, обично, е под 1.500 kcal. Се смета дека ова е ризично ниво за инсуфициентно внесување нутриенти.
  - Одложено гастрично празнење, продуктите богатите со енергија (гликоза, слободни масни киселини) ќе останат подолго време во циркулацијата продолжувајќи го чувството на ситост.
  - Со стареење, мускулното ткиво се намалува, а пропорционално расте масното ткиво.

- Намалување на толеранцијата на гликоза.
- Можност за нарушување на рамнотежата на течности.

ПОСЛЕДИЦИ ОД МАЛНУТРИЦИЈАТА

- Малнутрицијата и ненамерната загуба на тежина се поврзани со пораст на заболувањата и на смртноста
- Одолжено заздравување од болеста
- Одолжена хоспитализација, зголемени потреби за здравствени услуги
- Нарушување на имунитетот, бавно зараснување рани, зголемен ризик од инфекции
- Забрзано мускулно опаѓање, нарушување на функцијата и на силата на мускулите, пораст на ризикот за падови и за фрактури.

ДИЈАГНОЗА НА МАЛНУТРИЦИЈАТА

- Клиничките наоди не се чувствителни показатели за малнутрицијата
- Најчестоупотребувани показатели се: ненамерна загуба на тежина, намалена телесна тежина или БМИ, бавно зараснување рани, слабост на трицепсите и на рамениот појас, намалени серумски албумини, хемоглобин и лимфоцити, детално испитување на исхраната, способноста за обезбедување и за приготвување храна, внесување витамини, клинички испитувања.
- (MNA) Mini Nutritional Assessment 1 се смета за најдобра мерка за малнутрицијата. Таа е потврдена во неколку држави.
- Нарушувањето на нутритивниот статус, генерално, слабо се препознава.

ТЕРАПИЈА НА МАЛНУТРИЦИЈАТА

- Целта на диеталниот третман кај постарите лица е да се обезбеди соодветно внесување калории, протеини и нутритиенти, како и да се одржи соодветен нутритивен статус.
- Постарите и болните се посебно погодени со протеинската малнутриција и таа треба да се третира поактивно отколку што се практикува денес
- Нутритивната суплементација, се чини, ја намалува смртноста (ннд-С), и ги намалува компликациите2.
- Диета што се состои од чести висококалорични ужини обезбедува соодветно калориско внесување за недоволно исхранетите постари пациенти, подобро отколку конвенционална диета.
- Распоредот на оброци во семеен стил кај институционализираните постари лица го подобрува квалитетот на живот и го зголемува внесувањето калории и нутриенти.
- Треба да се проверат навиките на исхрана кај постари лица што живеат дома; треба да се разгледа можноста за ангажирање сервиси за доставување храна, посебно по отпуштање од болница.
- Постарите лица треба да примаат протеини во количина од 1-1,2 g/kg од телесната тежина дневно. Барањата се зголемуваат за време на болест
- Со возраста треба да расте пропорцијата на протеините и густината на нутриентите во дијетата.

ДРУГИ ЧЕСТИ НУТРИТИВНИ НАРУШУВАЊА

- Последици на дефицит на некои хранливи состојки
  - Анемии (железо, витамин Б12); треба да се земе предвид гастроинтестинална болест
- Остеопороза и остеомалација.
  - Дефицитот на витамин Д е честа состојба кај институционализирани постари лица и кај тие што ретко излегуваат од дома. Оправдана е рутинска суплементација на

витамин Д. Дневна доза од 700 до 800 ИЕ (17,5-20μг) витамин Д се покажа како ефикасна во превенција на фрактури (ннд-А). Во земји со ограничен извор на годишни сончеви денови за пациенти повозрасни од 60 години се препорачува рутинско дневно дополнително внесување витамин Д од 800 ИЕ (20μг).

- Ноќно слепило
- Невропатија (витамини Б)
- Чест е недостигот од фолати
- Дебелина
- Здравствени ризици и несакани ефекти оддебелината
  - нарушувања на метаболизнот (дијабетес)
  - физички ограничувања во движењата
  - инфекции на кожата (интертриго)
  - кардиоваскуларни болести
- Настојувањето за губење телесна тежина треба да е внимателно. Губењето на тежината лесно доведува до губење на мускулното ткиво и до релативен пораст на масното ткиво.

ПОВРЗАНИ ИЗВОРИ

Литература 1

1. Venning G. Recent developments in vitamin D deficiency and muscle weakness among elderly people. BMJ 2005 Mar 5;330(7490):524-6. PubMed
2. Bischoff-Ferrari HA, Willett WC, Wong JB, Giovannucci E, Dietrich T, Dawson-Hughes B. Fracture prevention with vitamin D supplementation: a meta-analysis of randomized controlled trials. JAMA 2005 May 11;293(18):2257-64. PubMed
3. Bjelakovic G, Nikolova D, Gluud LL, Simonetti RG, Gluud C. Mortality in randomized trials of antioxidant supplements for primary and secondary prevention: systematic review and meta-analysis. JAMA 2007 Feb 28;297(8):842-57. PubMed
4. Suominen M, Muurinen S, Routasalo P, Soini H, Suur-Uski I, Peiponen A, Finne-Soveri H, Pitkala KH. Malnutrition and associated factors among aged residents in all nursing homes in Helsinki. Eur J Clin Nutr 2005 Apr;59(4):578-83. PubMed
5. Guigoz Y. The Mini Nutritional Assessment (MNA) review of the literature--What does it tell us? J Nutr Health Aging 2006 Nov-Dec;10(6):466-85; discussion 485-7. PubMed
6. Nijs KA, de Graaf C, Siebelink E, Blauw YH, Vanneste V, Kok FJ, van Staveren WA. Effect of family-style meals on energy intake and risk of malnutrition in dutch nursing home residents: a randomized controlled trial. J Gerontol A Biol Sci Med Sci 2006 Sep;61(9):935-42. PubMed
7. Bischoff-Ferrari HA, Dawson-Hughes B, Willett WC, Staehelin HB, Bazemore MG, Zee RY, Wong JB. Effect of Vitamin D on falls: a meta-analysis. JAMA 2004 Apr 28;291(16):1999-2006. PubMed
8. Suominen MH, Kivisto SM, Pitkala KH. The effects of nutrition education on professionals' practice and on the nutrition of aged residents in dementia wards. Eur J Clin Nutr 2007 Oct;61(10):1226-32. PubMed
9. Suominen MH, Sandelin E, Soini H, Pitkala KH. How well do nurses recognize malnutrition in elderly patients? Eur J Clin Nutr 2009 Feb;63(2):292-6. PubMed

РЕФЕРЕНЦИ

1. Suominen MH, Kivistö S, Pitkälä KH. The effects of nutrition education on professionals' practice and further to the nutrition of aged nursing home residents accepted for publication. Eur J Clin Nutr 2007;61(10):1226-32
2. Milne A, Avenell A, Potter J. Meta-Analysis: Protein and energy supplementation in older people. Ann Intern Med. 2006;144:37-48

3. Tieland M, Dirks ML, van der Zwaluw N et al. Protein supplementation increases muscle mass gain during prolonged resistance-type exercise training in frail elderly people: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial. J Am Med Dir Assoc 2012;13(8):713-9. PubMed

Автори:Merja Suominen

Претходни автори:
Kaisu Pitkälä and Reijo Tilvis
Последна промена 26.2.2014

Article ID: ebm00467 (022.005)
© 2014 Duodecim Medical Publications Ltd

1. **EBM Guidelines, 26.2.2014, www.ebm-guidelines.com.**
2. **Упатството треба да се ажурира еднаш на 3 години.**
3. **Предвидено е следно ажурирање во 2017 година.**

Упатството го ажурирал-Д-р.Билјана Зафировска
Координатор-Проф.Д-р. Катица Зафировска

1481.

Врз основа на член 27 став (1) од Законот за здравствената заштита („Службен весник на Република Македонија“ број 43/12, 145/12, 87/13, 164/13, 39/14, 43/14, 132/14, 188/14 и 10/15), министерот за здравство донесе

У П А Т С Т В О
ЗА МЕДИЦИНСКОТО ЗГРИЖУВАЊЕ ПРИ КОНТРОЛНИ ПРЕГЛЕДИ КАЈ ПОСТАРИТЕ ЛИЦА

Член 1

Со ова упатство се утврдува медицинското згрижување при контролни прегледи кај постарите лица.

Член 2

Начинот на медицинското згрижување при контролни прегледи кај постарите лица е даден во прилог, кој е составен дел на ова упатство.

Член 3

Здравствените работници и здравствените соработници ја вршат здравствената дејност на медицинското згрижување при контролни прегледи кај постарите лица по правило согласно ова упатство.

По исклучок од став 1 на овој член, во поединечни случаи по оценка на докторот може да се отстапи од одредбите на ова упатство, со соодветно писмено образложение за причините и потребата за отстапување и со проценка за натамошниот тек на згрижувањето, при што истото од страна на докторот соодветно се документира во писмена форма во медицинското досие на пациентот.

Член 4

Со денот на влегувањето во сила на ова упатство престанува да важи Упатството за практикување на медицина заснована на докази при контролни прегледи на постарите лица („Службен весник на Република Македонија“ бр.14/13).

Член 5

Ова упатство влегува во сила наредниот ден од денот на објавувањето во „Службен весник на Република Македонија“.

Бр. 17-2442/1
27 февруари 2015 година
Скопје

Министер,
Никола Тодоров, с.р.

Прилог

КОНТРОЛНИ ПРЕГЛЕДИ НА ПОСТАРИТЕ ЛИЦА

МЗД Упатство
31.5.2013 •Последна промена 31.5.2013
Timo Strandberg

- Основни податоци
- Основни правила
- Следење на сопствените пациенти
- Содржина на следење во првичната здравствена заштита
- За кого и колку често е потребно следење?
- Поврзани извори
- Референци

ОСНОВНИ ПОДАТОЦИ

- Функционалната способност и здравјето се одржуваат и промовираат колку што е можно подолго.
- Живеењето дома се продолжува и се одложува институционалната грижа.
- Се обезбедува квалитет на животот и се зголемува безбедноста.
- Се засилуваат социјалните/друштвените врски.
- На постарите лица им се даваат информации за здравствените услуги и за нормалното стареење.
- Се намалува смртноста.

ОСНОВНИ ПРАВИЛА

- Најубедливите докази што се однесуваат на превентивните домашни посети, вклучувајќи и проверки на здравствената состојба, кои се спроведуваат кај физички сè уште релативно држечки постари лица (возраст 72-78 години) се добиени повеќедимензионално, со геријатриска експертиза, и вклучуваат неколку (> 4) посети едноподруго.
- Постои доказ за ефикасноста на превентивните мерки кај постари лица за следниве интервенции: следење за рак на дојка, престанување со пушење, третирање на хипертензијата, зголемување на обемот на физичките вежби, вакцинација и превенција на падовите.
- Следењето што го изведуваат здравствените работници (медицински сестри, матичен лекар) за време на посетата на пациентот во некој здравствен центар би можело да биде пополезно со извесна резерва. Ова е многу соодветно за првичната здравствена заштита заснована врз населението. Следењето може да го изведува секој стручен здравствен работник, по потреба и со потемелен контролен преглед од страна на лекар. Доказите за користа од ненаменското следење кај постарата популација се контрадикторни и покрај фактот дека често може да се откријат различни недијагностицирани заболувања.
- Треба да се бараат само тие болести или инвалидност за кои постои делотворен третман и кои доаѓаат предвид кај постарите лица.

СЛЕДЕЊЕ НА СОПСТВЕНИТЕ ПАЦИЕНТИ

- Треба да се определи кои поединци имаат потреба од подетална процена.

- Главен акцент треба да се стави на функционалните способности (способноста за движење, сознајните способности, излегувањето на крај со секојдневните активности) и знаците на синдром на слабост (загуба на тежина, саркопенија, намалена подвижност), а не само на болеста.
- Почетно губење на функционалноста е индикација за детална процена, бидејќи тоа често е знак за соматска болест.

СОДРЖИНА НА СЛЕДЕЊЕТО ВО ПРВИЧНАТА ЗДРАВСТВЕНА ЗАШТИТА

- Не постои консензус за содржината на една изводлива програма за следење.
- Постојат научни докази за ефикасноста на следниве мерки за следење:
  - Мерење на крвниот притисок
  - Мамографија
  - Ректално туше, крв во изметот и сигмоидоскопија (за откривање рак на дебелото црево).
- Исто така, се препорачуваат и следниве мерки:
  - Физички вежби и нивни промени
  - Статус на исхранетост испитан со прашалник на MNA (Mini nutritional Assessment); да се регистрираат можните промени
  - Излегување на крај со секојдневните активности, ADL (Activities of Daily Living) и IADL (Instrumental Activities of Daily Living), пазарење, финансии, подготвување храна, користење телефон.
  - Слух: анамнеза или шепотење на 20 cm од увото.
  - Расположение (испитано, на пример, со некој од тестовите за депресија: Zung, GDS, DEPS).
  - Тест за сознајните функции (MMCE или цртање на часовникот:
  - Острина на вид, интраокуларен притисок.
  - Лабораториски тестови: гликемија, холестерол, тироидна функција.
  - ЕКГ.
  - Густина на коските измерена со дензитометрија.
  - Способност за седнување и за станување од стол и способност за одење (пациенти со зголемен ризик за паѓање или со претходни паѓања во анамнезата).
- Меѓутоа, се покажало дека:
  - Следењето за острина на видот кај асимптоматските постари пациенти не го подобрува видот (ннд[1]- **C**).
  - Следењето спроведено од здравствените работници ретко води до откривање нови проблеми и не го подобрува општиот здравствен статус кај постарите лица; основно е лицето што го спроведува следењето да има геријатриско искуство и способност да ги препознае основните проблеми меѓу факторите на ризик кај постарите.
  - Рутинската употреба на прашалниците за откривање на психијатриските заболувања (депресија, анксиозност) не ја зголемува стапката на откривање ниту ја подобрува прогнозата на емоционалните нарушувања.
  - Интервенциите што имаат за цел да го намалат ризикот од паѓање треба да се насочат кон пациентите за кои постои најголема веројатност дека ќе имаат корист од нив.
- Нема формиран став за значењето на опипување на простата и/или на ПСА при скенирањето за рак на простатата.

[1] ннд = ниво на доказ

ЗА КОГО И КОЛКУ ЧЕСТО Е ПОТРЕБНО СЛЕДЕЊЕ?

- Мерките за следење, кои се напишани погоре или некои од нив, може да бидат препорачани да се спроведуваат во интервал на секои една до пет години доколку резултатите од испитувањата влијаат врз активностите што ги презема лекарот. Кога наодите од следењето водат до терапевтски мерки, треба да бидат засновани на докази и нивниот успех мора да се следи. Постои доказ за ефикасноста од студиите што вклучиле неколку превентивни домашни посети.
- Тешко е да се постави горна старосна граница за следење, но, сепак е спорна смислата за следење за некое заболување на асимптоматски лица постари од 85 години. Здравствените проверки се најкорисни кога се спроведуваат кај постари лица на возраст од 65-72 до 78 години, кои, можеби, имаат поединечен фактор на ризик кај кој може да се интервенира со третман, Исто така, може да биде корисно да се препознае почетна слабост, но сега засега тоа е широко неистражено прашање.
- Кај постарите лица што се институционализирани, фокусот треба да се постави на превенцијата на декубитусите, уринарната инконтиненција, паѓањата и на одржувањето на способноста за движење. Годишните лабораториски испитувања кај овие пациенти не се сметаат за оправдани.
- Проценувањето на можната корист е посебно проблематично кога:
  - Не постои лек за болеста
  - Претходните испитувања биле негативни
  - Пациентот има тешкоограничена функционална способност или има деменција
  - Очекуваниот квалитет или траење на животот е ограничен од некоја друга причина.
- Иако староста од 85 години се смета за горна граница за следење, мора да се земат предвид индивидуалните разлики на секоја личност и различните потреби за нега.

ПОВРЗАНИ ИЗВОРИ

Литература

- Reuben DB. Medical care for the final years of life: "When you're 83, it's not going to be 20 years". JAMA 2009 Dec 23;302(24):2686-94. PubMed

РЕФЕРЕНЦИ

1. Gillespie L. Preventing falls in elderly people. BMJ 2004 Mar 20;328(7441):653-4. PubMed
2. Stuck AE, Egger M, Hammer A, Minder CE, Beck JC. Home visits to prevent nursing home admission and functional decline in elderly people: systematic review and meta-regression analysis. JAMA 2002 Feb 27;287(8):1022-8. PubMed

Претходни автори:
Kaisu Pitkälä and Jaakko Valvanne
Последно ажурирање 31.5.2013 • Последна промена 31.5.2013
Article ID: ebm00469 (022.020)

© 2014 Duodecim Medical Publications Ltd

1. **EBM Guidelines, 31.5.2013, www.ebm-guidelines.com.**
2. **Упатството не е ажурирано до 2014 година.**
3. **Упатството треба да се ажурира еднаш на 3 години.**
4. **Предвидено е следно ажурирање во 2017 година.**

Упатството го ажурирала Ас. д-р З. Бабинкостова, м-р сци.
Координатор: Проф. д-р К. Зафировска

1482.

Врз основа на член 27 став (1) од Законот за здравствената заштита („Службен весник на Република Македонија“ број 43/12, 145/12, 87/13, 164/13, 39/14, 43/14, 132/14, 188/14 и 10/15), министерот за здравство донесе

У П А Т С Т В О
ЗА МЕДИЦИНСКОТО ЗГРИЖУВАЊЕ ПРИ ИНФЕКЦИИ ВО ПОСТАРАТА ВОЗРАСТ

Член 1

Со ова упатство се утврдува медицинското згрижување при инфекции во постарата возраст.

Член 2

Начинот на медицинското згрижување при инфекции во постарата возраст е даден во прилог, кој е составен дел на ова упатство.

Член 3

Здравствените работници и здравствените соработници ја вршат здравствената дејност на медицинското згрижување при инфекции во постарата возраст по правило согласно ова упатство.

По исклучок од став 1 на овој член, во поединечни случаи по оценка на докторот може да се отстапи од одредбите на ова упатство, со соодветно писмено образложение за причините и потребата за отстапување и со проценка за натамошниот тек на згрижувањето, при што истото од страна на докторот соодветно се документира во писмена форма во медицинското досие на пациентот.

Член 4

Со денот на влегувањето во сила на ова упатство престанува да важи Упатството за практикување на медицина заснована на докази при инфекции во постарата возраст („Службен весник на Република Македонија“ бр. 14/13)..

Член 5

Ова упатство влегува во сила наредниот ден од денот на објавувањето во „Службен весник на Република Македонија“.

Бр. 17-2441/1
27 февруари 2015 година
Скопје

Министер,
Никола Тодоров, с.р.

Прилог

ИНФЕКЦИИ ВО ПОСТАРАТА ВОЗРАСТ

МЗД Упатства
26.2.2014 • Последна промена 26.2.2014

Jouko Laurila

- Основни податоци
- Пневмонија
- Инфекции на уринарниот тракт и пиелонефрит
- Гастроинтестинални и интраабдоменални инфекции
- Поврзани извори

ОСНОВНИ ПОДАТОЦИ

- Клеточниот имунитет и дел од хуморалниот имунитет се нарушени во постарата возраст.
- Можните долготрајни болести и психолошките промени поврзани со возраста, како и имуносупресивните лекови ги намалуваат одбранбените механизми и ја прават потешка дијагнозата.
- Типичните симптомите на инфекциите често недостасуваат или се неспецифични (на пр. тешкотии со одењето, конфузија) и дури и благи инфекции може да предизвикаат декомпензација на различни органи.
- Треба секогаш да се внимава ако стабилната состојба кај постаро лице стане на некој начин чудна, дури и кога нема влошување на општата состојба, ниту има конфузност.
- Треската, обично, е отсутна. CRP е корисен маркер за присутна инфекција.

ПНЕВМОНИЈА

- Предиспонирачки фактори за пневмонија во постара возраст се нарушениот рефлекс за кашлање, можните невролошки заболувања кои предизвикуваат нарушување во функционирањето на фаринксот и водат до подложност за аспирација, опструктивни белодробни заболувања, имобилизација и срцева слабост (нид-**C**)
- Температурата кај пациентот со пневмонија може да биде нормална, а кашлањето целосно отсутно. Пневмонијата може да се манифестира со симптоми на влошена општа состојба и функционирање, конфузија, дури и болка во градите предизвикана од иритација на белите дробови или од влошување на коронарна срцева болест.
- Најчест предизвикувач на пневмонија во вонболнички услови е *Streptococcus pneumoniae* (пнеумококи), и антибиотик од прва линија за оваа состојба кај амбулантски пациенти е амоксицилин, а кај хоспитализираните пациенти е цефуроксим или пеницилин Г .
- За време на епидемија од грип, чести се второстепените бактериски пневмонии, кои се најчесто предизвикани од *Staphylococcus aureus*. Во тој случај лек на избор е цефуроксим.
- Должината за лекувањето на пневмонијата е 10 дена.
- Превенирањето на пневмококната пневмонија со вакцинација против грип секоја година е корисно (нид-**C**). Истото се однесува и за пневмококната вакцина, чијашто ефикасност е, исто така, докажана кај постарата популација (нид-**A**).
- Кај продолжените белодробни инфекции веројатноста за појава на туберкулоза е голема (кожен тест, култура од спутум).

ИНФЕКЦИИ НА УРИНАРНИОТ ТРАКТ И ПИЕЛОНЕФРИТ

- Жените се предиспонирани кон инфекции на уринаринарниот тракт поради атрофијата на вагиналната мукоза поради возраста или поради пролапс на вагина или на утерус. Мажите се предиспонирани кон уринарни инфекции поради хиперплазија на простатата. Најважен надворешен предиспонирачки фактор за инфекции на уринарниот тракт е катетеризацијата. Постојаниот катетер треба да се отстрани колку што е можно побрзо.
- Кај постарите еднодозен антибиотски третман е помалку ефикасен отколку циклуси што траат повеќе од три дена (ннд-**С**). Доказите за тоа колку е доволната должина на антибиотската терапија се несоодветни, но голем број специјалисти препорачуваат циклуси што траат од 7-10 дена.
- Треба да се утврди и да се третира причината за рекурентна инфекција. Ако причината не се открие, тогаш се препорачува профилактички третман со триметоприм - еднократно навечер. Често е ефикасно засилувањето на мукозната мембрана со локални естрогени (ннд-**С**).
- Асимптоматска бактериурија кај постарите лица не треба да се третира со антибиотици сè додека не се појават специфични (дизурија, инконтиненција) или неспецифични (конфузија, падови) симптоми за инфекција. Асимптоматска бактериурија не треба да се прифати ниту како причина за ослабената општа состојба на пациентот.
- При институционалната грижа, понекогаш се пристапува кон третман поради миризбата за која се претпоставува дека е предизвикана од инфекција. Оваа практика не се препорачува. Третманот не го намалува ниту мокрењето в кревет.
- Цефуроксим даден интравенски е лек од прв избор за третман на пиелонефрит. Кога општата состојба ќе се подобри или кога ќе се нормализира телесната температура, тогаш од интравенска се преминува на перорална терапија. Должината на третманот е најмалку 10 дена.
- Кај пациентите со постојан катетер не треба да се дава профилактички лек. Не се исплатува за следење да се земаат примероци од катетерот. Хроничните бактериурии (на пр. *Pseudomonas*) се чести меѓу постарите лица што имаат катетер и овие не треба да се третираат доколку нема генерални симптоми.

ГАСТРОИНТЕСТИНАЛНИ И ИНТРААБДОМЕНАЛНИ ИНФЕКЦИИ

- Бидејќи чувството за висцерална болка опаѓа со возраста, акутниот апендицит и инфекциите на билијарниот тракт може да е тешко да се дијагностицираат. Тие може тивко да доведат до перфорација или до акутна абдоменална катастрофа.
- Дивертикулоза и дивертикулит се болести што се јавуваат поради возраста
- Плазматскиот CRP и бројот на леукоцитите, повторувани клинички прегледи и исклучување на инфекции на другите органи, помагаат да се дојде до вистинската дијагноза.

- Последен преглед за ажурирање 26.2.2014 • Последна промена на 26.2.2014

ПОВРЗАНИ ИЗВОРИ

Поврзани извори
6.5.2008

Ова упатство е создадено и ажурирано од тимот едитори на EBMG

ЛИТЕРАТУРА

- Vila-Corcoles A, Salsench E, Rodriguez-Blanco T, Ochoa-Gondar O, de Diego C, Valdivieso A, Hospital I, Gomez-Bertomeu F, Raga X. Clinical effectiveness of 23-valent pneumococcal polysaccharide vaccine against pneumonia in middle-aged and older adults: a matched case-control study. Vaccine 2009 Mar 4;27(10):1504-10. PubMed

- Evers SM, Ament AJ, Colombo GL, Konradsen HB, Reinert RR, Sauerland D, Wittrup-Jensen K, Loiseau C, Fedson DS. Cost-effectiveness of pneumococcal vaccination for prevention of invasive pneumococcal disease in the elderly: an update for 10 Western European countries. Eur J Clin Microbiol Infect Dis 2007 Aug;26(8):531-40. PubMed

Article ID: rel00403 (022.007)
© 2014 Duodecim Medical Publications Ltd

Article ID: ebm00474 (022.007)
© 2014 Duodecim Medical Publications Ltd

1. **EBM Guidelines, 26.2.2014, www. ebm-guidelines.com**
2. **Упатството треба да се ажурира еднаш на 2 години.**
3. **Предвидено е следно ажурирање во 2016 година.**

Упатството го ажурирала: Проф. Д-р. Катица Зафировска
Координатор: Проф. Д-р. Катица Зафировска

1483.

Врз основа на член 27 став (1) од Законот за здравствената заштита („Службен весник на Република Македонија“ број 43/12, 145/12, 87/13, 164/13, 39/14, 43/14, 132/14, 188/14 и 10/15), министерот за здравство донесе

У П А Т С Т В О
ЗА МЕДИЦИНСКОТО ЗГРИЖУВАЊЕ ПРИ ДЕПРЕСИЈА ВО СТАРА ВОЗРАСТ

Член 1

Со ова упатство се утврдува медицинското згрижување при депресија во стара возраст.

Член 2

Начинот на медицинското згрижување при депресија во стара возраст е даден во прилог, кој е составен дел на ова упатство.

Член 3

Здравствените работници и здравствените соработници ја вршат здравствената дејност на медицинското згрижување при депресија во стара возраст по правило согласно ова упатство.

По исклучок од став 1 на овој член, во поединечни случаи по оценка на докторот може да се отстапи од одредбите на ова упатство, со соодветно писмено образложение за причините и потребата за отстапување и со проценка за натамошниот тек на згрижувањето, при што истото од страна на докторот соодветно се документира во писмена форма во медицинското досие на пациентот.

Член 4

Со денот на влегувањето во сила на ова упатство престанува да важи Упатството за практикување на медицина заснована на докази при депресија во старата возраст („Службен весник на Република Македонија“ бр. 14/13).

Член 5

Ова упатство влегува во сила наредниот ден од денот на објавувањето во „Службен весник на Република Македонија“.

Бр. 17-2440/1
27 февруари 2015 година
Скопје

Министер,
Никола Тодоров, с.р.

Прилог

ДЕПРЕСИЈА ВО СТАРА ВОЗРАСТ

МЗД Упатство
25.2.2014 •Последна промена 25.2.2014
Hanna-Mari Alanen

- Основи
- Позадина и епидемиологија
- Симптоми
- Диференцијална дијагноза
- Дијагноза
- Лекување
- Консултација и советување
- Поврзани извори

ОСНОВИ

- Да се препознае депресијата кај постарите лица. Често е недијагностицирана и нелекувана болест.
- Да се лекува акутната депресија со цел да се ублажат сите симптоми.
- Да се подобри квалитетот на животот на пациентот со давање на поддршка и обезбедување на лекови на таков начин што ќе се минимизираат несаканите ефекти.

ПОЗАДИНА И ЕПИДЕМИОЛОГИЈА

- Преваленцата на депресијата вклучувајќи ги полесните случаи се проценува околу 12-13%. Депресијата е честа меѓу постарите лица кои доаѓаат на медицинска консултација (17-30%) и исто така меѓу постарите во болница или долготрајна нега.
- Преваленцата на депресијата кај жените е двојно поголема во споредба со мажите, дури и во постара возраст.
- Преваленцата на тешката депресија во постарата популација е 1-4 %. До 10-12% од постарите лица хоспитализирани во општа болница имаат тешка депресија.
- Околу 15-20 % од сите депресивни растројства кај постарите лица се психотични.
- Депресијата е мултифакторијална, клинички хетерогена болест со бројни етиолошки фактори. Генетските и факторите на средината имаат улога, историјата за депресија, како и соматските болести како Паркинсонова болест, мозочни инфаркти, кардиоваскуларни болести и хроничната болка го зголемуваат ризикот за депресија.
- Стареењето е асоцирано со редуцирана функционална способност, губитоци и слабост. Тешкотиите во прилагодувањето на овие промени ја предиспонираат личноста за депресија. Акутните животни настани, како што е ожалостеност (губиток на сопругот или друг член на семејството) се исто така чести преципитирачки фактори.
- Ако првата депресивна епизода се јави во напредната возраст може да биде предиктор на деменција.

СИМПТОМИ

- Симптомите се различни, делумно се преклопуваат со знаци и симптоми на физичка болест и често тешко се препознаваат како депресија.
- Главните симптоми вклучуваат лошо расположение кое трае најмалку две недели, губиток на интерес или задоволство во секојдневните активности, намален апетит, замореност и намалено ниво на енергија.

- Симптомите како апатија и слаба мотивација може да личат на симптоми на деменција.
- Тешкотии во реализацијата на дневните активности и чувство на немотивираност, особено наутро.
- Иритабилност, плачливост, анксиозност, песимизам, чувство на безвредност, самообвинување, суицидални мисли, осаменост, стравување и зависност од други луѓе.
- Кај постарите лица со депресија, функционалната способност опаѓа полесно отколку кај помладите и растројството на расположението не е неопходно нагласено.
- Физичките симптоми често го маскираат чувството на депресија: разни болки, нарушен сон, намален апетит, губиток на телесна тежина и замореност.
- Кај психотичната депресија пациентот дополнително има делузии, можните аудитивни халуцинации често се омаловажувачки, обвинувачки и инсинуирачки, а како дополнение може да постои и значајна психомоторна ретардација или дури ступор.

ДИФЕРЕНЦИЈАЛНА ДИЈАГНОЗА

- Тага како нормална реакција на ожалостеност.
- Деменција (тестирање или обид за лекување со антидепресиви). Да се има во предвид дека пациентите со деменција може исто така да имаат и депресија.
- Хронична болка
- Хипотироидизам, хиперпаратироидизам
- Паркинсонова болест
- Недостаток на витамин B_{12}
- Штетна употреба на алкохол

ДИЈАГНОЗА

- Дискутирање со пациентот за симптомите и актуелната животна ситуација. Важно е да се добие слика за тоа како пациентот ја гледа неговата/нејзината ситуација. Личности кои се блиски со пациентот може да дадат вредни информации (“тој не е старата личност”).
- Историја: претходна психијатриска историја, актуелни медикаменти.
- Физикална и психијатриска егзаминација.
- Скрининг тестови за депресија.
- BDI и MADRS се корисни алатки за поставување на дијагноза и за евалуација на одговорот на третманот.
- Лабораториски тестови (за исклучување): TSH, слободен тироксин, крвна слика, диференцијална крвна слика, витамин B_{12}, калциум, хепатални ензими, електролити и креатинин.
- ЕКГ
- Кога депресивната епизода се јавува за прв пат во стара возраст, треба да бидат земени во предвид имиџинг техники (НМР) и/или невропсихолошки испитувања за диференцијална дијагноза меѓу деменција и депресија.

ЛЕКУВАЊЕ

- Да се обезбеди информација за природата, текот и третманот на депресијата за пациентот и неговото/нејзиното семејство и негувателите во форма која е соодветна за ситуацијата и е разбирлива за слушателите. Да се нагласи дека депресијата може да се лекува. Во почетната фаза пациентот често се интересира да дознае кога тој/таа ќе почне да се чувствува подобро.
- Да се лекува коморбидната соматска болест и да се обиде да се редуцираат или компензираат ефектите од неспособноста; ова исто така ќе придонесе во лекувањето на депресијата.
- Да се мапира психосоцијалниот статус на пациентот и мрежата за поддршка.

- Одблизу да се мониторира терапевтскиот одговор за да не се прекине третманот премногу рано. Симултаната анксиозност може да го забави опоравувањето од депресијата, но не го превенира.
- Поодминатата возраст не е пречка за опоравување.
- Со постаро депресивно лице релацијата доктор-пациент треба да биде активна, охрабрувачка и супортивна.
- Постојат докази за ефективноста на психолошките интервенции, особено когнитивната психотерапија (ннд - **B**) со мотивирани постари депресивни пациенти.
- Дозволете му на пациентот нормално да тажи после ужаленоста, но имајте сознание за можноста за депресија кога симптомите опстојуваат или стануваат интензивни.
- Пациентот може да смета дека физиотерапијата претставува супортивна и позитивна интервенција. Постојат позитивни искуства од групните вежби во вежбална за постари лица.
- Медикаменти:
  - Кога се избира антидепресивот, да се процени симптоматологијата (апатичен-вознемирен) и да се осигура дека лекот е соодветен за коморбитетите кај пациентот и останатата медикаментозна терапија.
  - Селективните инхибитори на повторното преземање на серотонин го активираат пациентот. Тие вклучуваат citalopram, escitalopram, sertraline, paroxetine (забележете ги интеракциите) и fluoxetine (забележете ги интеракциите).
  - Трицикличните антидепресиви имаат антихолинергични и кардиоваскуларни несакани ефекти и затоа не се лекови од избор во амбулансткиот третман на депресијата кај постари лица.
    - Овие лекови имаат тесно терапевтско подрачје кое е особен ризик фактор кога се лекуваат автодеструктивни пациенти.
  - Mirtazapine, со почетна доза од 15-30 мг/ден, е корисна опција кај депресија комбинирана со анксиозност или нарушување на сонот.
  - Duloxetine (30)-60 мг
  - Venlaflaxine (37.5-75-225 мг/ден) може да биде ефективен кај депресија која е резистентна на други лекови.
  - SSRIs и venlafaxine се особено асоцирани со зголемен ризик за хипонатриемија кога со нив се лекуваат постари пациенти.
  - Ако депресијата е асоцирана со психотични карактеристики, антидепресивната медикација секогаш се комбинира со антипсихотик од втората генерација (на пр. quetiapine, olanzapine, risperidone).
  - Ефектот од медикаментозната терапија, вообичаено доаѓа до израз во тек на 4-8 недели, но може да се потребни и до 12 недели за да се постигне комплетен терапевтски одговор. Ако нема ефект, или ефектот е слаб да се зголеми дозата или ако дозирањето е оптимално да се направи обид со медикамент од друга група на антидепресиви.
  - Кај прва депресивна епизода продолжете ја медикацијата во тек на 1-2 години откако пациентот ќе се опорави (ннд-**C**). Ако депресијата се повтори, треба да се продолжи со медикаменти неколку години.
- Суицидалните тенденции кај постарите пациенти се индикација за хоспитално лекување.
- Кога се лекуваат постари пациенти неопходно е порано да се земе во предвид хоспитален третман отколку кај помладите пациенти, особено ако супортивната социјална мрежа е сиромашна. Психотичните и рефрактерните депресии кај постари пациенти се лекуваат во специјализирани психијатриски хоспитални установи, полесните состојби обично може да се лекуваат во примарната здравствена заштита.
- Електроконвулзивната терапија е ефикасен и брз третман и за тешката и за психотичната депресија кај постарите пациенти.

КОНСУЛТАЦИЈА И СОВЕТУВАЊЕ

- Грижата за постарите депресивни лица може да биде тешка и да е предизвик како за сестринскиот персонал, така и за оние кои се грижат за нив. Пациентот може да ја изгубил надежта, може да е тешко поднослив, да оптужува, да биде зависен и емоционално лабилен.
- Од помош може да бидат групите за поддршка на персоналот и семејните советувања на оние кои се грижат за лицето и блиските членови на семејството.
- Да се консултира психијатар за дијагностичките проблеми или кога пациентот продолжува да биде депресивен и покрај третманот. Во третманот на рефрактерната депресија може да се комбинираат неколку антидепресиви меѓу себе или антидепресив со антипсихотик.

ПОВРЗАНИ ИЗВОРИ

Клинички упатства

- Депресија - Лекување на депресијата во примарната и секундарната здравствена заштита. NICE Клиничко упатство 23, април 2007

Литература

- Djernes JK. Prevalence and predictors of depression in populations of elderly: a review. Acta Psychiatr Scand 2006 May;113(5):372-87.PubMed
- Riedel-Heller SG, Busse A, Angermeyer MC. The state of mental health in old-age across the 'old' European Union - a systematic review. Acta Psychiatr Scand 2006 May;113(5):388-401. PubMed
- Kennedy GJ, Marcus P. Use of antidepressants in older patients with co-morbid medical conditions: guidance from studies of depression in somatic illness. Drugs Aging 2005;22(4):273-87. PubMed
- Mitchell AJ, Subramaniam H. Prognosis of depression in old age compared to middle age: a systematic review of comparative studies. Am J Psychiatry 2005 Sep;162(9):1588-601. PubMed
- Unützer J. Clinical practice. Late-life depression. N Engl J Med 2007 Nov 29;357(22):2269-76. PubMed
- Pinquart M, Duberstein PR, Lyness JM. Treatments for later-life depressive conditions: a meta-analytic comparison of pharmacotherapy and psychotherapy. Am J Psychiatry 2006 Sep;163(9):1493-501.PubMed
- Alexopoulos GS. Depression in the elderly. Lancet 2005 Jun 4-10;365(9475):1961-70. PubMed
- Chew-Graham C, Baldwin R, Burns A. Integrated management of depression in the elderly. Cambridge Medicine, Cambridge University press, 2008

Претходни автори:
Tuula Saarela and Kaisu Pitkälä
Последно ажурирање 25.2.2014 • Последна промена 25.2.2014
Article ID: ebm00472 (022.004)

© 2014 Duodecim Medical Publications Ltd

1. **EBM Guidelines, 25.2.2014, www.ebm-guidelines.com.**
2. **Упатството треба да се ажурира еднаш на 3 години.**
3. **Предвидено следно ажурирање во август 2017 г.**

Упатството го ажурирала Ас. д-р З. Бабинкостова, м-р сци.
Координатор: Проф. д-р К. Зафировска

1484.

Врз основа на член 27 став (1) од Законот за здравствената заштита („Службен весник на Република Македонија“ број 43/12, 145/12, 87/13, 164/13, 39/14, 43/14, 132/14, 188/14 и 10/15), министерот за здравство донесе

У П А Т С Т В О
ЗА МЕДИЦИНСКОТО ЗГРИЖУВАЊЕ ПРИ ДЕЛИРИУМ КАЈ СТАРИТЕ ЛИЦА

Член 1

Со ова упатство се утврдува медицинското згрижување при делириум кај старите лица.

Член 2

Начинот на медицинското згрижување при делириум кај старите лица е даден во прилог, кој е составен дел на ова упатство.

Член 3

Здравствените работници и здравствените соработници ја вршат здравствената дејност на медицинското згрижување при делириум кај старите лица по правило согласно ова упатство.

По исклучок од став 1 на овој член, во поединечни случаи по оценка на докторот може да се отстапи од одредбите на ова упатство, со соодветно писмено образложение за причините и потребата за отстапување и со проценка за натамошниот тек на згрижувањето, при што истото од страна на докторот соодветно се документира во писмена форма во медицинското досие на пациентот.

Член 4

Со денот на влегувањето во сила на ова упатство престанува да важи Упатството за практикување на медицина заснована на докази при делириум кај постари („Службен весник на Република Македонија“ бр. 14/13).

Член 5

Ова упатство влегува во сила наредниот ден од денот на објавувањето во „Службен весник на Република Македонија“.

Бр. 17-2439/1
27 февруари 2015 година
Скопје

Министер,
Никола Тодоров, с.р.

Прилог

ДЕЛИРИУМ КАЈ СТАРИТЕ ЛИЦА

МЗД Упатство
25.2.2014 •Последна промена 15.4.2014
Jouko Laurila

- Дефиниција и симптоми
- Фактори на предиспозиција
- Тригер фактори
- Дијагноза
- Диференцијална дијагноза
- Преваленција и прогноза
- Третман
- Поврзани извори
- Референци

ДЕФИНИЦИЈА И СИМПТОМИ

- Делириумот или акутната конфузна состојба е екстензивно растројство на мозочната функција, со брз почеток, како резултат на органска причина.
- Делириумот е тешко да се препознае (повеќе од половината случаи остануваат непрепознаени) (нид-**C**) и прогнозата е сиромашна (нид-**C**).
- Делириумот се манифестира со растројство на вниманието и аперцепција (дефицит во вниманието) и дезорганизирано размислување. Свеста станува замаглена и когнитивните функции одеднаш се детериорираат. Состојбата често е асоцирана со халуцинации и аберантни мисли, нарушување на циклусот сон-будност, алтерација на психомоторната активност, дезориентација, нарушено памтење и флуктуации во расположението.
- Клиничките карактеристики се развиваат во тек на краток временски период и имаат тенденција да флуктуираат во текот на денот.

ФАКТОРИ НА ПРЕДИСПОЗИЦИЈА

- Напредната возраст, нарушена функција
- Болести со дефицит на памтењето
- Сериозни соматски болести (пр. канцер)
- Полифармаци (особено антихолинергични медикаменти)
- Нарушување на видот и слухот, ненаспаност, непозната средина, физички ограничувања
- Хируршки зафат

ТРИГЕР ФАКТОРИ

- Низа на состојби може да предизвикаат делириум (нид-**C**).
- Медикаменти
  - Лекови со антихолинергични карактеристики (трициклични антидепресиви, фенотиазини, хидроксизин, бипериден), леводопа, седативи, литиум, бромокриптин, опиоди, стероиди, многу антибиотици (како што се хинолоните и клиндамицин)
  - Нагло прекинувцање на редовно употребуваните анксиолитици или дисконтинуитет во употребата на алкохол (делириум тременс)
- Инфекции

- Инфекции на уринарниот систем на различни нивоа, пневмонија (често без треска кај постарите лица), септикемија, еризипел, менингитис, енцефалитис.
- Кардиоваскуларни болести
  - Миокарден инфаркт, аритмија, пулмонална емболија, хипотензија, итн
- Цереброваскуларни болести
  - Мозочен инфаркт, транзиторна исхемична атака, мозочна хеморагија, субарахноидално крварење
- Метаболни нарушувања
  - Нарушувања на ацидо-базната рамнотежа, нарушувања на рамнотежата на течноста и електролитите, хипоалбуминемија, хипофосфатемија, инсуфициенција на црниот дроб, бубрезите или белите дробови, хипо или хипергликемија, хипо или хипертироидизам, нарушување на рамнотежата на калциумот, недостаток на разни витамини од Б групата, анемија, други ендокрини нарушувања итн.
- Друго
  - Трауми (повреда на главата, субдурален хематом, изгореници, фрактура на колкот, итн.)
  - Епилепсија, постиктална состојба
  - Тумори (мозочни, белодробни), миелом
  - Труење (пр. интоксикација со дигиталис)
  - Екстензивен животен стрес (посебно кај пациенти со деменција)

ДИЈАГНОЗА

- Историја: Кога последен пат пациентот бил добар? Тек на симптомите? Когницијата пред болеста? Употреба на медикаменти? Употреба на алкохол?
- Внимателна физикална егзаминација
- ЦРП (Ц-реактивен протеин), (ECP - стапка на еритроцитна седиментација), крвна слика, натриум, калиум, креатинин, гликоза во крвта, ТнТ, примерок од урина, ЕКГ
- Глутамил трансфераза, алкална фосфатаза, TSH, слободен T_4, серум јонизирачки калциум, витамин $Б_{12}$, еритроцитен фолат и анализа на артериските крвни гасови кога е потребно.
- Рендгенска снимка на градите
- Кога е потребно, анализа на цереброспиналната течност, КТ скен на мозокот, ЕЕГ
- Кога е тоа потребно, понатамошни тестови. Основен причински фактор е најден во скоро сите случаи кога е направено внимателно истражување. Делириумот кај постари пациенти често е мултикаузален.

ДИФЕРЕНЦИЈАЛНА ДИЈАГНОЗА

- Деменција
  - Подмолно појавување и бавен тек, обично без дневни варијации во интензитетот на симптомите.
  - Нивото на свеста е нормално, а вниманието не е нарушено се до крајните стадиуми
- Психотични растројства
  - Нивото на свеста е нормално, когнитивните функции во глобала не се нарушени. Говорот не е сосема дезорганизиран. Исто така различна е психијатриската историја на пациентот.
  - Кај психозите, аудитивните халуцинации се чести, додека визуелните халуцинации се почести кај делириумот.
- Деменцијата и делириумот често се забележуваат кај еден ист пациент.
- Методот за проценка на конфузноста - The Confusion Assessment Method (CAM) е добра дијагностичка алатка. Лесно се употребува и е валидизиран во бројни различни групи на пациенти.

ПРЕВАЛЕНЦИЈА И ПРОГНОЗА

- Преваленцијата и инциденцата на делириумот кај хоспитализирани стари лица се заедно околу 10-40% (ннд - **C**). Лекарите препознаваат само 30 - 50% од нив (ннд - **C**).
- Пациентот може да се опорави од делириумот кој траел неколку недели.
- Морталитетот е до 25%. Најстарите лица и до 40% завршуваат во институционална нега.
- Одлуката за можно долготрајно сместување во институција треба да се одложи се додека не е дијагностицирана и лекувана причината за делириумот и стабилизирана состојбата на пациентот.

ТРЕТМАН

- Лекување на причинските фактори кои го тригерирале делириумот.
- Лекување на општата состојба: рамнотежа на течност и кислород, превенција на уринарна опструкција, лекување на мотилитетот на цревата, прекин на примање на непотребни лекови, превенција на декубитуси и повреди, рехабилитација, соодветно осветлување, познати објекти.
- Контрола на вознемиреноста
  - Атипичните антипсихотици може да се употребуваат за контрола на вознемиреноста ако е потребно; на пример, risperidone 0.25-0,5 мг x 1-2 или (главно ако пациентот има екстрапирамидни симптоми) quetiapine 12.5-25 mg. Како дополнение лоразепам 1-2 мг орално (или 1 мг интрамускулно) или алтернативно oxazepam 7.5-15 мг x 1-2 орално може да биде употребуван повремено да ја редуцира анксиозноста на пациентот.
  - Haloperidol (ннд - **C**) кај интензивна агитација 2.5-5 мг и.м. или 0.5-2 мг орално. Ова може да се повторува на секои 30 минути, се додека седацијата не стане задоволителна. Халоперидолот треба со внимание да се дава на пациенти со деменција, бидејќи тој често предизвикува екстрапирамидни несакани ефекти (ннд - **C**).
  - Фенотиазинските антипсихотици (на пример levomepromazine) не треба да се употребуваат (ннд - **D**).
  - Таблетите за спиење исто така често се провремено потребни (пр. zopiclone 3.75-7.5 навечер).
  - Мирна, добро осветлена соба, приод кон пациентот без брзање и информативна конверзација се од помош.
  - После опоравувањето од делириумот пациентот често се чувствува анксиозен поради збунувачкото доживување. Поминувањето низ епизодата е од бенефит за опоравувањето.

ПРЕВЕНЦИЈА

- Ефективна терапија со течности, лекување на болката, оксигенација, нутриција, оптимизација на медикаментозната терапија, нормализација на ритамот на спиење и одржување на ориентацијата ја намалуваат инциденцата на делириумот кај околу 40% од пациентите во општите болници и кај пациентите кај кои се спроведува хируршки третман после фрактура на колк.
- Преоперативниот haloperidol (1.5 мг/дневно) го намалува интензитетот и го скратува времетраењето на делириумот кај пациентите со операција на колк.
- Мултидисциплинарниот тим во лекувањето на постарите пациенти исто така може да биде ефективен во намалувањето на инциденцата на делириумот (ннд - **C**).

ПОВРЗАНИ ИЗВОРИ

Кохранови прегледи

- Donepezil може да не биде ефективен во третманот на делириумот (ннд - **C**).

- Valproate изгледа нема никаков ефект во лекувањето на агитацијата кај пациентите со деменција, но изгледа ги зголемува несаканите ефекти. Како и да е доказите се недоволни (ннд - **D**).

Други докази

- Широк спектар на интервенции веројатно има потенцијал да го превенира делириумот кај хируршките пациенти, но не и кај постарите пациенти. Фармаколошките интервенции (haloperidol) може исто така да бидат корисни за симптомите на делириумот (ннд - **D**).

Литература

- Young J, Inouye SK. Delirium in older people. BMJ 2007 Apr 21;334(7598):842-6. PubMed

РЕФЕРЕНЦИ

1. Rea RS, Battistone S, Fong JJ et al. Atypical antipsychotics versus haloperidol for treatment of delirium in acutely ill patients. Pharmacotherapy 2007;27(4):588-94. PubMed
2. Inouye SK, Bogardus ST Jr, Charpentier PA, Leo-Summers L, Acampora D, Holford TR, Cooney LM Jr. A multicomponent intervention to prevent delirium in hospitalized older patients. N Engl J Med 1999 Mar 4;340(9):669-76.PubMed
3. Marcantonio ER, Flacker JM, Wright RJ, Resnick NM. Reducing delirium after hip fracture: a randomized trial. J Am Geriatr Soc 2001 May;49(5):516-22. PubMed
4. Kalisvaart KJ, de Jonghe JF, Bogaards MJ, Vreeswijk R, Egberts TC, Burger BJ, Eikelenboom P, van Gool WA. Haloperidol prophylaxis for elderly hip-surgery patients at risk for delirium: a randomized placebo-controlled study. J Am Geriatr Soc 2005 Oct;53(10):1658-66. PubMed
5. Stahlmann R, Lode H. Safety considerations of fluoroquinolones in the elderly: an update. Drugs Aging 2010 Mar 1;27(3):193-209.PubMed
6. Siddiqi N, House AO, Holmes JD. Occurrence and outcome of delirium in medical in-patients: a systematic literature review. Age Ageing 2006;35(4):350-64. PubMed
7. Griffiths RD, Jones C. Delirium, cognitive dysfunction and posttraumatic stress disorder. Curr Opin Anaesthesiol 2007;20(2):124-9. PubMed
8. Shi Q, Warren L, Saposnik G et al. Confusion assessment method: a systematic review and meta-analysis of diagnostic accuracy. Neuropsychiatr Dis Treat 2013;9():1359-1370. PubMed

Претходни автори:
Kaisu Pitkälä
Последно ажурирање 25.2.2014 • Последна промена 15.4.2014
Article ID: ebm00473 (022.002)
© 2014 Duodecim Medical Publications Ltd

1. **EBM Guidelines, 25.2.2014, www.ebm-guidelines.com.**
2. **Упатството треба да се ажурира еднаш на 3 години.**
3. **Предвидено е следно ажурирање во 2017 г.**

Упатството го ажурирала Ас. д-р З. Бабинкостова, м-р сци.
Координатор: Проф. д-р К. Зафировска

ГИНЕКОЛОГИЈА

1485.

Врз основа на член 27 став (1) од Законот за здравствената заштита („Службен весник на Република Македонија“ број 43/12, 145/12, 87/13, 164/13, 39/14, 43/14, 132/14, 188/14 и 10/15), министерот за здравство донесе

У П А Т С Т В О
ЗА МЕДИЦИНСКОТО ЗГРИЖУВАЊЕ ПРИ АБНОРМАЛНО МЕНСТРУАЛНО КРВАВЕЊЕ

Член 1

Со ова упатство се утврдува медицинското згрижување при абнормално менструално крвавење.

Член 2

Начинот на медицинското згрижување при абнормално менструално крвавење е даден во прилог, кој е составен дел на ова упатство.

Член 3

Здравствените работници и здравствените соработници ја вршат здравствената дејност на медицинското згрижување при абнормално менструално крвавење по правило согласно ова упатство.

По исклучок од став 1 на овој член, во поединечни случаи по оценка на докторот може да се отстапи од одредбите на ова упатство, со соодветно писмено образложение за причините и потребата за отстапување и со проценка за натамошниот тек на згрижувањето, при што истото од страна на докторот соодветно се документира во писмена форма во медицинското досие на пациентот.

Член 4

Со денот на влегувањето во сила на ова упатство престанува да важи Упатството за практикување на медицина заснована на докази при абнормално менструално крвавење („Службен весник на Република Македонија“ бр. 50/14).

Член 5

Ова упатство влегува во сила наредниот ден од денот на објавувањето во „Службен весник на Република Македонија“.

Бр. 17-2452/1
27 февруари 2015 година
Скопје

Министер,
Никола Тодоров, с.р.

Прилог

АБНОРМАЛНО МЕНСТРУАЛНО КРВАВЕЊЕ

МЗД Упатства
21.3.2014 • Последна промена на 21.3.2014

Ritva Hurskainen

- Основни податоци
- Нормален менструален циклус
- Асоцирана терминологија
- Тешко регуларно крвавење (Менорагија или хиперменореа)
- Иррегуларно утерино крвавење
- Третман на дисфункционалното крвавење
- Поврзани извори
- Референци

ОСНОВНИ ПОДАТОЦИ

- Детална анамнеза за менструалното крвавење е често поважна отколку бимануелниот (пелвичен) преглед.
- Направи разграничување помеѓу органски и хормонални причини.
- Направи разграничување помеѓу ановулаторно и овулаторно крвавење.

НОРМАЛЕН МЕНСТРУАЛЕН ЦИКЛУС

- Просечната возраст при менархата (првото менструално крвавење) е 12,5 години
- Менструалниот циклус варира помеѓу 23-36 дена, обично од 26-30 дена.
- Крвавењето од матката обично трае 2-7 дена, а нормалниот губиток на крв за време на еден циклус е 25-40 мл, со горна граница од 80 мл.

АСОЦИРАНА ТЕРМИНОЛОГИЈА

- Аменореа
- Отсуство на менструално крвавење
  - Примарна – никогаш немало менструално крвавење.
  - Секундарна – отсуство на менструално крвавење најмалку 6 месеци (претходно постоело).
- Олигоменореа
  - Менструален циклус на повеќе од 36 дена.
- Полименореа
  - Менструален циклус на помалку од 23 дена.
- Менорагија
  - Регуларно крвавење, но попрофузно од нормално.
- Метрорагија
  - Иррегуларно крвавење помеѓу менструациите.
- Овулаторно крвавење
  - Крвавење во средина на циклусот, во време на овулацијата.
- Пробојно крвавење
  - Крвавење во невообичаено време асоцирано со хормонска терапија или со хормонска контрацепција.

- Интернационалната федерација за гинецологија и акушерство (FIGO) препорачува менструалното крвавење да се забележи како на пример. "тешко регуларно крвавење" или "тешко иррегуларно пролонгирано крвавење" МКБ-10 класификацијата сеуште ја користи старата номенклатура.

ОБИЛНО РЕГУЛАРНО КРВАВЕЊЕ (МЕНОРАГИЈА ИЛИ ХИПЕРМЕНОРЕА)

- Тоа е регуларно овулаторно менструално крвавење, волумен > 80 ml
- Според мерењата на крвниот волумен, преваленцата кај жени во репродуктивен период е 9-14%. Сепак, околу една од три жени пати од ексцесивно крвавење во некој период од животот.

Најчести причини

- Системски причини (5-15%).
  - Болест на Von-Willebrand.
  - Нарушена тиреоидна функција, неконтролиран дијабет.
  - Дебелина
  - Несоодветна антикоагулациона терапија.
- Утерини причини (40-50%)
  - Ендометријални полипи или субмукозни миоми.
  - Аденомиоза (инвазија на ендометриумот од ендометријално ткиво).
  - Стандардни интраутерини влошки.
  - Инфекција.
  - Ендометријален карцином (причина за менорагија само кај 0,08%).
- Есенцијална менорагија (околу 50%)
  - Не може да се одреди причината кај поединечен пациент со денешните дијагностички методи. Предизвикана од голем број механизми.

Анамнеза

- Количеството на изгубена крв е тешко, но важно да се процени. Објективно, само половина од оние кои се жалат на обемен губиток, губат повеќе од 80 мл. Илустрираниот дијаграм за процена на крвта - PBAC (pictoral blood assesment chart) може да се користи за да се процени губитокот на крв. Пациентката си дава поени преку споредба на сопствените влошки/тампони и загубата на крв/коагулумите со сликите од дијаграмот.
- Исто така, пациентката може да се праша дали крвавењето интерферира со нејзината секојдневна работа и активности за време на одмор, дали сега користи повеќе влошки од порано или повеќе ги менува, дали И треба промена на заштитата во тек на ноќта, дали постојат коагулуми и дали се чувствува уморно или ù се врти за време на крвавењето (проценката)е остане прилично груба).
- Скорешниот почеток на симптомите може да укаже на утерина причина, додека долготрајни симптоми се посугерирачки за системска болест или есенцијално потекло.

Испитувања

- Пелвичен (бимануелен преглед)
  - Големина на утерус, болна осетливост, миоми.
- Базична крвна слика (хемоглобин, хематокрит, еритроцити, леукоцити) и тромбоцити
  - Хемоглобинот корелира релативно слабо со количеството на изгубената крв. Ако жена која се жали на менорагија има хемоглобин под 120 г/л, постои веројатност од околу 70% дека количината на губиток на крв е повеќе од 80 мл по циклус. Ако концентрацијата е над 120 г/л, веројатноста е околу 18%. Ако хемоглобинот е под 80 г/л, испратете ја на специјалист за натамошно иследување.

- Ултразвучен преглед
  - Вагиналната сонографија е додатно иследување од прв ред.
  - Доколку имало драстична промена во крвавењето или тоа предизвикало анемија, ултразвучен преглед мора да се направи пред пробниот третман.
  - Полипи и субмукозни миоми се откриваат во 70-90% од случаите.
  - Сонохистерографијата може да даде поконкретни информации (споредлива е со хистероскопијата).
- Хистероскопија, ако не се добие јасна дијагноза со ултразвук
- ПАП тест (ако не бил земен последната година)
- Ако е неопходно (само ако е поткрепено со други наоди)
  - Параметри за инфекција.
- Фактори на коагулација (активност на факторот von Willebrand, активност на кофакторот ristocetin (vWF:Rco), коагулационен фактор VIII)
  - ТСХ и слободен Т4.
- Ендометријалната киретажа ретко дава повеќе информации
- Ендометријална биопсија треба да се земе предвид за да се исклучи малигнитет ако пациентката има крвавење во средината на циклусот или други фактори на ризик (возраст, дебелина, дијабетес, дебел ендометриум).

Третман

- Системски причини
  - Болест на:Von-Willebrand
    - Орални контрацептиви, дезмопресин, хормон ослободувачки интраутерини влошки (ннд-**А**↑↑), ендометријална аблација со термален балон (ннд-**А**)
  - Третман на основната болест.
- Утерини причини
  - Хистероскопска полипектомија
  - Хистероскопска ресекција на субмукозни миоми (поретко отстранување на интрамурални мsоми со лапароскопија или лапаротомија) или хистеректомија
  - Емболизација на утерине артерии
    - Опција (ннд-**А**) која понекогаш може да се земе во предвид во третман на абнормално крвавење предизвикано од големи симптомарски миоми. Емболизацијата може да го намали крвавењето и сиптомите од притисок за 60–90%.
  - Аденомиоза.
    - Медикаментозна терапија (види подолу под третман на есенцијална менорагија)
    - Ендометријална аблација
    - Хистеректомија
  - Отстранување на интраутерина влошка.
  - Транексамична киселина или НСАИЛ ако пациентката сака да ја задржи интраутеринатa влошка.
- Есенцијална менорагија
  - Транексамична киселина (ннд-**А**) 2-3 таблети (1-1,5 г) 3 пати дневно во текот на 2-3 дена, давана кога крвавењето е најобилно, ќе го редуцира за 20-60%.
  - НСАИЛ (ннд-**А**) (не аспирин), земени во нормална доза кога крвавењето е најобилно ќе го намали крвавењето за околу 20-50% и ќе ја ублажи менструалната болка. Запомнете дека е контраиндикација можноста од хеморагично нарушување.
  - Комбинираните орални контрацептиви (ннд-**А**) го намалуваат крвавењето за 40-60%,. Ја ублажуваат, исто така, менструалната болката и гарантираат добра контрацепција. Мислете на пушењето и обезноста.
  - Хормон-ослободувачка интраутерина влошка (ннд-**А**↑↑) ќе го редуцира крвавењето за повеќе 80-98% кај повеќе од 90% од пациентките. Таа, исто така, ја ублажува

менструалната болка, предменструалните симптоми и гарантира контрацепција до ниво на стерилизација.
- Ендометриумот може да се ресецира или да се уништи со термална аблација (ннд-**А**). Ратата на успешност е 70-97%. Во тек ан 4 години следење, потребата од понатамошно лекување е 38%. Веројатноста за бременост после интервенцијата е ниска (под 1%), но потребата за контрацепција и без тоа треба да се земе предвид.
- Хистеректомија (ннд-**А**) треба да се земе предвид кога терапијата со лекови е неуспешна или не може да се употреби. Хистеректомијата (ннд-**А**) може да се изведе трансвагинално, лапароскопски или со отворена хирургија. Пациентката треба да се информира за потребата од операција и треба да и' се даде време да размисли.
- Со оглед на тоа дека лековите имаат различни механизми на дејство, тие може да се комбинираат ако единечен лек не даде доволен тераписки одговор.

ИРЕГУЛАРНО УТЕРИНО КРВАВЕЊЕ

- Ирегуларното утерино крвавење е многу често. Тоа ги опфаќа метрорагијата, менометрорагијата, полименореата, олигоменореата, спотинг, пробојно крвавење и овулаторно крвавење. Кај млади жени е обично функционално, освен ако не е во прашање инфекција или со проблеми поврзани со бременост. Можноста за органска причина се зголемува со возраста.

Причини

- Функционални причини
  - Нарушување на хормонската регулацијата на хипоталамусот, хипофизата и овариумите.
  - Лутеален дефицит.
  - Овулаторно крвавење.
- Утерини причини
  - Проблеми поврзани со бременост.
  - Инфекција, како ендометритис и салпинго-оофоротис.
  - Субмукозни миоми.
  - Аденомиоза, ендометриоза.
  - Цервикални и ендометријални полипи.
  - Цервикални и утерини малигноми.
- Останати причини
  - Интраутерина влошка.
  - Дисфункција на тиреоидната жлезда, хиперпролактинемија, дијабетес, обезност, системска инфекција или болест на сврзното ткиво.
  - Хепатална цироза
  - Кардиоваскуларни болести кои предизвикуваат срцева слабост или венска стаза.
  - Дисфункција на коагулациони фактори или антикоагулантен третман.
  - Некои медикаменти, како доксициклин, метоклопрамид, психофармаци, високи дози на ацетилсалицилна киселина, спиронолактон, кетоконазол, антиепилептици, антиестрогени.
  - Хормонска контрацепција.

Функционално абнормално утерино крвавење

- Овулаторни крвавења
  - Млади жени, леснонатхранети, може да имаат чести (<23 дена), но регуларни крвавења. Изгледа дека нема хормонално нарушување и не е потребен третман.
  - Ниска концентрација на естрогени рано во циклусот може да предизвика "spotting" по менструацијата.

- Пременструален "spotting" може да се јави заради функционално нарушување на жолтото тело. Хистолошкиот наод од ендометријалната биопсија ќе покаже "irregular shedding" и "irregular ripening".
- Некои жени имаат регуларно крвавење поврзано со овулацијата. Ова крвавење трае од неколку часа до 1-2 дена и не е потребно да се третира. Причина за ова крвавење е наглиот пад на естрогени по овулацијата.
- Бакарните интраутерини влошки го зголемуваат ризикот од во средината на циклусот и посткоитално крвавење крвавење.

- Ановулаторни крвавења
  - Ановулацијата е најчестата причина за функционални крвавења.
  - Типично, постои минимален "spotting" по кратки циклуси и пролонгирани, профузни крвавења по долги циклуси.
  - Хипоталамични нарушувања се обично прижинскиот фактор за времена ановулација кај млади жени (на пример, екцесивен стрес, напорна физичка активност, слабеење, системска болест или полицистични овариуми).
  - Дисфункција на овариумите е вообичаената причина по репродуктивната возраст.
  - Ако оваа состојба е пролонгирана, може да води кон ендометријална хиперплазија.
  - Синдромот на полицистични овариуми (ПЦОС) и обезност се често асоцирани со неправилни крвавења заради резистенција на инсулин.
- Пробојно крвавење, асоцирано со хормонска контрацепција
  - Менструалните нарушувања се многу чести за време на првите месеци на примање пилули кои содржат само прогестоген, контрацептивни импланти и хормон-ослободувачки интраутерини влошки.
  - Кај кориснички на комбинирани контрацептивни пилули, менструалните нарушувања се должат најчесто на нерегуларното земање на пилулите, но фактори кои влијаат на концентрациите на хормоните и функцијата на ендометриумот се исто така возможни причини.

Дијагноза и иследувања

- Внимателната анамнеза и прегледот се најважни
- Изборот на дијагностички методи зависи од анамнезата и од возраста на пациентот
  - Да се исклучи бременост и инфекција.
    - тест за бременост (крв или урина).
    - брисеви за бактеријална култура или PCR (хламидија, гонореја, ако е потребно), CRP и крвна слика.
  - Вагинален ултразвук треба да се изврши кај сите пациенти ако е возможно. Тој е многу точен во дијагнозата на субмукозни миоми, ендометријални полипи и хиперплазија, но не ја заменува ендометријалната биопсија.
    - Инфузија на физиолошки раствор во шуплината на утерусот ја подобрува точноста на ултразвукот.
  - Ендометријална биопсија треба да се земе кај постари жени (> 45 год), особено ако има фактори на ризик за канцер на матката (возраст, обезитет, дијабетес).
  - ПАП тест, ако не е земен во последните 12 месеци.
  - Хистероскопија, ако дијагнозата остане нејасна по ултразвукот или ако е потребна биопсија од конкретна област.
  - Лабораториски тестови, како што е потребно: ТСХ, пролактин, фактори на коагулација.

ТРЕТМАН НА ДИСФУНКЦИОНАЛНОТО КРВАВЕЊЕ

- Ако не се најде органска причина за да се објасни абнормалното крвавење, а симптомите се транзиторни, не е потребен третман.
- Интраутеринатa влошка може да се извади (запамети контрацепција) или ако пациентот така сака – внимателно следење треба да се започне, ако не е пронајдена органска причина.

- Крвавењето обично може да се запре со прогестагени, најмногу одговараат – норетистерон (5 мг три пати дневно), норетистерон ацетат (10 мг два пати дневно), и линестренол (10 мг два пати дневно). Тие треба да се примаат 10 дена. По прекинувањето на медикаментот, пациентката ќе има крвавење заради престанок на земање на лековите (withdrawal bleeding), за што треба да биде информирана.
- Ефективна опција за долгорочен третман е хормон-ослободувачка интраутерина влошка (ннд-**А↑↑**). Кога се спречува растот на ендометриумот, се намалуваат количината и времетраењето на крвавењето, се намалува менструалната болка, а контрацепцијата е гарантирана со еднаква ефикасност како стерилизација.
- Естроген и прогестаген, дадени заедно за време од 7-14 дена, е најефективниот начин да се сопре хормонално крвавење кај двата екстрема на репродуктивното доба. Оралните контрацептиви (монофазни) – три таблети дневно за време од една недела треба да се препишат за млади жени. Ако пациентката не се чувствува добро, дозата треба да се редуцира. Естрадиол валерат 2 мг дневно, комбиниран со прогестаген, треба да се препише на постари жени и на оние кои имаат контраиндикација за синтетски естроген. Крвавење ќе следи по стопирањето на медикаментот. Ако тоа е профузно, може да се третира со простагландин инхибитор или транексамична киселина.
  - Дневната доза на оралниот контрацептив треба да се даде според инструкциите на пакетчето. Инаку, третманот на дисфункционалното крвавење може да се продолжи со цикличен прогестаген од 15.-24. ден на циклусот за време од 3-6 месеци. може да се користат помалку потентни прогестагени и помали дози.
- Нарушувањата кај жени со хередитарна хеморагична болест (блага до умерена von Willebrand-ова болест, носители на хемофилија А) може да се третираат со дезмопресин. Лекот се дава супкутано или како интраназален спреј (една доза од 150 микрограми дневно за време на крвавењето кај жени со тежина под 50 кг, а две дози кај оние со тежина над 50 кг).
- Ако ирегуларното крвавење е профузно, може да се даде транексамична киселина (1-1.5 гр, три пати дневно (ннд-**А**) или НСАИЛ (пр. ибупрофен 400-600 мг, три пати дневно (ннд-**А)**.
- Киретажа на ендометриумот обично не е потребна. Ендометријалната хиперплазија како резултат на ановулација побарува киретажа ако крвавењето е профузно и анемизирачко. Инаку, цикличен прогестаген или хормон-ослободувачка интраутерина влошка се користат во текот на 6 месеци, а ендометријална биопсија се врши потоа. Полипите и субмукозните миоми треба да се отстранат хистероскопски. Во некои случаи киретажата е од дијагностичка важност, но во најголем број случаи може да се замени со ендометријална биопсија која има висока точност.

ПОВРЗАНИ ИЗВОРИ

11.4.2007

Ова упатство е создадено и ажурирано од тимот на едитори на EBMG

Кохранови прегледи

- Прогестоген-ослободувачки интраутерин систем може да ја намали менструалната крвозагуба кај пременопаузални жени со утерине миоми во споредба со оралните контрацептиви (ннд-**D**).
- Заради оскудни податоци не може да се донесат заклучоци за ефективноста на оралните контрацептиви, наспроти другите модалитети на третман за обилно менструално крвавење (ннд-**А**).
- Даназолот е ефективен третман за обилно менструално крвавење, спореден со други медикаментозни третмани, но неговата употреба може да е ограничена заради несаканите ефекти и ограничената прифатливост (ннд-**В**).

- Операцијата, особено хистеректомијата, го редуцира крвавењето (по една година) повеќе од медикаментозните методи, но хормон-ослободувачката интраутерина влошка изгледа е со еднаков бенефит во подобрувањето на квалитетот на животот (ннд-**А**).

Литература

- Hurskainen R, Teperi J, Rissanen P, Aalto AM, Grenman S, Kivelä A, Kujansuu E, Vuorma S, Yliskoski M, Paavonen J. Quality of life and cost-effectiveness of levonorgestrel-releasing intrauterine system versus hysterectomy for treatment of menorrhagia: a randomised trial. Lancet 2001 Jan 27;357(9252):273-7. PubMed
- Ferenczy A. Pathophysiology of endometrial bleeding. Maturitas 2003 May 30;45(1):1-14. PubMed
- Hickey M, Balen A. Menstrual disorders in adolescence: investigation and management. Hum Reprod Update 2003 Sep-Oct;9(5):493-504. PubMed

Article ID: rel00256 (025.013)
© 2014 Duodecim Medical Publications Ltd

РЕФЕРЕНЦИ

1. Larsson G, Milsom I, Lindstedt G, Rybo G. The influence of a low-dose combined oral contraceptive on menstrual blood loss and iron status. Contraception 1992 Oct;46(4):327-34. PubMed
2. Janssen CA, Scholten PC, Heintz AP. A simple visual assessment technique to discriminate between menorrhagia and normal menstrual blood loss. Obstet Gynecol 1995 Jun;85(6):977-82. PubMed
3. Fraser IS, Critchley HO, Broder M et al. The FIGO recommendations on terminologies and definitions for normal and abnormal uterine bleeding. Semin Reprod Med 2011;29(5):383-90. PubMed 1

Последен пат прегледано за ажурирање на 21.3.2014 • Последна промена на 21.3.2014

Article ID: ebm00536 (025.013)
© 2014 Duodecim Medical Publications Ltd

1. **EBM Guidelines,** 21.3.2014, **www.ebm-guidelines.com**
2. **Упатството треба да се ажурира по 2 години.**
3. **Предвидено е следно ажурирање во 2016 година.**

Упатството го ажурирала: Проф. Др. К. Зафировска
Координатор: Проф. Др. К. Зафировска

1486.

Врз основа на член 27 став (1) од Законот за здравствената заштита („Службен весник на Република Македонија“ број 43/12, 145/12, 87/13, 164/13, 39/14, 43/14, 132/14, 188/14 и 10/15), министерот за здравство донесе

У П А Т С Т В О
ЗА МЕДИЦИНСКОТО ЗГРИЖУВАЊЕ ПРИ ПОСТМЕНОПАУЗНАТА ХОРМОН-ЗАМЕСТИТЕЛНА ТЕРАПИЈА

Член 1

Со ова упатство се утврдува медицинското згрижување при постменопаузната хормон-заместителна терапија.

Член 2

Начинот на медицинското згрижување при постменопаузната хормон-заместителна терапија е даден во прилог, кој е составен дел на ова упатство.

Член 3

Здравствените работници и здравствените соработници ја вршат здравствената дејност на медицинското згрижување при постменопаузната хормон-заместителна терапија по правило согласно ова упатство.

По исклучок од став 1 на овој член, во поединечни случаи по оценка на докторот може да се отстапи од одредбите на ова упатство, со соодветно писмено образложение за причините и потребата за отстапување и со проценка за натамошниот тек на згрижувањето, при што истото од страна на докторот соодветно се документира во писмена форма во медицинското досие на пациентот.

Член 4

Со денот на влегувањето во сила на ова упатство престанува да важи Упатството за практикување на медицина засновано на докази при постменопаузална хормон-заместителна терапија (ХЗТ) („Службен весник на Република Македонија“ бр. 12/13).

Член 5

Ова упатство влегува во сила наредниот ден од денот на објавувањето во „Службен весник на Република Македонија“.

Бр. 17-2451/1
27 февруари 2015 година
Скопје

Министер,
Никола Тодоров, с.р.

Прилог

ПОСТМЕНОПАУЗНА ХОРМОН -ЗАМЕСТИТЕЛНА ТЕРАПИЈА (ХЗТ)

МЗД Упатства
28.3.2014 • Последна промена 5.5.2014

Aila Tiitinen

- Основни податоци
- Индикации за ХЗТ
- Почеток на третманот
- Клинички испитувања
- Контраиндикации за ХЗТ
- Избор на терапевтски режим и начин на администрација
- Принципи на третман
- Несакани ефекти од ХЗТ
- Крвавење од утерус
- Следење на третманот
- Предности и несакани појави на ХЗТ
- Поврзани извори
- Референци

ОСНОВНИ ПОДАТОЦИ

- Да и се каже на пациентката за основните податоци, предностите и несаканите ефекти од третманот, како и за користа и ризиците при долготрајна употреба. Конечната одлука за почнување со третман ја донесува пациентката. Дискутирајте ги алтернативите на хормонската терапија.
- Колку е помлада пациентката при менопауза, толку поскоро треба да се започне со третманот.
- Додајте прогестерон на естрогената терапија кај жени со интактен утерус.
- Примарна индикација за посменопаузна ХЗТ е третман на менопаузалните симптоми.

ИНДИКАЦИИ ЗА ХЗТ

- Менопаузални симптоми (врели бранови, потење, нарушувања на сонот).
- Профилакса на остеопороза единствено кај пациентки кои имаат менопаузални симптоми кои бараат третман. Кај другите пациентки подобар избор може да се бифосфонатите.
    - Хормонската терапија може, исто така, да се користи ако не се соодветни други лекови за коските и не постојат контраиндикации за хормонска терапија дури и кога менопаузалните симптоми се такви што не е неопходен третман.
- Урогениталните симптоми се третираат со топични лекови (нид-**А**).

ПОЧЕТОК НА ТРЕТМАНОТ

- Естрогенската терапија не треба да се воведе многу рано, најдобро е откако менструалниот циклус стане нередовен или сосема не престане, а кај пациентката се јават јасни менопаузални симптоми.
- Кај симптоматски жени помлади од 45 години, менструалните нарушувања треба да се земат во обзир. Следните тестови се корисни во диференцијалната дијагноза: серумски пролактин, ТСХ, ФСХ (над 30 IE/l значи смалена овариjална функција и како последица естрогенски дефицит) и прогестерон – challenge тест. Одредување само на нивото на естрадиол не е од корист.

- Тестот со прогестерон, на пример, медроксипрогестерон ацетат, (MPA) во доза од 10 mg дневно во текот на 10 дена ни дава слика за продукцијата на естрогени од овариумите. Ако кај пациентката се јави крвавење по прекинот на терапијата (кое нормално се јавува во текот на една недела по прекинот на терапијата) цикличниот третман со прогестерон треба да продолжи во периодот од 15 до 25 ден од циклусот сè додека продолжува регуларното утерино крвавење.
- Отсуство на крвавење или многу оскудно крвавење значи недостаток на продукцијата на ендогениот естроген и може да се додаде естроген во третманот кај симптоматски жени.

КЛИНИЧКИ ИСПИТУВАЊА

Пред почеток на третманот:

- Гинеколошко иследување и иследување на градите
- Брис по Папаниколау (ПАП) и мамографија (претходни резултати од последните две години се прифатливи)
- Крвен притисок и тежина
- Разгледување на можни контраиндикации (не пропуштајте фамилијарна анамнеза)

КОНТРАИНДИКАЦИИ ЗА ХЗТ

- Карцином на града.
  - Резултатите од студијата HABITS укажале дека естроген-прогестагенски третман значајно го зголемил ризикот од рекуренца на карциномот на градите. Сепак, во Stockholm – иследувањето на ризикот за рекуренца не бил зголемен (ннд-**C**). LIBERATE студијата покажа дека и тиболонот го зголемува ризикот за рекуренција на карциномот на градата.
- Историја за длабока венска тромбоза, пулмонална емболија, или нарушување на коагулабилноста на крвта.
- Ендометријален карцином.
- Потешкотии во справувањето со срцева болест.
- Тешка болест на црниот дроб.
- Хипертензија резистентна на терапија (употреба на антихипертензивни лекови не е контраиндикација).
- Системски lupus eritematodes (SLE), кога се присутни антифосфолипидни антитела во крвта (поради ризик од тромбоза).
- Недијагностицирано вагинално крвавење.
- Во сите погоре споменати состојби, хормонската заместителна терапија може да се земе предвид ако има силни индикации (тешки симптоми, млада возраст на пациентката) но, започнувањето на третманот бара проценка од гинеколог.

ИЗБОР НА ТЕРАПЕВТСКИ РЕЖИМ И НАЧИН НА АДМИНИСТРАЦИЈА

Естрогени

- Естрадиолот е најчесто користен естроген, и се дава орално или како лепенка или гел. Начинот на администрација може да се определи според тоа како е посоодветен за употреба.
- Кај пациентки со тенденција за тромбоза или таква фамилијарна историја, посоодветна е трансдермална администрација (ннд-**A**). Овој начин на администрација може да е посоодветен и за пациентки со мигрена, дијабетес и оние кои земаат антиепилептична терапија.
- Треба да се препише најмалата ефикасна доза за третман на менопаузалните симптоми. Потребно е следење на клиничкиот одговор, мерењето на нивото на естроген најчесто не е од корист.

- При изолиран третман на урогенитални проблеми, најдобар е третманот со естрогени креми или песари (ннд-**А**). Кај постари пациентки, кои не можат да го аплицираат овој третман може да се употреби вагинален прстен кој ослободува естроген. Топичниот третман со естрогени нема потреба да се комбинира циклично со прогестаген (ннд-**В**). Потребно е да се испита секое утерино крвавење.

Прогестагени

- Начинот на употреба на прогестагените може да е орален, трансдермален (комбинирано со естроген) и интраутерина влошка која ослободува хормони.
- Субјективните несакани ефекти кај различни прогестагени може да варираат.
- Ефектите на различни прогестагени врз ткивото на дојката може да се разликуваат. Природниот прогестерон и дидрогестеронот, веројатно, имаат помалку несакани ефекти од останатите прогестагени.
- Поголем антипролиферативен ефект на ендометриумот имаат 19-норпрогестагените отколку природниот прогестерон или дериватите на дидрогестерон и 17-алфа-хидроксипрогестерон ацетат. Затоа тие се ефективни кај проблеми со утерини крвавења (menorrhagia), но треба да се употребуваат поголеми дневни дози (5-10 mg на норетистерон дневно во текот на 12 дена од циклусот).

ПРИНЦИПИ НА ТРЕТМАН

- Естроген се употребува само кај хистеректомирани жени. Кај другите жени, секогаш треба да се додаде прогестаген за да се превенира ендометријална хиперплазија (ннд-**А**).
- Почетокот на третманот е со циклични комбинирани препарати на естроген и прогестаген или со естрогени кои се даваат континуирано, а прогестагенот се додава во првите 12 до 14 дена од почетокот на секој календарски месец.
- Ако жената сака да го избегне утериното крвавење, може да се спроведе третман со континуирана заедничка употреба на естроген и прогестаген, секојдневно. Се препорачува овој третман да не се дава во првите 12 месеци по менопаузата, кога цикличната терапија го редуцирала утериното крвавење
  - Терапијата започнува со ниски дози на естроген, на пример, естрадиол 1 mg, или лепенка со 25 микрограми, комбинирано со ниски орални дози на прогестаген дадени орално или интраутерина влошка која ослободува прогестаген. Дозата може да се измени во подоцнежните фази од третманот во зависност од одговорот (ефектите) или несаканите ефекти.
- Тиболон може да се користи во третман на ослободување од крвавење (не во првите 12 месеци од менопаузата). Тиболон е синтетичен стероиден хормон кого телото го претвара во метаболите коишто имаат естрогенски, андрогенски и прогестогенски својства (одн., затоа прогестоген не се користи заедно со тиболон). За тиболонот е докажано дека ги намалува остеопоротичните вертебрални фрактури. Кај здрави жени постари од 60 години тиболонот ги редуцирал и фрактурите и карциномот на дојката, но го зголемил ризикот за мозочен удар (ннд-**С**).
- SSRI како и поновите, SNRI изгледа дека имаат ефект врз врелите бранови и дека може да се пробаат кај жени кај кои естрогенот не е соодветен (ннд-**В**).
  - На пример, венфлаксин 37.5 - 75mg (депо), пароксетин 20 mg, циталопрам 10-20mg
  - Габапентин 900 mg/ден е една од алтернативите.

НЕСАКАНИ ЕФЕКТИ ОД ХЗТ

- Во текот на првите неколку месеци чести несакани ефекти се надуеност и болна осетливост на градите.
- Не постојат докази дека ХЗТ предизвикува зголемување на телесната тежина (ннд-**А**).
- Несаканите ефекти од прогестагените се главоболка, психогени симптоми.

- Ако несаканите ефекти се тешки или траат повеќе од 3 месеци, прогестагенот треба да се смени или треба да се намалат дозите.
- Начините за намалување на несаканите ефекти од прогестагените се примена на најмалата ефективна доза и промена на начинот на администрација (трансдермална лепенка или интраутерина влошка).
- Кога пациентот се третира за хипотиреоза, естрогената заместителна терапија ја зголемува потребата од тироксин до една третина.

УТЕРИНО КРВАВЕЊЕ

- Целта е да се предизвика утерино крвавење во текот на неделата без третман, или после завршување на прогестагенската фаза во цикличниот третман. Количината и траењето на крвавењето треба да е нормална. Во текот на третманот од неколку години, количината на крвавењето ќе се намали, или ќе прекине.
- Кај третман без крвавење, тоа треба да се изгуби во текот на 4 до 6 месеци од почетокот на терапијата.
- Причините за нерегуларно крвавење секогаш треба да се истражат (ПАП, ултразвук, ендометријална биопсија).
- Трансвагиналната ултрасонографија е добра метода за детекција на ендометријална хиперплазија, субмукозни миоми и полипи. Абнормалната дебелина на ендометриумот бара хистолошко иследување.
- Ендометријалната биопсија може да се спроведе во текот на прегледот, поретко е потребна киретажа.

СЛЕДЕЊЕ НА ТРЕТМАНОТ

- Се препорачува контролен преглед во текот на првите 12 месеци од почетокот на ХЗТ.
- Во текот на првата година треба да се посвети внимание на исчезнувањето или перзистирањето на симптомите, појавата на некои несакани ефекти и задоволството на пациентките од третманот.
- При годишните проверки на пациентките треба да им се измери крвен притисок, и да се направат гинеколошки преглед и преглед на градите.
- Мамографија и брис за ПАП се препорачува да се прават во интервал од 2 години (запомни го времето за скрининг-програмите).
- За време на следењето се прави проценка за евентуално смалување на дозата или прекин на третманот.

ПРЕДНОСТИ И НЕДОСТАТОЦИ НА ХЗТ

- Добро е етаблирана користа од ХЗТ во третман на менопаузалните симптоми (ннд-**А**).
- Топичниот вагинален естрогенски третман ги намалува урогениталните симптоми, на пример, сувоста на мукозните мембранеи, инфекциите на уринарниот тракт и уринарната инконтиненција. Ефектот од системскиот третман врз инконтинцијата е контроверзен.
- ХЗТ јасно ја намалува атрофијата и инфламацијата на урогениталниот тракт.
- Третманот со естрогени го превенира развојот на остеопорозата и на остеопоротични фрактури кои се јавуваат во менопаузата (ннд-**А**).
- Естрогените имаат директни и индиректни (преку липидите) ефекти врз васкуларниот систем. Ефектот на терапијата со естрогени и естроген-прогестаген врз ризикот од коронарна срцева болест зависи од возраста на пациентот и од времето на почеток на терапијата во однос на менопаузата.
- Хормонската заместителна терапија, ако се започне кај здрава жена по помалку од 10 години после менопаузата, ги намалува несаканите срцеви настани, но терапијата не се препорачува за превенција на кардиоваскуларните болести како примарна индикација.
  - Во текот на контролираната студија (HERS студија) каде се давани комбинирани естрогени и прогестагени за секундарна превенција на коронарна срцева болест, бројот

на кардиоваскуларни настани се зголемил во третираната група во текот на првите 12 месеци од употребата на терапијата, но се намали до крајот на следениот период на студијата.
    - ХЗТ е асоцирана со зголемен ризик од исхемичен мозочен удар (ннд-**А**).
- ХЗТ може да е од корист за третман на менопаузално депресивно расположение (ннд-**С**), но не ја подобрува когнитивната функција кај асимптоматски жени (ннд-**А**).
- ХЗТ го намалува ризикот од појава на тип 2 дијабетес.
- Двата типа на третман (естроген и естроген/прогестаген) се поврзани со зголемен ризик од венска тромбоемболија (ннд-**А**). Зголемениот ризик е пресметано дека е 1 на 10 000 кориснички од 50-59-годишна возраст, а ризикот од смрт од пулмонална емболија е 1 на 100 000. Ризикот се зголемува со возраста. Ризикот од тромбоемболија изгледа дека е најголем на почетокот на третманот (ннд-**А**). Фамилијарната историја и претходните епизоди на тромбоемболија, тешката форма на дебелина и имобилизација треба да се земат предвид при планирање на третман со ХЗТ.
- Недостатоците на ХЗТ се појава на несакани хормонални ефекти и крвавење. ХЗТ го зголемува ризикот од карцином на градите, помалку ако се употребува само естроген во однос на естроген-прогестаген комбинација (ннд-**В**).
    - Според метаанализите, релативниот ризик од карцином на градите е 1.35 кај жени кои користеле ХЗТ во текот на најмалку 5 години. Помеѓу 50 и 65- годишна возраст кумулативната инциденца од карцином на градите е 45 на 1000 кај жени кои никогаш не користеле ХЗТ. Употребата на ХЗТ во текот на 10 години предизвикува зголемен ризик од 6 случаи на 1000 жени (интервал на доверливост 3–9). Според студијата WHI, ризикот од карцином на градите може да не е зголемен кај претходно хистеректомирани пациентки кои користат исклучително естроген, барем во текот на 7 години (ннд-**В**).
- Според епидемиолошки студии, пролонгирана употреба (>10 години) на естрогенска терапија може да биде асоцирана со зголемен ризик од развој на оваријален карцином (ннд-**В**). Ризикот е зголемен и при комбинирана (естроген-прогестаген) терапија. Начинот на администрација не влијае на ризикот.
- Ризикот од ендометријален карцином не е зголемен ако се додаде доволно прогестаген во терапијата (ннд-**А**).
- Посменопаузната ХЗТ го зголемува ризикот од холелитијаза (ннд-**А**), и е асоцирана со 1.8 пати зголемување на ризикот од холециститис.

ПОВРЗАНИ ИЗВОРИ

11.12.2007

Ова упатство е создадено и ажурирано од тимот на едитори на EBMG

Кохранови прегледи

- Акупунктурата може да не е ефикасна за менопаузалните вазомоторни симптоми во споредба со “sham” акупунктурата и може да е помалку ефикасна од хормонската терапија (ннд-**С**)..
- Хормонскиот третман со естрогени, сам или во комбинација со прогестогени, изгледа дека е ефикасен за подобрување на сексуалната функција кај жени со менопаузални симптоми или пак во рана постменопауза во периодот од пет години по аменореата) во споредба со плацебо (ннд-**В**)..
- Билката Црн кохош (Black cohosh) веројатно не е ефикасна за менопаузалните симптоми во споредба со плацебо или со хормонската терапија (ннд-**С**)..
- Не постојат доволно докази за ефективноста на вежбањето врз вазомоторните менопаузални симптоми (ннд-**D**).
- Фитоестрогените може да не се ефикасни за вазомоторните менопаузални симптоми во споредба со плацебо (ннд-**С**).

Други резимеа на докази

- Коскениот дензитет може рапидно да се намали по прекинувањето на ХЗТ но не под нивото кај плацебо-групата (ннд-**C**)
- Само коњугираниот еквин естроген изгледа дека го зголемува ризикот од мозочен удар и го намалува ризикот за фрактура на колк, но не го засегнува ризикот од коронарна срцева болест и карцином на дојка кај постменопаузални жени со хистеректомија (ннд-**B**).
- Само естрогени се ефикасни за постменопаузални вазомоторни симптоми веќе со многу ниски дози, а, исто така, и за урогенитални симптоми (ннд-**A**).

Клинички упатства

- Terapêutica Hormonal de Substituição Pós-Menopausa

Литература

- Grady D. Clinical practice. Management of menopausal symptoms. N Engl J Med 2006;355(22):2338-47. PubMed
- Gallagher JC, Levine JP. Preventing osteoporosis in symptomatic postmenopausal women. Menopause 2011;18(1):109-18. PubMed
- Taylor HS, Manson JE. Update in hormone therapy use in menopause. J Clin Endocrinol Metab 2011;96(2):255-64. PubMed
- Viscoli CM, Brass LM, Kernan WN, Sarrel PM, Suissa S, Horwitz RI. A clinical trial of estrogen-replacement therapy after ischemic stroke. N Engl J Med 2001 Oct 25;345(17):1243-9 PubMed
- Cauley JA, Seeley DG, Ensrud K, Ettinger B, Black D, Cummings SR. Estrogen replacement therapy and fractures in older women. Study of Osteoporotic Fractures Research Group. Ann Intern Med 1995 Jan 1;122(1):9-16 PubMed
- Breast cancer and hormone replacement therapy: collaborative reanalysis of data from 51 epidemiological studies of 52,705 women with breast cancer and 108,411 women without breast cancer. Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer. Lancet 1997 Oct 11;350(9084):1047-59 PubMed
- Grady D, Gebretsadik T, Kerlikowske K, Ernster V, Petitti D. Hormone replacement therapy and endometrial cancer risk: a meta-analysis. Obst Gynecol 1995;85:304–313
- Pickar JH, Thorneycroft I, Ehitehead M. Effects of hormone replacement therapy on the endometrium and lipid parameters: a review of randomized clinical trials, 1985 to 1995. Am J Obst Gyn 1998;178:1087–1099
- Rossouw JE, Anderson GL, Prentice RL, LaCroix AZ, Kooperberg C, Stefanick ML, Jackson RD, Beresford SA, Howard BV, Johnson KC, Kotchen JM, Ockene J, Writing Group for the Women's Health Initiative Investigators. Risks and benefits of estrogen plus progestin in healthy postmenopausal women: principal results From the Women's Health Initiative randomized controlled trial. JAMA 2002 Jul 17;288(3):321-33 PubMed
- Roberts H. Managing the menopause. BMJ 2007 Apr 7;334(7596):736-41 PubMed
- Cushman M, Kuller LH, Prentice R, Rodabough RJ, Psaty BM, Stafford RS, Sidney S, Rosendaal FR, Women's Health Initiative Investigators. Estrogen plus progestin and risk of venous thrombosis. JAMA 2004 Oct 6;292(13):1573-80 PubMed
- Grodstein F, Manson JE, Stampfer MJ, Rexrode K. Postmenopausal hormone therapy and stroke: role of time since menopause and age at initiation of hormone therapy. Arch Intern Med 2008 Apr 28;168(8):861-6 PubMed
- Heiss G, Wallace R, Anderson GL, Aragaki A, Beresford SA, Brzyski R, Chlebowski RT, Gass M, LaCroix A, Manson JE, Prentice RL, Rossouw J, Stefanick ML, WHI Investigators. Health risks and benefits 3 years after stopping randomized treatment with estrogen and progestin. JAMA 2008 Mar 5;299(9):1036-45 PubMed

- Nedrow A, Miller J, Walker M, Nygren P, Huffman LH, Nelson HD. Complementary and alternative therapies for the management of menopause-related symptoms: a systematic evidence review. Arch Intern Med 2006 Jul 24;166(14):1453-65 PubMed
- Nelson HD. Menopause. Lancet 2008 Mar 1;371(9614):760-70 PubMed
- Rossouw JE, Anderson GL, Prentice RL, LaCroix AZ, Kooperberg C, Stefanick ML, Jackson RD, Beresford SA, Howard BV, Johnson KC, Kotchen JM, Ockene J, Writing Group for the Women's Health Initiative Investigators. Risks and benefits of estrogen plus progestin in healthy postmenopausal women: principal results From the Women's Health Initiative randomized controlled trial. JAMA 2002 Jul 17;288(3):321-33 PubMed
- Shumaker SA, Legault C, Kuller L, Rapp SR, Thal L, Lane DS, Fillit H, Stefanick ML, Hendrix SL, Lewis CE, Masaki K, Coker LH, Women's Health Initiative Memory Study. Conjugated equine estrogens and incidence of probable dementia and mild cognitive impairment in postmenopausal women: Women's Health Initiative Memory Study. JAMA 2004 Jun 23;291(24):2947-58 PubMed

Article ID: rel00079 (025.051)
© 2014 Duodecim Medical Publications Ltd

РЕФЕРЕНЦИ

1. Anderson GL, Limacher M, Assaf AR et al; Women's Health Initiative Steering Committee. Effects of conjugated equine estrogen in postmenopausal women with hysterectomy: the Women's Health Initiative randomized controlled trial. JAMA 2004 Apr 14;291(14):1701-12. PubMed
2. Canonico M, Plu-Bureau G, Lowe GD, Scarabin PY. Hormone replacement therapy and risk of venous thromboembolism in postmenopausal women: systematic review and meta-analysis. BMJ 2008 May 31;336(7655):1227-31. PubMed
3. Rossouw JE, Prentice RL, Manson JE et al. Postmenopausal hormone therapy and risk of cardiovascular disease by age and years since menopause. JAMA 2007 Apr 4;297(13):1465-77. PubMed
4. Kenemans P, Bundred NJ, Foidart JM et al; LIBERATE Study Group. Safety and efficacy of tibolone in breast-cancer patients with vasomotor symptoms: a double-blind, randomised, non-inferiority trial. Lancet Oncol 2009 Feb;10(2):135-46. PubMed
5. Cummings SR, Ettinger B, Delmas PD et al; LIFT Trial Investigators. The effects of tibolone in older postmenopausal women. N Engl J Med 2008 Aug 14;359(7):697-708. PubMed
6. Mørch LS, Løkkegaard E, Andreasen AH, Krüger-Kjaer S, Lidegaard O. Hormone therapy and ovarian cancer. JAMA 2009 Jul 15;302(3):298-305. PubMed
7. Tuomikoski P, Ylikorkala O, Mikkola TS. Menopausal hot flushes and vascular health. Ann Med 2011;43(4):283-91. PubMed
8. Bonds DE, Lasser N, Qi L et al. The effect of conjugated equine oestrogen on diabetes incidence: the Women's Health Initiative randomised trial. Diabetologia 2006;49(3):459-68. PubMed
9. Pentti K, Tuppurainen MT, Honkanen R et al. Hormone therapy protects from diabetes: the Kuopio osteoporosis risk factor and prevention study. Eur J Endocrinol 2009;160(6):979-83. PubMed

Претходни автори: Erkki Hirvonen

Последен пат прегледано за ажурирање на 28.3.2014 • Последна промена на 5.5.2014

Article ID: ebm00550 (025.051)
© 2014 Duodecim Medical Publications Ltd

1. **EBM Guidelines,** 5.5.2014**, www.ebm-guidelines.com**
2. **Упатството треба да се ажурира по 3 години.**
3. **Предвидено е следно ажурирање во 2017 година.**

1487.

Врз основа на член 27 став (1) од Законот за здравствената заштита („Службен весник на Република Македонија“ број 43/12, 145/12, 87/13, 164/13, 39/14, 43/14, 132/14, 188/14 и 10/15), министерот за здравство донесе

У П А Т С Т В О
ЗА МЕДИЦИНСКОТО ЗГРИЖУВАЊЕ ПРИ НЕПЛОДНОСТ

Член 1

Со ова упатство се утврдува медицинското згрижување при неплодност.

Член 2

Начинот на медицинското згрижување при неплодност е даден во прилог, кој е составен дел на ова упатство.

Член 3

Здравствените работници и здравствените соработници ја вршат здравствената дејност на медицинското згрижување при неплодност по правило согласно ова упатство.

По исклучок од став 1 на овој член, во поединечни случаи по оценка на докторот може да се отстапи од одредбите на ова упатство, со соодветно писмено образложение за причините и потребата за отстапување и со проценка за натамошниот тек на згрижувањето, при што истото од страна на докторот соодветно се документира во писмена форма во медицинското досие на пациентот.

Член 4

Со денот на влегувањето во сила на ова упатство престанува да важи Упатството за практикување на медицина засновано на докази при неплодност („Службен весник на Република Македонија“ бр. 12/13)..

Член 5

Ова упатство влегува во сила наредниот ден од денот на објавувањето во „Службен весник на Република Македонија“.

Бр. 17-2450/1
27 февруари 2015 година
Скопје

Министер,
Никола Тодоров, с.р.

Прилог

НЕПЛОДНОСТ[1]

МБД Упатства
28.3.2014 • последна промена на 28.3.2014

Aila Tiitinen

- Општи податоци
- Причини
- Иследување
- Третман
- Превенција
- Психосоцијални прашања
- Поврзани извори

ОПШТИ ПОДАТОЦИ

- Околу 15 % од сите двојки патат од неплодност во некој период од животот.
- Во најголем број случаи се работи за намалена фертилност (супфертилност), односно, потребно е повеќе од една година да се забремени. Стерилитетот претставува комплетна неможност да се забремени и е релативно редок.
- 80-85% од двојките кои имаат сексуални односи без употреба на контрацепција ќе зачнат во рок од една година. Од останатите, половина ќе зачнат наредната година, без терапија.
- Кај 25% од случаите неплодноста е предизвикана од женскиот, а кај други 25% од машкиот фактор. Кај натамошни 25% причината е кај двајцата партнери, а кај останатите 25% таа останува непозната.

ПРИЧИНИ ЗА НЕПЛОДНОСТ

- Најчестите причини за неплодност се овулаторна дисфункција (20-30%), тубарни проблеми (тубарен фактор-10-15%), ендометриоза (10-20%) и слаб квалитет на сперма (20-40%). Поретки се причините кои потекнуваат од матката и сексуалната дисфункција. Некои од причините за супфертилност се појавуваат дури по почетокот на третманот.
- Лошо третирани системски болести (на пример, дијабетес, епилепсија, инфламаторна цревна болест, целијакија) може да ја намалат плодноста.
- Прекумерно зголемена или намалена телесна тежина ја намалува плодноста, особено женската. Истовремено го зголемуваат ризикот за спонтан абортус.
- Прекумерно пушење ја нарушува фукцијата на овариумите и го намалува квалитетот на спермата.
- Голем дневен внес на алкохол може даја наруши продикцијата на сперма а, исто така, и да ја намали женската фертилност.
- Обично е тешко да се процени професионалната експозиција на ризични супстанции.
- Податоците за причините кои водат кон абнормална продукција на сперма се неадекватни.
  - Продукцијата на сперма може да е нарушена заради инфекција, хируршки зафат, траума или торзија на тестис или епидидимис, како и проблеми со спуштањето на тестисите.
  - Обезноста го намалува квалитетот на спермата.

---

[1] Во Република Македонија, дијагностиката и терапијата на неплодност, вклучувајќи ги донацијата на полови клетки, ембриони и сурогатство се посебно регулирани со Закон за биомедицински потпомогнато оплодување од 2008 година и соодветни правилници.

- Продукцијата на сперма може да е нарушена и од некои лекови како тестостерон, цитотоксични лекови, некои антихипертензиви (калциум-блокатори) и долготраечки сулфа лекови.
- Анаболните стероиди ја намалуваат продукцијата на сперма кај повеќето корисници и може да водат кон отсуство на сперма (азооспермија).

Причини за женска неплодност

- Нарушен развој на фоликулите
  - Синдром на полицистични овариуми (ПЦОС)
  - Хипогонадотропен хипогонадизам
  - Хиперпролактинемија
  - Хипотиреоидизам
  - Предвремен престанок на функцијата на овариумите
- Ендометриоза
- Причини од страна на јајцеводите
  - Историја за пелвична инфламаторна болест (ПИБ)
  - Salpingitis isthmica nodosa
  - Историја за екстраутерина бременост
- Причини од страна на матката
  - Конгенитални аномалии
  - Миоми, особено субмукозни и аденомиоза
  - Ендометријални полипи
  - Интраутерини атхезии (Asherman синдром)
- Сексуални проблеми
  - Вагинизам
  - Сексуални односи поретки од еднаш неделно

Причини за машка неплодност

- Неспуштени тестиси
- Историја за орхитис
- Варикоцела
- Хормонални причини
  - Хипогонадотропен хипогонадизам
- Генетски причини
  - Промени на секс-хромозоми
  - Делеции на Y-хромозом
  - Хромозомски транслокации
- Оклузија на епидидимиси или vasa deferentia
- Спермални антитела
- Структурни абнормалности на спермата
- Сексуални проблеми
  - Ејакулаторна дисфункција
  - Импотенција

ИСЛЕДУВАЊЕ НА НЕПЛОДНОСТА

- Иследувањата започнуваат после една година односи без контрацепција. Можно е и порано доколку двојката има релевантни податоци од анамнезата (на пример, аменореја).
- Општиот лекар треба да обезбеди анамнеза и да ги изврши прелиминарните иследувања врз основа на кои двојката може да биде упатена кај гинеколог, уролог или клиника специјализирана за третман на неплодност

Прво ниво (здравствен дом, друга институција од примарна здравствена заштита)

- Иследувањата започнуваат во исто време за обата партнера и сите прелиминарни инвестигации мора да се направат (една причина не исклучува друга).
  - Општото здравје на обата партнера како и гинеколошката и сексуална историја.
  - Да се прашаат за каква било постојна болест од интерес, употреба на лекови и психосоцијална ситуација.
  - Опсегот и итноста на испитувањата зависи од медицинската историја и клиничките наоди.
  - Целта е да се утврди дали жената е овулаторна, дали матката е здрава, јајцеводите проодни, а квалитетот на спермата адекватен.
- Клиничкиот преглед е најважното иследување; изгледот на пациентот и градбата даваат добар дел од информациите за хормоналниот статус.
  - Крвен притисок, висина, тежина, телесна влакнетост и секундарни сексуални карактеристики.
  - Индицирани се базична крвна слика, ТСХ, пролактин и останати базични лабораториски анализи.
  - ПАП и тестирање за кламидија треба да се направат при гинеколошкиот преглед.
- Испитување од прва линија за да се верифицира овулаторност е одредување прогестерони во средина на лутеалната фаза; концентрација над 10 nmol/l сугерира дека овулација се случила. Ова не е суштинско испитување во примарната здравствена зашштита.
- Ирегуларен менструален циклус е индикација за натамошни иследувања (на пример, одредување на нивото на гонадотропините, андрогените, функцијата на кората на надбубрежната жлезда, метаболизмот на гликоза и инсулин).
- Испитување од прва линија за мажите е спермиограмот.
  - Ако резултатот е нормален, обично не се потребни натамошни испитувања.
  - Резултатот од спермиограмот може сигнификантно да варира зависно од времето на давање, така што абнормалниот резултат треба да се провери повторно по неколку месеци.
  - Нормална густина на спермата треба да биде ≥ 15 милиони сперматозоиди/ml, вкупниот број на сперматозоиди ≥39 милиони и волуменот на ејакулатот > 1.5 ml. Примерокот се смета за нормален ако над 25% од сперматозоидите покажуваат прогресивна подвижност или над 32% се мотилни, и вкупниот однос на на мотилни сперматозоиди е ≥ 40%.
  - За евалуација на морфологијата на сперматозоидите се употребуваат стриктни морфолошки критериуми, но нивната сигнификантност при иницијалните иследувања е нејасна. Спермални антитела се одредуваат заедно со спермиограмот (MAR, Mixed Antiglobulin Reaction).
- Ако спермиограмот е абнормален или мажот има генитални симптоми, потребно е клинички преглед.
  - Мали и меки тестиси се јасно индикативни за иреверзибилно тестикуларно нарушување.
  - Варкоцелата (ннд-С) е обично на левата страна и се гледа над тестисот како меко синкасто васкуларно проширување.
  - Ултразвучен преглед на тестисите ќе разоткрие секакви структурни дефекти или тумори.

Второ ниво (клиника за неплодност, болничка амбуланта)

- Пред да се започне со третманот за нелодност, двојката треба да се скенира за присутство на инфекции (хепатитис В и С, HIV).
- Вагиналниот ултразвучен преглед дава информации за структурата и функционирањето на женските репродуктивни органи. При нејасни случаи физиолошки раствор може да се инстилира во кавумот на матката заради евалуација (хистеросонографија, ХСГ). Мешавина

од воздух и физиолошки раствор може да се инстилираат во матката и јајцеводите за да се провери проодноста на јајцеводите (хистеросалпингосонографија, ХССГ).

- Ако резултатот од ХССГ е абнормален или ако постои сомнеж за ендометриоза или историја за инфламаторна состојба, се индицира лапароскопија.
- Гонадотропните хормони се проверуваат во раната фаза на циклусот, особено ако циклусите се тирегуларни. Испитувањето на концентрациите на FSH и/или AMH (anti-Müllerian hormone) во тек на раниот дел од циклусот (деновите 3–5) даваат слика за оваријалната ресерва.
- Одредување на други хормони е потребно доколку се сомневаме на ендокринолошко нарушување.
- Мониторирањето на растот на оваријалниот фоликул дава информации за овулаицјата. Прогестеронскиот тест на крајот на циклусот се користи за потврда на овулацијата и на задоволувачката активност на жолтото тело.
- Потребни се дополнителни иследувања кај маж доколку спермиограмот абнормален во повторувани анализи (ФСХ, ЛХ, тестостерон, кариотип, микроделеција на Y-хромозом).
  - Кај мажите хормоналните причини за неплодност се ретки.
  - ФСХ треба да се одреди при азооспермија или тешка олигоспермија. Покачен ФСХ сугерира тестикуларен дефект и тогаш се индицирани хромозомски иследувања. Може да се идентификуваат Клинефелтеровиот синдром или различни транслокации. Микроделециите на Y-хромозомот предизвикуваат сериозни нарушувања во формирањето на сперматозоидите.
  - Нормален ФСХ и нормални тестиси сугерираат оклузија на семиниферните тубули. Дијагнозата може да се потврди со тестикуларна биопсија.

ТРЕТМАН НА НЕПЛОДНОСТА

- Третманот се планира според конкретната причина, земајќи ги предвид желбите на двојката.
  - Некои двојки може да одберат да не се подложат на никаков третман, а за други адопцијата може да биде најдоброто решение.
  - Со третманот не треба да се започне прерано ако веројатноста за спонтано забременување сè уште е висока (ннд-**B**).
  - Најпрво, треба да се обрне внимание на факторите кои неповолно влијаат на фертилитетот, најважно проблемите со телесната тежина и пушењето.
  - На двојката треба да ѝ се даде реална проценка за резултатите од третманот.
- Во случај на овулаторна дисфункција резултатите од третманот се добри, доколку дијагнозата е точна.
  - Постојна ендокрина дисфункција, на пример, хипотиреоидизам, мора да се третира.
  - Ако овулаторната дисфункција е предизвикана од прекумерна тежина или потхранетост, најпрво треба да се постигне нормална тежина, па потоа да се отпочне медикаментозен третман.
  - Хиперпролактинемијата може успешно да се третира со медикаменти.

Хормонски третман

- Третманот чија цел е индукција на овулацијата треба да се изведе од лекар со експертиза во третман на неплодноста.
- Кломифенот е најчесто употребуваниот лек за индукција на овулацијата (ннд-**A**).
  - Тој може да се користи кога серумскиот пролактин и гонадотропини се на нормални нивоа.
  - Најчеста причина за ановулаторна неплодност е ПЦОС. Кај пациентки со ПЦОС и прекумерна телесна тежина може да се користи метформин како терапевтска алтернатива.
- Инхибитор на ароматаза е алтернативен третман за кломифен.

- Третманот со гонадотропини се користи за пациентки кои не одговориле на третман со кломифен или имаат дефицит на гонадотропини. Важно е третманот да се мониторира со ултразвук.
  - Третманот се изведува со најниската можна доза, со цел да созрее еден фоликул. Ретко е вредно да се продолжи со третман по 4 до 6 неуспешни циклуси.

Хируршки пристап

- При третманот на неплодноста можно е да се вклучи и хирургијата.
  - Хируршки третман може да се употреби кај супфертилност која е придружена со ендометриоза (ннд-**С**), но хирургијата не треба да се повторува непотребно.
  - Субмукозни и големи (над 6cm) интрамурални миоми (ннд-**С**) треба да се отстранат.
  - Ласни оштетувања на јајцеводите треба да се корегираат, доколку не постои и друга причина за неплодност. Ако оштетувањето на јајцеводите е потешко, резултатите од хирургијата се слаби. Хирургијата, исто така, може да се користи како подготовителна процедура пред ИВФ. Салпингектомија при хидросалпингс може да ги зголеми шансите за успешна ИВФ (ннд-**А**).

Инсеминација и ИВФ

- Причините за лош спермиограм често се непознати, затоа третманските опции за машкиот супфертилитет се малку. Доколку квалитетот на спермата е умерено влошен, се употребуваат инсеминација или ИВФ.
- За време на интраутеринатa инсеминација (ИУИ), спермата се инјектира во кавумот на матката. Пред тоа, спермата мора да се сепарира ("измие“) од семиналната плазма. Во текот на истиот циклус може да се индуцира овулацијата за да се подобрат шансите за забременување (ннд-**С**).
- ИВФ (ннд-**С**), со сперма од партнерот или донаторска, може да се користи речиси кај сите типови неплодност. Последните години, интрацитоплазматската спермална инјекција (ICSI) стана метод на избор за третман на машката неплодност. Резултатите од третманот со ИВФ и ICSI зависат од возраста на жената, причината за третман, претходната историја на неплодност и бројот на претходните третмански обиди.

Синдром на оваријална хиперстимулација (OHSS)

- Синдромот на оваријална хиперстимулација (OHSS) е најсериозната компликација од третманот на неплодноста.
  - При OHSS, одговорот на овариумите на хормонските медикаменти е екцесивен.
  - Сите медикаменти за индукција на овулација може да предизвикаат OHSS, но тој е многу редок со кломифен. OHSS е најчест кога се користи аналог на гонадотропин ослободувачкиот хормоне (GnRH) со гонадотропини.
  - Обично започнува 3 до 10 дена по давањето на хуманиот хорионски гонадотропин (hCG).
  - Симптомите се абдоминална болка, отекување и наузеа.
  - Ризикот е зголемен кај жени под 35-годишна возраст, мала телесна тежина и ПЦОС.
  - Ако се сомневаме на OHSS, прволиниско иследување е ултразвучниот преглед на овариумите; нивниот дијаметар е обично над 8cm, а кај тешката хиперстимулација има и асцит.
  - Индицирано е рано упатување во болница или кај лекарот што ја третирал.
  - Тешката OHSS може да биде асоцирана со тромбоемболички компликации, тешкотии во дишењето или бубрежна инсуфициенција.

ПРЕВЕНЦИЈА

- Репродуктивното здравје може да се подобри со превенција и оптимален третман на хламидијалната инфекција, одржување на нормална телесна тежина, разбирањето на ефектот на возраста врз фертилноста и воздржување од пушење. Покрај мерките за поддржување на здрав животен стил, потребно е да се зголеми сексуалната едукација и едукацијата за неплодност во школите И понатамошните можности за едукација треба да се зголемат.
- Жена која планира бременост треба да применува добро балансирана исхрана. Во однова, здрава жена обично нема потреба од посеби надоместоци во исхраната. Витамин B_{12} се препорачува за жени после стога вегетаријанска диета. Фолна киселина 400 μг/ден и витамин D, 10 μг/ден се препорачуваат на сите. Мултивитаминските производи не се штетни ако се користат според упаттсвата.

ПСИХОСОЦИЈАЛНИ ПРАШАЊА

- Најтешката задача која се исправа пред специјалистот за третман на неплодност е прашањето за сопирање на третманот. Сите иследувања и третмански опции кои се изведени треба внимателно да се објаснат на двојката. Во исто време, треба да се објансат и можните причини за неуспех. Потоа, треба да се процени и можноста за настанување на бременост без третман. Ако двојката така сака, треба да ѝ се дадат информации за адопција. По неуспешен третман, треба да се процени дали на двојката и треба психолошка поддршка и советување.
- Речиси, секој кој се соочува со неволна неплодност ќе доживее инфертилна криза од некој степен. Кога некој уште од детството чувствува дека имањето деца ќе биде дел од неговиот/нејзиниот живот, желбата за деца се интегрира во самата личност. Напуштањето на оваа надеж ќе предизвика криза. На личноста ќе треба да ѝ се дозволи да жали; останувањето без деца може да се спореди со жалоста за смрт на некој близок. Неволно бездетната личност ги губи неродените деца кои живееле во неговата/нејзината фантазија. Не постои почетна точка на оваа криза и двојката може да се соочи со неа во различно време. Исто така, и крајот на кризата е постепен.
- Неплодноста секако ќе предизвика различни чувства: срам, жал и чувство на безвредност и понижување. Чувството на безвредност е често како и одбивноста за надворешна помош за најинтимниот дел на животот на двојката. Тешко е да се справи со болката и тагата предизвикана од немање деца. Обата партнера треба да се охрабрат, поединечно или заедно, да барат нови вредности во животот.
- Третманот на неплодноста е и физички и психолошки оптоварувачки. Иако третманот цели кон позитивен исход, двојката може да има проблем да го надвладее тоа што може да предизвика конфликтни чувства кои само го влошуваат основниот проблем, т.е. неплодноста. Од двојката може да биде побарано да донесе тешки одлуки кои може да имаат далекусежни последици во нивните животи како и животите на детето родено како резултат од третманот, на пример, кога е потребна донација на сперма. Сепак, модерните третмански модалитети носат надеж и помош, и им помагаат на најголемиот број двојки да зачнат.
- Неплодноста е психосоцијален проблем и кога се соочува со него, давателот на здравствена заштита не треба да се концентрира само на медицинските аспекти на проблемот. Потребна е професионална експертиза за да се препознаат контрадикторните чувства поврзани со можноста за забременување или посвојување, да се справи со чувствата на зависност на двојката од медицинскиот персонал и да се помогне околу можните сексуални проблеми на двојката како и чувствата на страв, вина, тага и загуба.
- Групите за поддршка може да се значајни. Овие групи примаат двојки кои минуваат низ иследувања и третман на неплодност, двојки кои зачнале како резултат на третман, посвоиле дете, започнале процес на посвојување или решиле да останат без деца.

ПОВРЗАНИ ИЗВОРИ

20.5.2014

Ова упатство е создадено и ажурирано од тимот едитори на EBMG

Кохранови прегледи

- Суплементација со антиоксиданти може да не биде ефикасна за подобрување на стапките на раѓање кај субфертилни жени во споредба со плацебо или не примање третман, но доказите се ограничени (ннд-**D**).
- Пери-имплантациона терапија со нискомолекуларен хепарин при третмански циклуси со асистираната репродукција може да ја подобрат ратата на живородени кај жени кои биле подложени на асистирана репродукција во споредба со плацебо ор или недавање третман (ннд-**D**).
- Жените кои имале индукција на овулацијата заради неплодност немаат зголемен ризик за оваријален канцер (ннд-**D**)..
- Суплементација со антиоксиданти кај супфертилни мажи може да биде ефективна за подобрување на стапките на забременување и живородени од асистираната репродукција (ннд-**C**).
- Ралични тајминг техники може да бидат приближно еднакво ефикасни за ИУИ кај супфертилни двојки (ннд-**C**).
- Не постојат доволно докази во поглед на стапките на забременување за да се препорача одреден протокол за поддршка на ендометриумот после ембриотрансфер (ннд-**D**).
- Двојна ИУИ при стимулирани циклуси изгледа резултира со повисока стапка на забременување отколку единечна при третман на супфертилни двојки со сперма од мажот (ннд-**B**).
- Употребата на single embryo transfer при свеж ИВФ-циклус резултира со пониски стапки на живородени со многу пониски рати за мултипла бременост во однос на double embryo transfer, но последователните трансфери на смрзнати ембриони изгледа даваат исходи компарабилни со еден свеж циклус со double embryo transfer (ннд-**A**).
- Третманот со метформин пред или за време на асистираните репродуктивни техники (ИВФ или ICSI) изгледа не е ефикасен за зголемување на стапките на живородени кај жени со ПЦОС, но, сепак, може да го намали ризикот од хиперстимулација (ннд-**D**).
- Уринарниот hCG како тригер на овулација кај ановулаторни жени третирани со кломифен цитрат спореден со нетретирани можеби не ја зголемува стапката на живородени деца (ннд-**C**).
- Спермалната перфузија на јајцеводите може да е поефективната опција отколку ИУИ за двојки со необјаснета супфертилност (ннд-**C**).
- Најголемиот број деца родени после ИВФ може да се здрави иако ризиците од близначна бременост, прематурно раѓање и ниска родилна тежина се зголемени (ннд-**C**).
- Лутеалната поддршка со hCG или прогестерон после асистирана репродукција резултира со зголемени стапки на забременување. hCG не обезбедува подобри резултати од прогестеронот, а е асоциран со зголемен ризик од OHSS кога се користи со GnRHa (ннд-**A**).
- Протоколот со GnRH антагонист изгледа ефикасен за асистирана концепција, со голема редукција на синдромот на оваријална хиперстимулација и без разлика во ратата на живородени во споредба со долгиот протоцол со GnRH агонист (ннд-**B**).
- Перфузијата на јајцеводите со контрасти растворливи во масти изгледа е ефективно за зголемување на шансите за забременување и живородени деца, наспроти не-интервенирање кај жени со неплодност (ннд-**A**).
- ИУИ може да не е ефикасен третман за цервикален фактор (со лош квалитет или недоволна количина слуз) споредено со темпиран однос или експектативен менаџмент (ннд-**C**).
- Стапките на забременување може да се зголемат со употреба на гонадотропини за машка неплодност (ннд-**C**).

- Гонадотропините изгледа се најефективните лекови кога ИУИ се комбинира со оваријална хиперстимулација (ннд-**B**).
- Не постојат доволно докази за ефективноста на ИУИ споредена со темпирани односи за машка супфертилност (ннд-**D**).
- Обезболувањето веројатно не е ефективно за време или непосредно по ХСГ, но може да ја намали болката 30 минути после процедурата (ннд-**C**).
- Коадминистрација на рекомбинантен лутеинизирачки хормон (rLH) со rFSH кај надолно регулирани со GnRHa циклуси не резултира со повеќе живородени деца во споредба со циклуси само со rFSH (ннд-**A**).
- Лапароскопската салпингектомија ги зголемува шансите за забременување кај жени со хидросалпингси кои треба да одат на ИВФ (NNT меѓу 7 и 8 да се добие една дополнително живородено) (ннд-**A**).
- Супресијата на овулацијата не е ефективна кај супфертилни жени со ендометриоза кои сакаат да забременат (ннд-**A**).
- Интравенозен HES е ефективен во превенцијата на тешка OHSS кај високоризични жени, компариран со плацебо (ннд-**A**).
- ИУИ ги зголемува стапките на живородени деца и на забременување споредено со цервикална инсеминација при стимулирани циклуси и употреба на криопрезервирана сперма за донација (ннд-**A**).
- Нискодозажен аспирин веројатно е неефективен за зголемување на стапките на забременување и живородени деца кај жени кои ќе се подложат на ИВФ (ннд-**C**).
- Не постојат доволно докази за заклучок за релативните предности и мани на различни хируршки техники за третман на тубарната неплодност (ннд-**D**).

Други резимеа на докази

- Жени кои биле подложени на индукција на овулација заради неплодност изгледа немаат зголемен ризик за оваријален канцер, (ннд-**D**).
- Дискриминативниот капацитет на титрите на хламидија-антитела со ЕЛИСА, микроимунофлуоресценца или имунофлуоресценца, во дијагнозата на тубарна патологија може да е споредлив со оној на ХСГ (ннд-**C**).
- Дискриминативните можности на посткоиталниот тест може да се слаби (ннд-**C**).
- Изведувањето на SPA може да не е доволно за селектирање пациенти за третман со ИВФ ембриотрансфер (ннд-**C**).

Литература

Клинички практични прегледи

1. De Vos M, Devroey P, Fauser BC. Primary ovarian insufficiency. Lancet 2010 Sep 11;376(9744):911-21. **PubMed**
2. Sutcliffe AG, Ludwig M. Outcome of assisted reproduction. Lancet 2007 Jul 28;370(9584):351-9 **PubMed**
3. Balen AH, Rutherford AJ. Management of infertility. BMJ 2007 Sep 22;335(7620):608-11 **PubMed**
4. Balen AH, Rutherford AJ. Managing anovulatory infertility and polycystic ovary syndrome. BMJ 2007 Sep 29;335(7621):663-6 **PubMed**

Article ID: rel00260 (025.055)
© 2014 Duodecim Medical Publications Ltd

Article ID: ebm00567 (025.055)
© 2014 Duodecim Medical Publications Ltd

- Последен пат прегледано за ажурирање на 28.3.2014 • Последна промена на цханге 28.3.2014

1. **EBM Guidelines, 28.3.2014, www.ebm-guidelines.com**
2. **Упатството треба да се ажурира по 2 години.**
3. **Предвидено е следно ажурирање во 2016 година.**

Упатството го ажурирала: Проф. Др. К. Зафировска
Координатор: Проф. Др. К. Зафировска

1488.

Врз основа на член 27 став (1) од Законот за здравствената заштита („Службен весник на Република Македонија“ број 43/12, 145/12, 87/13, 164/13, 39/14, 43/14, 132/14, 188/14 и 10/15), министерот за здравство донесе

У П А Т С Т В О
ЗА МЕДИЦИНСКОТО ЗГРИЖУВАЊЕ ПРИ ЕНДОМЕТРИОЗА

Член 1

Со ова упатство се утврдува медицинското згрижување при ендометриоза.

Член 2

Начинот на медицинското згрижување при ендометриоза е даден во прилог, кој е составен дел на ова упатство.

Член 3

Здравствените работници и здравствените соработници ја вршат здравствената дејност на медицинското згрижување при ендометриоза по правило согласно ова упатство.

По исклучок од став 1 на овој член, во поединечни случаи по оценка на докторот може да се отстапи од одредбите на ова упатство, со соодветно писмено образложение за причините и потребата за отстапување и со проценка за натамошниот тек на згрижувањето, при што истото од страна на докторот соодветно се документира во писмена форма во медицинското досие на пациентот.

Член 4

Со денот на влегувањето во сила на ова упатство престанува да важи Упатството за практикување на медицина заснована на докази во превенција и скрининг на колоректалниот канцер („Службен весник на Република Македонија“ бр. 12/13)..

Член 5

Ова упатство влегува во сила наредниот ден од денот на објавувањето во „Службен весник на Република Македонија“.

Бр. 17-2449/1
27 февруари 2015 година
Скопје

Министер,
Никола Тодоров, с.р.

Прилог

ЕНДОМЕТРИОЗА

МЗД Упатства
15.4.2013 • Последни промени 15.4.2013
Päivi Härkki

- Најважно
- Општо
- Знаци и симптоми
- Дијагноза
- Третман
- Поврзани извори
- Референци

НАЈВАЖНО

- Ендометриозата е естроген-зависна состојба и обично не се сретнува по менопаузата.
- Болката асоцирана со ендометриозата се третира со лекови кои ја потиснуваат естрогената секреција во јајниците
- Хормоналните препарати кои се користат за намалување на болката, во исто време превенираат бременост и не се препорачуваат за неплодни пациенти
- Хиургијата ја ублажува болката и може да ја подобри неплодноста

ОПШТО

- Ендометриозата се јавува кај жените во репродуктивната возраст: кај 10% од жените во репродуктивна возраст и кај 50% од жените со фертилитетни проблеми.
- Присуство на ткиво слично на ендометриум на места надвор од утеринатa празнина индуцира хронична инфламаторна реакција
  - Суперфициелни фокуси на перитонеалната површина
  - Ендометриозно-индуцирани цисти на овариумите (ендометриоми)
  - Длабоки (над 5 mm) фокуси во просторот помеѓу вагината и ректумот (ректовагинална ендометриоза), во мочниот меур или цревото, поретко во други органи.
- Патогенезата останува нејасна, ендометријалното ткиво може да мигрира низ јајцеводите во перитонеалната празнина или перитонеалните клетки се трансформираат во слични на ендометријалните.
- Ендометриозата е естроген-зависна и симптомите обично ги нема по менопаузата.
- Покрај естрогенот што се продуцира од овариумите, ендометриотичните фокуси и самите синтетизираат естроген и простагландини, што ја одржува состојбата.
- Кај афецираните индивидуи нормалниот имунолошки систем е нарушен, што овозможува да се развива ендометриозата.
- Ризикот за ендометриоза е 7 пати повисок доколку роднина ја има истата.

ЗНАЦИ И СИМПТОМИ

- Најчест симптом е дисменореа која почнува неколку дена пред почетокот на менструалното крвавење.
- Диспареунија и болка индуцирани од тресење и вибрација.
- Дизурија, болки при дефекација, крв во столицата
- Абнормално вагинално крвавење, замор.
- Неплодност
- Ту формација во долниот дел на абдоменот.
- Симптомите се најчесто циклични; при тешката форма на болеста болката е континуирана.

ДИЈАГНОЗА

- Историјата(анамнезата) е важна.
- Гинеколошкиот преглед може да е нормален при блага форма на болеста.
- При гинеколошки преглед има болна осетливост во задните утерини лигаменти и латерално, осетлив утерус при придвижување, и понекогаш присуство на видлива сина ендометриоза на вагината.
- Ултразвучен преглед нема да ги покаже суперфициелните фокуси туку оваријалните ендометриотични цисти, ендометриоми.
- Дијагнозата може да се верифицира лапароскопски, но симптомите не корелираат секогаш со наодот.
- Ако пациентката има болки при уринирање и дефекација, може да се направат цистоскопија и колоноскопија.
- Пелвичен MRI треба да се направи само за да се визуелизираат длабоките фокуси.

Диференцијална дијагноза
- Аденомиоза
- Оваријални тумори
- Инфекција на уринарниот тракт
- Опстипација, анална фисура
- Синдром на иритабилно црево, интерстицијален циститис
- Скелетни причини
- Психосоматски причини

ТРЕТМАН

- Кај ендометриозата, треба да се третираат или болката или инфертилитетот; не е можно да се третираат симултано.
- Асимптоматска ендометриоза не бара третман
- Не постои куративен третман.
- Фармакотерапијата има за цел да го превенира дејството на естрогенот на ендометријалното ткиво и да ги смали ендометриотичните фокуси. Симптомите се повторуваат кај половина од пациентките по престанокот на терапијата.
- Фармакотерапијата може да биде започната врз база на симптоми и тоа прд дијгагозата да биде потврдена со лапароскопија
- Хируршкиот третман има цел да го отстрани ектопичниот ендометриум и да ја врати нормалната анатомија.

Третман на болка
- Нестероидни антиинфламаторни лекови (НСАИЛ) се првиот избор кај полесни случаи (ннд-**D**).
- Комбинирани орални контрацептиви (ннд-**C**) , како и контрацептивните вагиналнио прстени и кожни лепенки можат да ја супримираат оваријалната активност. Може да се употребат циклично или континуирано, без пауза, од 3 до 6 месеци.
- Континуирана администрација на прогестини (ннд-**C**) (noretisterone 5-10mg/ден, dienogest 2mg/ден, medroxyprogesterone acetate 10-50mg/ден, lynestrenol 5-15mg/ден) ја супримираат оваријалната активност.
- Левоноргестрел-рилизинг интраутерина влошка го супримира ендометриумот и делумно оваријалната активност (ннд-**B**).
- GnRH-агонистите(ннд-**B**) продуцираат хипоестрогена состојба како по менопауза, но заради менопаузални симптоми и ризик од остеопороза, се препорачуваат само во текот на 6 месеци (ако третманот се пролонгира треба да се додаде хормон заместителна терапија со естроген и прогестагени за превенција на несакани ефекти).
- Сите погоре споменати хормонални третмани се еднакво ефективни во редуцирањето на болката. Третманот се избира на индивидуална основа и избегнувајќи ги несаканите ефекти.

- Ароматаза-инхобиторите кои ја инхибираат периферната синтеза на естрогените, може да се употребат кај млади пациенти комбинирани со орален контрацептив/прогестини/GnRH агонисти, а после радикална хирургија или во постменопауза како единствен лек.
- Лапароскопско отстранување на ендометријалните фокуси јасно води кон намалување на болката (ннд-**B**).
- Постоперативната хормонална терапија го намалува ризикот од рекуренца (ннд-**C**) и затоа таа е препорачлива во текот на неколку години постоперативно.
- Хируршкиот третман не е од помош кај 20% од пациентите, а болеста рецидивира кај 20 до 30% од пациентите во текот на 5 години.
- Кај многу тешка ендометриоза, треба да се земат предвид хистеректомија и оофоректомија и ако е потребно ресекција на црево и ексцизија на мочниот меур.

Третман на ендометриозата кај пациент со неплодност

- Хормоналната терапија која се користи за третман на болката ќе превенира концепција и затоа тие не се препорачуваат кај проблеми со неплодност.
- Лапароскопијата е индицирана ако се сомнева на ендометриоза кај пациентки со фертилитетни проблеми.
- Лапароскопскиот третман на лесна ендометриоза ја зголемува веројатноста за забременување (ннд-**C**).
- Отстранувањето на капсулата на оваријален ендометриом (>5- 4cm) ги зголемува шансите за забременување, но хирургијата може исто да ја наруши оваријалната функција (ннд-**D**)
- Хируршката терапија на тешка ендометриоза може да ги подобри шансите за забременување.
- Ако неплодноста продолжи или болеста напредува, се препорачува in vitro фертилизација.
- Бременоста ги намалува симптомите и во некои случаи, симптомите потполно може да исчезнат по породувањето.

ПОВРЗАНИ ИЗВОРИ

Кохранови прегледи

- Прогестините може да се ефективни за симптоматско намалување на болките при ендометриоза и да дадат сличен ефект врз болката како даназолот и GnRH-агонистите (ннд-**C**).
- Даназолот изгледа дека е ефективен во третманот на симптомите и знаците на ендометриозата. Сепак, неговата употреба е ограничена заради појава на андрогени несакани ефекти (ннд-**B**).
- Супресија на овулацијата не е ефективна кај супфертилни жени со ендометриоза кои сакаат да забременат (ннд-**A**).
- Хормонална супресија заедно со хируршки третман на ендометриоза можеби не придонесува за сигнификантно подобрување на клиничкиот исход (ннд-**C**).
- Ексцизионата терапија на ендометриомите може да даде подобри исходи отколку дренажа и аблација. Таа треба да е преферираниот хируршки пристап (ннд-**B**).
- ХЗТ за жени со ендометриоза и постхируршка менопауза изгледа дека резултира со болки и рецидив на болеста, иако доказите за тоа се лимитирани (ннд-**D**).

Други сумарни докази

- Одредувањето на Ca-125 изгледа има многу лимитирана вредност за дијагноза на ендометриозата (ннд-**B**).

Клинички упатства

- ESHRE guideline for the diagnosis and treatment of endometriosis
- Royal College of Obstetricians and Gynecologist: The investigation and management of endometriosis

ЛИТЕРАТУРА

Клинички практични прегледи

- Giudice LC. Clinical practice. Endometriosis. N Engl J Med 2010 Jun 24;362(25):2389-98. **PubMed**
- de Ziegler D, Borghese B, Chapron C. Endometriosis and infertility: pathophysiology and management. Lancet 2010 Aug 28;376(9742):730-8. **PubMed**
- Farquhar C. Endometriosis. BMJ 2007 Feb 3;334(7587):249-53. **PubMed**
- Olive DL. Gonadotropin-releasing hormone agonists for endometriosis. N Engl J Med 2008 Sep 11;359(11):1136-42. **PubMed**
- Olive DL, Schwartz LB. Endometriosis. N Engl J Med 1993 Jun 17;328(24):1759-69. **PubMed**.

Друга литература

- Mahmood TA, Templeton A. Prevalence and genesis of endometriosis. Hum Reprod 1991 Apr;6(4):544-9. **PubMed**
- American College of Obstetrics and Gynecology Practice Bulletin: Medical management of endometriosis, 1999
- Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, Guidelines: The investigations and management of endometriosis, 2000
- Kauppila A, Puolakka J, Ylikorkala O. Prostaglandin biosynthesis inhibitors and endometriosis. Prostaglandins 1979 Oct;18(4):655-61. **PubMed**

РЕФЕРЕНЦИ

- Farquhar C. Endometriosis. BMJ 2007 Feb 3;334(7587):249-53. «PMID: 17272567»PubMed
- Kennedy S, Bergqvist A, Chapron C, D'Hooghe T, Dunselman G, Greb R, Hummelshoj L, Prentice A, Saridogan E. ESHRE guidelines for the diagnosis and treatment of endometriosis. Hum Reprod 2005;20:2698-2704 «PMID: 15980014»PubMed
- Marcoux S, Maheux R, Bérubé S. Laparoscopic surgery in infertile women with minimal or mild endometriosis. Canadian Collaborative Group on Endometriosis. N Engl J Med 1997 Jul 24;337(4):217-22.«PMID: 9227926»PubMed
- Bulun SE. Endometriosis. N Engl J Med 2009 Jan 15;360(3):268-79. «PMID: 19144942»PubMed
- Royal College of Obstetricians and Gynaecologist. The investigation and management of endometriosis. Green-top Guideline No. 24, 2006 «http://www.rcog.org.uk/files/rcog-corp/uploadedfiles/ GT24InvestigationEndometriosis2006.pdf»1
- Practice Committee of American Society for Reproductive Medicine. Treatment of pelvic pain associated with endometriosis. Fertil Steril 2008 Nov;90(5 Suppl):S260-9. «PMID: 19007642»PubMed
- Vercellini P, Crosignani PG, Abbiati A, Somigliana E, Viganò P, Fedele L. The effect of surgery for symptomatic endometriosis: the other side of the story. Hum Reprod Update 2009 Mar-Apr;15(2):177-88. «PMID: 19136455»PubMed
- Vercellini P, Somigliana E, Viganò P, Abbiati A, Barbara G, Crosignani PG. Surgery for endometriosisassociated infertility: a pragmatic approach. Hum Reprod 2009 Feb;24(2):254-69. «PMID: 18948311»PubMed
- Seracchioli R, Mabrouk M, Manuzzi L, Vicenzi C, Frascà C, Elmakky A, Venturoli S. Post-operative use of oral contraceptive pills for prevention of anatomical relapse or symptom-recurrence after conservative surgery for endometriosis. Hum Reprod 2009 Nov;24(11):2729-35. «PMID: 19625310»PubMed
- Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine. Endometriosis and infertility: a committee opinion. Fertil Steril 2012;98(3):591-8. «PMID: 22704630»PubMed
- Leyland N, Casper R, Laberge P et al. Endometriosis: diagnosis and management. J Obstet Gynaecol Can 2010;32(7 Suppl 2):S1-32. «PMID: 21545757»PubMed

- Ferrero S, Gillott DJ, Venturini PL et al. Use of aromatase inhibitors to treat endometriosis-related painsymptoms: a systematic review. Reprod Biol Endocrinol 2011;9():89. «PMID: 21693038»PubMed

Претходни автори:
Olavi Ylikorkala
Последен преглед одобрен како ажуриран 15.4.2013 • Latest change 15.4.2013
Article ID: ebm00545 (025.042)

© 2014 Duodecim Medical Publications Ltd

- **EBM Guidelines, 15.4.2013, www.ebm-guidelines.com**
- **Упатството треба да се ажурира еднаш на 4 години.**
- **Предвидено е следно ажурирање до април 2017 година.**

Упатството го ажурирал: И. Стојковски
Координатор: Проф. Др. К. Зафировска

1489.

Врз основа на член 27 став (1) од Законот за здравствената заштита („Службен весник на Република Македонија“ број 43/12, 145/12, 87/13, 164/13, 39/14, 43/14, 132/14, 188/14 и 10/15), министерот за здравство донесе

У П А Т С Т В О
ЗА МЕДИЦИНСКОТО ЗГРИЖУВАЊЕ ПРИ АМЕНОРЕЈА

Член 1

Со ова упатство се утврдува медицинското згрижување при аменореја.

Член 2

Начинот на медицинското згрижување при аменореја е даден во прилог, кој е составен дел на ова упатство.

Член 3

Здравствените работници и здравствените соработници ја вршат здравствената дејност на медицинското згрижување при аменореја по правило согласно ова упатство.

По исклучок од став 1 на овој член, во поединечни случаи по оценка на докторот може да се отстапи од одредбите на ова упатство, со соодветно писмено образложение за причините и потребата за отстапување и со проценка за натамошниот тек на згрижувањето, при што истото од страна на докторот соодветно се документира во писмена форма во медицинското досие на пациентот.

Член 4

Со денот на влегувањето во сила на ова упатство престанува да важи Упатството за практикување на медицина заснована на докази при аменореја („Службен весник на Република Македонија“ бр. 12/13).

Член 5

Ова упатство влегува во сила наредниот ден од денот на објавувањето во „Службен весник на Република Македонија“.

Бр. 17-2448/1
27 февруари 2015 година
Скопје

Министер,
Никола Тодоров, с.р.

Прилог

АМЕНОРЕЈА

МЗД Упатства
21.3.2014 • Последни промени 21.3.2014
Helena Tinkanen

- Најважно
- Примарна аменореја
- Секундарна аменореја
- Поврзани извори
- Референци

НАЈВАЖНО

- Кај примарна аменореја пациентката никогаш немала менструација. Кај секундарна аменореја отсуството на менструација е во текот на 6 последователни месеци или ако менструалниот циклус е подолг од нормално, отсуство на 3 последователни менструални циклуси. Во практиката, границата помеѓу различни состојби не е секогаш толку остра.

ПРИМАРНА АМЕНОРЕЈА

- Потребни се понатамошни иследувања доколку:
  - не се јавиле знаци на пубертет до возраст од 13 до 14 години или
  - не се јавила менструација до возраст од 16 години, останатите знаци на пубертет се развиваат нормално.

Причини

- Кај 45% од случаите причина е иреверзибилно оштетување на овариумите; често и без знаци за пубертет.
  - Најчесто е поврзано со хромозомални абнормалности, на пример, Тарнеров синдром
  - Други оваријални нарушувања (дисгенезии).
- Кај 15% од случаите причината потекнува од централниот нервен систем; често без појава на пубертет.
  - Тумор на хипофизата (често пролактиноми), други тумори на мозокот, инсуфициенција на хипофизата, Kallman-ов синдром
- Кај 13% од случаите причината е физиолошка, пубертетските промени најчесто отсуствуваат.
  - Конституционално доцнење
  - Анорексија
  - Прекумерни физички вежби
- Во 17% од случаите причината е структурална; развојот на пубертетот е нормален
  - ретко: трансверзален вагинален септум, отсуство на цервикс или агенезија на утерусот.
  - ретко: синдром на несензитивност на андрогени, на пример, кај XY жени, женски надворешни генитални органи и женска конституција, кратка вагина, отсуство на внатрешните генитални органи.
- Кај 10% од случаите примарната аменореја е причинета од некоја системска болест.
  - Хипотиреоидизам, нетретирана целијачна болест, Кушингов синдром, адренална хиперандрогенија и др.
  - Обезитас

Дијагноза и третман

- Упат кон специјалист (и гинеколог и педијатар)
- Упатот треба да вклучи графикон на растот на пациентката, медицинска историја и медицинска историја на пубертетот на нејзините родители.

СЕКУНДАРНА АМЕНОРЕЈА

- Нормалното функционирање на оската хипоталамус-хипофиза-овариум и на ендометриумот се неопходни за регуларен менструален циклус.
- Види исто така `Абнормално меструално крварење`

Историја
- Претходна менструална историја, контрацепција
- Бремености, породувања и процедури поврзани со нив
- Губење или зголемување на телесната тежина (да се процени оската на промена на телесната тежина во однос на нормалната крива, на пример, ако BMI е 18, губењето на неколку кг може да предизвика аменореја)
- Податоци за оптоварување со физичка активност, скорашен стрес, примена на медикаменти.
- Сите други симптоми асоцирани со аменореја (препотување, вагинална сувост итн.)

Статус
- Висина, тежина, крвен притисок
- Дистрибуција на маст (обезитет на трупот)
- Стрии, абнормална пигментација на надворешните гениталии
- Хирзутизам, мрсна кожа, акни
- Тиреоидна жлезда
- Гради, можна галактореја
- Гинеколошки преглед: изглед на вагиналнот епител, големина на утерусот и овариумите.

Дијагноза и третман
- Да се исклучи бременост
- Серумски пролактин
  - Галактореја?
  - Ако е покачен пролактинот и постои аменореја, треба да се праша за употреба на антипсихотични медикаменти.
  - Можно е постоење на тумори на хипофиза и хипоталамус
  - Хиперпролактинемија без јасна причина (лактација, антипсихотични лекови) бара упатување на понатамошно иследување.
- Серумски TSH
  - Хипотиреоидизмот е почеста причина за абнормално менструално крвавење отколку хипертиреоидизмот
- Прогестеронски тест во текот на 7 до 10 дена (на пример, dydrogesterone 10-20mg/ден или medroxyprogesterone 10mg/ден)
  - Ако крвавењето се јави за време од две недели од последната таблета, нивото на естроген е доволно за пролиферација на ендометриумот. Ако не се јави крвавење, нивото на естроген е ниско или ендометриумот е нереспондивен.
- Ако не се јави крвавење по прекинот на таблетите, треба да се измерат ФСХ и ЛХ.
  - Ниско ниво на ФСХ и ЛХ
    - Етиологија од хипоталамус/хипофиза
    - Анорексија, да се консултира психијатар
    - Прекумерна физичка активност, да се информира пациентката за опасноста од остеопороза. Целта е да се зголеми внесот на калории.
    - Ако физичката активност и ниската телесна тежина не ги објаснуваат наодите, упатете ја пациентката на понатамошни иследувања затоа што мора да се исклучи постоење на хипоталамичен или хипофизарен тумор.
  - Високо ниво на ФСХ и ЛХ
    - Оваријална инсуфициенција
    - Етиологија и третман (на пример, ризик од остеопороза) кај жени на возраст помала од 40 години треба да се спроведат во соодветна болница.
    - Рана менопауза (фамилијарна тенденција кај 30 до 50% од случаите)
    - Полиендокринопатија
    - Јатрогена етиологија (хируршки третман, хемотерапија)

- Нормално ниво на ФСХ и ЛХ
  - Етиологијата потекнува од ендометријалниот одговор
  - Присуство на интраутерини атхезии, на пример, после киретажа (Asherman-ов синдром)
  - Упатување кај специјалист
- Системски болести може да предизвикаат аменореја
  - Хипертиреоидизам, хипотиреоидизам, ренална или хепатална инсуфициенција, тешка форма на нетретирана целијачна болест, итн. Најчесто нема да се појави крвавење по прогестеронскиот тест.

- Ако се појави крвавење по престанот на терапијата пациентката е нормоестрогена и ановулаторна.
  - Да се праша за евентуален стрес фактор (проблеми со персоналните односи, неодамнешна промена на статусот на работното место, смрт на близок член на семејството итн.). Состојбата е транзиторна.
    - Третман со циклични прогестагени (dydrogesterone 10mg/ден 15-24 ден од циклусот) во текот на три месеци.
    - Ако без медикација не се постигне нормализирање на менструалниот циклус, треба да се проследи пациентката кај специјалист.
  - Очебијно здебелување, обезитет на телото, акни, хирзутизам
    - Синдром на полицистични овариуми
    - Овулација нарушена само поради обезитет, се третира со циклични прогестагени до нормализирање на тежината за да се избегне ендометријалната хиперплазија
    - Ретко: Кушингов синдром
    - Ако постојат јасни знаци за вирилизација (алопеција, значаен хирзутизам, зголемување на клиторисот, задебелување на гласот) и покачување на нивото на серумскиот тестостерон, пациентките мора да се испратат на гинеколог. Пациентките може да имаат андроген-продуцирачки адренален или оваријален тумор.
    - Забелешка! Ако нивото на тестостеронот е многу високо нема да се јави крвавење кај прогестеронскиот тест.

ПОВРЗАНИ ИЗВОРИ

Литература

Прегледи од клиничка практика

- De Vos M, Devroey P, Fauser BC. Primary ovarian insufficiency. Lancet 2010 Sep 11;376 (9744):911-21. **PubMed**

Друга литература

- Goodman LR, Warren MP. The female athlete and menstrual function. Curr Opin Obstet Gynecol 2005 Oct;17(5):466-70. **PubMed**
- Practice Committee of American Society for Reproductive Medicine. Current evaluation of amenorrhea. Fertil Steril 2008 Nov;90(5 Suppl):S219-25. **PubMed**

РЕФЕРЕНЦИ

- Conner P, Fried G. Hyperprolactinemia; etiology, diagnosis and treatment alternatives. Acta Obstet Gynecol Scand 1998 Mar;77(3):249-62 **PubMed**

Последен преглед одобрен како ажуриран 21.3.2014 • Последни промени 21.3.2014
Article ID: ebm00535 (025.014)
© 2014 Duodecim Medical Publications Ltd

- **EBM Guidelines, 21.3.2014, www.ebm-guidelines.com**
- **Упатството треба да се ажурира еднаш на четири години.**
- **Предвидено е следно ажурирање до март 2018 година.**

Упатството го ажурирал: И. Стојковски
Координатор: Проф. Др. К. Зафировска

ИНФЕКТОЛОГИЈА

1490.

Врз основа на член 27 став (1) од Законот за здравствената заштита („Службен весник на Република Македонија“ број 43/12, 145/12, 87/13, 164/13, 39/14, 43/14, 132/14, 188/14 и 10/15), министерот за здравство донесе

У П А Т С Т В О
ЗА МЕДИЦИНСКОТО ЗГРИЖУВАЊЕ ПРИ МАЛАРИЈА

Член 1

Со ова упатство се утврдува медицинското згрижување при маларија.

Член 2

Начинот на медицинското згрижување при маларија е даден во прилог, кој е составен дел на ова упатство.

Член 3

Здравствените работници и здравствените соработници ја вршат здравствената дејност на медицинското згрижување при маларија по правило согласно ова упатство.

По исклучок од став 1 на овој член, во поединечни случаи по оценка на докторот може да се отстапи од одредбите на ова упатство, со соодветно писмено образложение за причините и потребата за отстапување и со проценка за натамошниот тек на згрижувањето, при што истото од страна на докторот соодветно се документира во писмена форма во медицинското досие на пациентот.

Член 4

Со денот на влегувањето во сила на ова упатство престанува да важи Упатството за практикување на медицина заснована на докази при дијагноза, терапија и превенција на маларијата кај патниците („Службен весник на Република Македонија“ бр. 49/14)..

Член 5

Ова упатство влегува во сила наредниот ден од денот на објавувањето во „Службен весник на Република Македонија“.

Бр. 17-2515/1
27 февруари 2015 година
Скопје

Министер,
Никола Тодоров, с.р.

Прилог

МАЛАРИЈА

МЗД Упатства
28.3.2014 • Комплетно ажурирано
Heli Siikamäki

- Основни податоци
- Предизвикувачи
- Трансмисија
- Преваленца и значење
- Инкубација
- Симптоми
- Компликации
- Лабораториски наоди
- Дијагноза
- Лекување
- Прогноза
- Превенција
- Хемопрофилакса за маларија
- Поврзани извори

ОСНОВНИ ПОДАТОЦИ

- Маларија мора да биде исклучена кај сите болни пациенти, особено во оние со покачена температура кои имаат историја на патување во маларија-ендемски области, дури и ако е соодветно користена хемиопрофилакса за маларија. Исто така и други можни причини за покачена темпераатура, мора да бидат земени во предвид.
- Во не-ендемски области дијагнозата на маларија е итен медицински случај и третманот мора да се поведе итно.
- Ризикот од маларија е највисок во тропска Африка.
- Официјални упатства мора да се следат во сите случаи при сомневање за маларија и треба да се консултира инфектолог. Локалниот лабораторискиот персонал ќе даде совет по однос на потребните примероци и анализи кои треба да се изведат.
- Маларијата е заразна болест која подлежи на задолжително пријавување, а лекарот е должен да ги пријави случаите во согласност со официјалните упатства и локални практики.
- При патување во ендемски области потребно е употреба на хемиопрофилакса за маларија и заштита од каснување од комарец.

ПРЕДИЗВИКУВАЧ

- Маларија е предизвикана од паразит протозоа од родот Plasmodium кој ги инфицира црвените крвни зрнца.
- Четири видови на Plasmodium се способни за предизвикување на маларија кај луѓето: P.falciparum, P.vivax, P.ovale и P.malariae. Дополнително, паразитот на маларија најден кај примати P.knowlesi исто така може да предизвика инфекција кај луѓето.

ТРАНСМИСИЈА

- Маларијата се пренесува меѓу луѓето преку каснување од комарец од родот Anopheles.

- Ретки начини на пренос се преку контаминирани игли, трансфузија на крв и од бремена жена на нејзиниот фетус преку плацентата.

ПРЕВАЛЕНЦА И ЗНАЧЕЊЕ

- На глобално ниво, маларија е една од најзначајните инфекции. Повеќе од 200 милиони случаи се случуваат годишно, а се проценува дека маларијата предизвикува речиси еден милион смртни случаи секоја година, главно африкански деца.
- Преваленцијата на маларија е значително намалена во последните години.
- Најголем дел од заболените и од смртните случаи се случуваат во тропска Африка.
- P. falciparum е најчест тип на маларија, одговорен за околу 90% од сите случаи во целиот свет.
- Зголемување на резистенцијата кон лековите на маларичниот паразит ги прави проблематични профилаксата и третманот на болеста.
- Разни публикации се достапни што се односува на ендемските области.

ИНКУБАЦИЈА

- P. falciparum маларија: најмалку една недела, обично 2-4 недели, ретко варира до неколку месеци
- Други видови маларија: најмалку 2-4 недели, често неколку месеци
- Латентните црнодробни форми на P. vivax и P. ovale (хипнозоити) може да предизвикаат појава на симптомите по неколку месеци, па дури и по неколку години, од првичната инфекција, дури и ако била користена соодветна хемиопрофилакса за маларија.

СИМПТОМИ

- Покачена температура
  - Често со треска
  - Интермитентно
    - P.vivax, P.ovale: на секои 2 дена
    - P.malariae: секои 3 дена
    - P.knowlesi: дневно
  - Температурата кај P. falciparum маларија нема редовна шема.
- Главоболка, мијалгија
- Абдоминална болка, дијареа, било кои други симптоми
- Кај малите деца може, покрај покачената температура да се јават и неспецифични општи симптоми, како што се анорексија, немир и раздразливост.
- Покачената температура може да биде сосема отсутна кај доенчињата, и само општи и ЦНС симптоми може да се појават.
- Лице кое потекнува од ендемско подрачје може да има делумен имунитет против маларија и кај истото болеста може да се јави со благи симптоми или без симптоми. Кај една бремена жена имигрант единствен клинички знак на маларија може да биде анемија.
- Стекнатиот парцијален имунитет обично исчезнува во рок од неколку години откако лицето ја напушта ендемската област на маларијата и откако постојаната изложеност престанува.

КОМПЛИКАЦИИ

- P.falciparum е способен да ги инфицира еритроцитите од секоја старост што води до паразитемија која надминува 2% и компликации.
- P.knowlesi инфекција може да доведе до високо ниво на паразитемија и компликации.
- P.vivax и P.ovale ги инфицираат само младите црвени крвни зрнца додека P.malariae само постарите, затоа тие обично не доведуваат до компликации; P.vivax инфекција може, сепак, понекогаш да се поврзе со компликации.

- Дури и еден од следниве симптоми или знаци е доволно да сугерира сериозна или комплицирана маларија кај возрасни:
  - невролошки симптоми, сомноленција, конвулзии (церебрална маларија)
  - респираторен дистрес, пулмонален едем, ARDS
  - олигурија, бубрежна инсуфициенција
  - шок (систолен крвен притисок <80 mmHg)
  - ДИК, хеморагична дијатеза, жолтица
  - тешка анемија (Hb <70 g / l)
  - хипогликемија, ацидоза, висока серумска концентрација на лактати, тешка хемолиза.

ЛАБАРАТОРИСКИ НАОДИ

- Маларија е често асоцирана со леукоцитопенија и тромбоцитопенија, а подоцна и анемија.
- Нивото на ЦРП е често умерено покачено (40-100 мг / л).
- Концентрациите на плазма креатинин и на хепаталните ензими се често покачени.
- Хемолиза.

ДИЈАГНОЗА НА МАЛАРИЈА

- Мора да се смета за итна состојба!
- Дијагнозата на маларијата во принцип може да се спроведе во било кој ургентен центар или болница со лабораторија, која нуди услуги на повик. Националните упатства важат за тоа кога и како да се јавите на локалната референтна лабораторија за маларија за стручни совети. Референтните лаборатории, исто така, вршат надзор на сите пријавени случаи на маларија и може да побара, на пример, дупликат примероци од потврдени случаи.
- Капиларна крв од прстот, по можност при треска се зема за идентификација на паразитите.
  - 3-4 тенкослојни препарати (размаски) од кои барем еден треба да биде фиксиран, обоен и итно испитан под микроскоп на зголемување 1:1000 во лабораторијата. Вообичаениот May-Grunwald-Giemsa боење може да се користи, но подобро е обичен Giemsa раствор.
  - 3-4 густослојни препарати. Се стават 2-3 капки на капиларна крв на крајот на на 2 × 2 cm предметно стакло, се разнесуваат со триење со стаклена прачка за околу 30 секунди, и се остава да се исуши, не се фиксира.
- Во согласност со локалните инструкции, подготвените тест препарати се испраќаат до специјализирана лабораторија за паразитологија за потврдување на дијагнозата, идентификација на видовите и за утврдување на процентот на паразитемијата.
- Препаратите се испраќаат во лабораторија без да бидат фиксирани или обоени. Упатницата треба да содржи податоци за патната историја на пациентот, информации за хемиопрофилакса, евентуален третман на маларијата како и адресата и телефонскиот број на единицата која упатува.
- Еден негативен примерок не ја исклучува маларијата. Земање мостри треба да се повтори по 3-4 часа и за време на скок на температурата.
- Целта е да се добијат најмалку 3 до 4 примероци во рок од 48 до 72 часа.
- Брзи дијагностички тестови врз основа на антиген детекција може да се користат надвор од работното време, но тие не се препорачуваат без да се направи барем краток микроскопски преглед на примерокот. Густа и тенка крвна размаска мора да биде земена во секој случај и да се испита што е можно поскоро во текот на работното време.
- Повеќе детални инструкции во врска со дијагноза на маларија се достапни од локални извори или од СЗО.

ЛЕКУВАЊЕ НА МАЛАРИЈАТА

- Секогаш кога е возможно, пациент со маларија треба да се третира во болница.
- Третманот на сериозна или комплицирана маларија треба да се врши на оддел за интензивна нега.
- Антималаричниот третман треба да се започне без одлагање.

- Инфектолог секогаш треба да биде консултиран.
- Повеќе детални инструкции во врска со третманот на маларијата се достапни од локални извори или од СЗО.
- Третирај како за *P. falciparum* маларија додека се докаже типот на маларијата.

P.falciparum и P. Knowlesi маларија

1. Тешко болен пациент, комплицирана маларија, паразитемија над 5% или пациент кој повраќа:
   1. Прва линија третман е интравенски артесунат (достапен само на индивидуална основа на име пациентот) 2,4 mg/kg. Дозата да се повтори по 12 часа и 24 часа, потоа со еднодневна доза додека пациентот може да се префрли на орален третман (комбиниран производ од артеметер и лумефантрин), од кој мора да се даде комплетниот третман.
      - ако пациентот доаѓа од границите на тајландска Камбоџа или тајландски Мјанмар, артесунат мора да се комбинира со интравенски доксициклин.
   2. За време на првиот триместар од бременоста, и ако артесунат не е на располагање, се користи кинин хидрохлорид интравенски (достапен само на име на пациентот). Иницијална доза е 15-20 mg/kg во 500 ml раствор на 5% гликоза како инфузија во тек на 4 часа, а потоа доза од 10 mg/kg како инфузија во тек на 4 часа на секои 8 часа (максималната единечна доза од 1500 mg не смее да биде надмината). Кинин се комбинира со доксициклин во доза од 3 mg/kg / ден поделено во 2 дози, пер ос или интравенски. Кај деца под 8 години и кај бремени жени се дава кинин во комбинација со клиндамицин интравенски во доза од 5 mg/kg на секои 8 часа, по иницијална доза од 10 mg/kg.
      - Кинин може да предизвика хипотензија, хипогликемија и аритмии.
      - Пер ос администрацијата треба да почне што е можно поскоро.
2. Пациент кој не е добро, нема компликации и паразитемијата е <5% (<2% за пациент кој не доаѓа од ендемична област) и е во состојба да се зема лекови преку уста:
   1. Прва линија третман е комбиниран производ на артеметер и лумефантрин (артеметер 20 mg + 120 mg лумефантрин (ннд- **В**), достапен само на име на) пер ос.
      - При тежина над 35 kg: 4 таблети (25-35 кг: 3 таблети; 15-24 kg: 2 таблети; 5-14 кг: 1 таблета); истата доза се повторува по 8, 24, 36, 48 и 60 часа.

   2. Прва линија третман за време на првиот триместар од бременоста, и алтернативен третман ако комбинација од артеметер и лумефантрин не е достапна, орален кинин 10 mg/kg три пати на ден во тек на 7 дена (250 mg таблети, на располагање само на именуван пациент). Доволно доза за возрасни е обично 500-750 mg три пати на ден. Кинин во комбинација со доксициклин 100 mg двапати дневно, со клиндамицин 450 mg три пати на ден кај бремени жени или со клиндамицин 20 mg/kg/ден поделено во 3 дози кај деца на возраст под 8 години.

   3. Комбиниран производ на atovaquone и proguanil (atovaquone 250 mg + proguanil 100 mg (ннд- **В**)) е алтернатива. Дозата за возрасни е 4 таблети еднаш дневно во тек на 3 дена со храна. Друга алтернатива е орален мефлокин со вкупна доза од 25 mg/kg (иницијална доза за возрасни е 750-1000 мг, проследено со 250-500 mg по 6-8 часа).

P. vivax, P. ovale- или P. malariae маларија

- Орален хлороквин, со вкупна доза од 40 mg хлороквин фосфат /кг. Возрасни: единечна доза од 4 таблети од 250 mg, проследено со 2 таблети 6-8 часа подоцна, а потоа 2 таблети еднаш дневно наредните 2 дена. Вкупната доза за деца е поделена на сличен начин.
- Антималаричните лекови кои се користат кај P. falciparum маларија се исто така ефикасни.
- Со цел да се постигне радикално излекување кај P. vivax и P. ovale маларија, хлороквин третман мора да биде проследен со primaquine (достапно само на име на пациент). Дневната доза за возрасни е 15 mg (primaquine база), или 30 mg ако инфекцијата е стекната во Југоисточна Азија или Океанија, во тек на 2 недели. Дозата за деца е 0.25 mg/kg/ден во тек на 14 дена.

- Primaquine може да предизвика сериозна хемолиза кај пациенти со недостаток на G6PD. Недостатокот се сретнува во медитеранските земји, Блискиот Исток, Азија и Африка. Недостаток на G6PD се јавува ретко кај белата раса. G6PD активноста во еритроцитите мора да се утврди кај пациентите од ризични групи, пред да се спроведе тратман со примаквин.

Ограничувања на антималаричниот третман кај деца и бремени жени

- Артесунат не треба да се користи во првиот триместар, освен ако е добро оправдано.
- Производ комбинација од артеметер и лумефантрин е контраиндициран за време на бременоста.
- Доксициклин е контраиндициран за време на бременоста и кај деца на возраст под 8 години.
- Производ комбинација од atovaquone и proguanil е контраиндициран за време на бременоста и кај деца со телесна тежина помала од 5 кг.
- Мефлокин не е препорачливо да се користи за третман на маларија во текот на првиот триместар, а е контраиндициран кај деца со телесна тежина помала од 5 кг.
- Primaquine е контраиндициран за време на бременост и доење.

ПРОГНОЗА

- Стапката на морталитет од нелекувана маларија е 20%. Морталитетот на лекувана маларија во развиените земји е околу 1%.

ПРЕВЕНЦИЈА

- Лекарите кои ги советуваат патниците треба да имаат детално познавање за постојаното менување на епидемиологија на маларија и на препораките за профилакса. За одредени географски области препораките што се однесуваат на маларија хемиопрофилакса, треба да бидат проверувани од официјални веб-страни.
- Anopheles комарци касаат меѓу самракот и зората. Избегнување на каснување од комарец и употребата на хемиопрофилакса се подеднакво важни во превенцијата на маларија.
- Патникот мора секогаш да се потсети дека нема режим на хемиопрофилакса кој може да обезбеди комплетна заштите. Доколу се јави покачена температура по враќање на патникот дома, треба да се побара медицински совет и треба да се земат примероци за да се испита маларија

ОДБЕГНУВАЊЕ НА КАСНУВАЊАТА ОД КОМАРЦИ ВО ЕНДЕМСКИТЕ ОБЛАСТИ

- Механичка заштита
  - Носење облека која адекватно ја покрива кожата во период помеѓу самрак и зора. Носење облека со светли бои во тек на вечерните часови. Облеката може да се третира со перметрин (ќе остане на алиштата и по неколку перења, а не ги уништува)
  - Примена на мрежи за комарци на прозорите и вратите, (по можност со импрегниран перметрин (ннд- А)) како и креветски мрежи кои треба да бидат подвиткани под душекот.
  - Елиминација на комарците од местата на живеење особено од спалните соби.
- Репеленти за комарци (diethyltoluamid DEET) треба да се користат на откриена кожа при излегување надвор во вечерни часови (во мрак).

ХЕМОПРОФИЛАКСА НА МАЛАРИЈА

Хемопрофилакса кај возрасни

- Упатства специфични за одредена држава треба да бидат консултирани по однос на препораки за хемиопрофилакса.
- Ризикот од маларија е највисок во тропска Африка.

- Изборот на антималарични лекови за хемопрофилакса во поголемиот дел од ендемските области се мефлокин, производи комбинација од atovaquone и proguanil, и доксициклин; овие производи се сите со еднаква ефикасност (ннд- **А)**
- Факторите кои влијаат на индивидуалниот избор на антималаричните лекови вклучуваат: времетраење на патувањето, возраст на патникот, можна бременост, потенцијални контраиндикации на лекот, постоечки хронични болести, како и желби на патникот по однос на фреквенцијата на земање на лековите, времетраење на лекувањето како и трошоците на режимот.
- Мефлокин
  - 250 mg таблети: 1 таблета /неделно за возрасни, еден пакет содржи 8 таблети
  - Се почнува една недела пред експозицијата и се продолжува 4 недели по експозицијата.
  - Не да се препишува ако лицето има историја на психолошки нарушувања или конвулзии (ннд- **А)**
  - За региони каде постои маларија од P.falciparum отпорен на хлороквин.
- Производ комбинација на atovaquone и proguanil
  - Atovaquone 250 mg + 100 mg proguanil: 1 таблета / ден за возрасни, еден пакет содржи 12 таблети
  - Започнете 1 ден пред експозицијата и продолжете 1 недела по изложувањето.
  - Треба да се земе со масна храна.
  - За региони каде што се случува маларија од P. falciparum отпорен на хлороквин или мефлокин.
- Доксициклин
  - 100 mg таблета: 1 таблета / ден за возрасни
  - Започнете 1 ден пред експозицијата и продолжете 4 недели по експозицијата.
  - За региони каде што се случува маларија од P. falciparum отпорен на хлороквин или мефлокин.
- Хлороквин
  - Ефективен против P.falciparum само во Централна Америка, Карибите, Блискиот Исток и одредени делови од Азија.
  - 250 mg таблета: 2 таблети / неделно за возрасни
  - Почнете 1 недела пред експозицијата и продолжете 4 недели по експозицијата.
- Користење на хемиопрофилакса е особено важно во текот на бременоста, бидејќи за време на бременоста маларијата брзо може да стане тешка состојба и ќе резултира во спонтан абортус или предвремено породување. Безбедни лекови се мефлокин, хлорокин и комбинација на хлороквин и прогванил (последниве се ефикасни само во неколку региони) (ннд- **С**), Спречување на каснување од комарец за време на бременоста е од особено значење; DEET репеленти може да се користат.

Хемопрофилакса кај деца

- Види табела 1
- Профилаксата кај деца е од особено значење затоа што болеста може да се искомпликува многу побргу отколку кај возрасните.
- DEET репелентите може да се користат од двомесечна возраст па натаму
- Таблетите за маларија со лош вкус треба да се здробат и да се помешаат со овошен сок со јак вкус и да им се даваат со шприц преку уста. Во некои земји за деца се достапни сирупи на хлороквин.
- Комбинација на atovaquone-proguanil може да се користи кај деца со тежина над 5 кг. Сепак производителите не препорачуваат таблетите наменети за возрасни да се користат кај деца со телесна тежина под 40кг. Достапни се посебни таблети за педијатриска примена (atovaquone 62.5 mg + proguanil 25 mg) (достапни само индивидуално на име на пациент).

Табела 1. Хемопрофилакса на маларија кај деца

Лек (таблети)	**под 1 год.**	**1-4 год.**	**5-8 год.**	**9-15 год.**	
За деца тешки над 45кг се дава доза за возрасни.					
Mefloquine 250 mg	1/4(тел. Тежина 5-10kg)	1/4tbl	1/2 tbl	3/4 tbl	неделно
Atovaquone 62.5 mg + proguanil 25 mg	–	11–20 kg: 1 tbl	21–30 kg: 2 tbl	31–40 kg: 3 tbl	за 24h
Doxycycline 100 mg	–	–	–	1/2–1 tbl	за 24h
Chloroquine phosphate 250 mg	1/4 tbl	1/2	1	1½	неделно

ДИЈАГНОЗА, ТЕРАПИЈА И ПРЕВЕНЦИЈА НА МАЛАРИЈАТА КАЈ ПАТНИЦИ – ПОВРЗАНИ ИЗВОРИ

Поврзани извори
22.2.2010

- Cochrane-ови прегледи
- Други резимеа со докази
- Интернет извори
- Литература

COCHRANE-ОВИ ПРЕГЛЕДИ

- SPf66 вакцината може да обезбеди умерена заштита (околу 25%) од маларија предизвикана од Plasmodium falciparum маларија, меѓутоа користа од вакцината е проценувана во студии надвор од Африка (ннд- **B**).
- Комбинација на amodiaquine и sulfadoxine-pyrimethamine за некомплицирана маларија изгледа го редуцира неуспехот на третманот во споредба со другиот даден сам. Ефикасноста зависи од постоечкото ниво на паразитната резистенција на поединечните лекови (ннд-**B**).
- Амодиаквинот е поефикасен од хлороквинот за очистување на паразитотот, но изгледа не е поефикасен од sulfadoxin/pyrimetamin (ннд- **B**).
- Режимот со висока прва доза изгледа го смалува периодот на трески и температура и времето на исчезнување на паразитот при тешката маларија (ннд- **B**).
- Chlorproguanil-dapson (3 дози, 2 мг) може да има некаква предност во однос на sulfadoxin-pyrimethamin во лекувањето на маларијата, но се потребни дополнителни студии. Потенцијалните несакани ефекти се почести при употребата на chlorproguanil-dapson (ннд-C).
- Artesunate (10 мг) плус mefloquine (25 мг/кг) делува подобро од mefloquine сам за третман на некомплицирана фалципарум маларија во областите со ниска трансмисија (ннд-**A**).
- Sulfadoxine-pyrimethamine плус amodiaquine делува подобро од sulfadoxine-pyrimethamine плус artesunate за третман на некомплицирана маларија. Локалните резистентни соеви треба внимателно да се разгледаат (ннд-**B**).
- Профилаксата и повремениот третман со антималарични лекови ја редуцира клиничката маларија и тешката анемија кај претшколските деца. Нема доволно докази за да се докаже ефектот на морталитетот (ннд-**A**).
- Лековите дадени рутински за маларија во текот на бременоста ја намалуваат тешката анемија кај мајката, ја зголемуваат родилната тежина и може да ја намалат перинаталната смртност (ннд-**B**).
- Рутински даден phenobarbitone кај церебралната маларија, се чини, предизвикува повеќе смртни случаи, во споредба со плацебо, иако е ефикасен за конвулзиите (ннд-**C**).
- Електронските направи против комарци, се чини, не се ефикасни во спречувањето на каснувањето од комарци и инфекцијата од маларија (ннд-**B**).

- Доказите за изведување на заклучоци за тераписките опции кај маларијата кај бремени се инсуфициентни. Некои комбинации изгледа се ефикасни за третман на маларијата во текот на бременоста, но, сепак, безбедни податоци се ограничени (ннд-**D**).
- Arteether изгледа не е полош од quinine за третман на тешка маларија кај децата, иако доказите се инсуфициентни (ннд-**D**).
- Стероидите како додаток на антималаричниот третман, се чини, не го намалуваат морталитетот кај церебрална маларија, во споредба со антималаричниот третман сам и изгледа го зголемува гастроинестиналното крварење и нападите (ннд-**C**).
- Artemisinin-basirana комбинирана терапија (ACTs) изгледа е високо ефективна за третман на некомплицирана маларија. Dihydroartemisinin-piperaquine изгледа е друг ефикасен прва-линија третман за P. falciparum маларија (ннд-**B**).

ДРУГИ РЕЗИМЕА СО ДОКАЗИ

- Parasight F тестот може да биде користен за дијагнозата на маларијата, но не може да ја замени микроскопијата (ннд- **C**).
- Artemether се чини е исто толку ефикасен како quinine во третманот на тешка маларија (ннд-**B**).
- Додатни 3 дена терапија со artesunate на стандардната антималарична терапија значително го намалува неуспехот на терапијата, рекрудесценциите и гаметоцитното носителство (ннд- **A**).

ИНТЕРНЕТ ИЗВОРИ

- Malaria. ORPHA673 1

ЛИТЕРАТУРА

1. Askling HH, Bruneel F, Burchard G, Castelli F, Chiodini PL, Grobusch MP, Lopez-Velez R, Paul M, Petersen E, Popescu C, Ramharter M, Schlagenhauf P, on behalf of the European Society for Clinical Microbiology and Infectious Diseases Study Group on Clinical Parasitology: Management of imported malaria in Europe. Malar J 2012, 11:328.
2. Guedes S, Siikamäki H, Kantele A, Lyytikäinen O. Imported Malaria in Finland 1995-2008: An Overview of Surveillance, Travel Trends and Antimalarial Drug Sales. J Travel Med. 2010;18:239-244.
3. Siikamäki H, Kivelä P, Lyytikäinen O, Kantele A. Imported malaria in Finland 2003-2011: prospective nationwide data with rechecked background information. Malar J 2013;in press
4. Lalloo DG, Hill DR. Preventing malaria in travellers. BMJ 2008 Jun 14;336(7657):1362-6. PubMed
5. Rosenthal PJ. Artesunate for the treatment of severe falciparum malaria. N Engl J Med 2008 Apr 24;358(17):1829-36. PubMed
6. Chen LH, Wilson ME, Schlagenhauf P. Controversies and misconceptions in malaria chemoprophylaxis for travelers. JAMA 2007 May 23;297(20):2251-63. PubMed

1. **EBM Guidelines, 28.03.2014, www.ebm-guidelines**
2. **Упатството треба да се ажурира после 3 години**
3. **Предвидено следно ажурирање во 2017 година**

Упатството го ажурирала: Проф. Др. И. Кондова Топузовска
Координатор: Проф. Др. К. Зафировска

1491.

Врз основа на член 27 став (1) од Законот за здравствената заштита („Службен весник на Република Македонија“ број 43/12, 145/12, 87/13, 164/13, 39/14, 43/14, 132/14, 188/14 и 10/15), министерот за здравство донесе

У П А Т С Т В О
ЗА МЕДИЦИНСКОТО ЗГРИЖУВАЊЕ ПРИ ТРУЕЊЕ СО ХРАНА

Член 1

Со ова упатство се утврдува медицинското згрижување при труење со храна.

Член 2

Начинот на медицинското згрижување при труење со храна е даден во прилог, кој е составен дел на ова упатство.

Член 3

Здравствените работници и здравствените соработници ја вршат здравствената дејност на медицинското згрижување при труење со храна по правило согласно ова упатство.

По исклучок од став 1 на овој член, во поединечни случаи по оценка на докторот може да се отстапи од одредбите на ова упатство, со соодветно писмено образложение за причините и потребата за отстапување и со проценка за натамошниот тек на згрижувањето, при што истото од страна на докторот соодветно се документира во писмена форма во медицинското досие на пациентот.

Член 4

Со денот на влегувањето во сила на ова упатство престанува да важи Упатството за практикување на медицина заснована на докази при труење со храна („Службен весник на Република Македонија“ бр. 12/13)..

Член 5

Ова упатство влегува во сила наредниот ден од денот на објавувањето во „Службен весник на Република Македонија“.

Бр. 17-2514/1
27 февруари 2015 година
Скопје

Министер,
Никола Тодоров, с.р.

Прилог

ТРУЕЊЕ СО ХРАНА

МЗД Упатства
27.11.2013 • Последна промена 27.11.2013
Tapio Pitkänen i Lena Sjöberg-Tuominen

- Основни податоци
- Дефиниција
- Етиологија и симптоми
- Историја на болеста
- Лекување
- Разјаснување (откривање) на причината за појава на епидемија
- Пријавување на надлежните
- Референци

ОСНОВНИ ПОДАТОЦИ

- Лекувањето на пациентите е симптоматско ако етиолошкиот причинител не е познат, освен на ботулизмот. За терапија се одлучуваме ако е познат причинителот на труењето со храна.
- Целта е да се запре епидемиската појава и да се докаже причинителот.
  - Примероци од изметот би требало да се земат не само од болниот/ите, но и од лицата со или без симптоми кои се наоѓаат околу болниот или се во врска со него. Во случаите на епидемиска појава, примероците од изметот треба да се испитуваат за Salmonella, Shigella, Campylobacter и Yersinia, како и за присуство на вируси.
  - Сомнението за хидрична епидемија или епидемиската појава кај голема група луѓе е индикација за скрининг на примероците од изметот на овие болни. Целната група и бројот на иследуваните лица се одредуваат од страна на одговорните лица.
  - Треба да се земат примероци и од сомнителната храна.

ДЕФИНИЦИЈА

- Труењето со храна е предизвикано од бактерија, бактериски токсин/и или вируси. Симптомите се јавуваат неочекувано, набрзо по јадењето загадена храна, главно, во текот на 24 часа. Во случаите каде предизвикувачи на труењето се Salmonella и Campylobacter периодот на инкубација може да биде подолг.

ЕТИОЛОГИЈА И СИМПТОМИ

- Најчести предизвикувачи на труењето со храна се:
  - Бактериите: Staphylococcus aureus, Clostridium perfringens, Bacillus cereus, Salmonella и Campylobacter
  - Вирусите: норовирус (калицивирус) кој е најчест причинител на алиментарни или хидрични епидемии, ротавирус, SRSV (small round structured viruses), аденовирус, астровирус, SRSV ги засегаат сите возрасни групи; останатите вируси ги засегаат, главно, децата.
  - Други предизвикувачи и непознати причинители.
- Труењето со храна во други земји често е предизвикано од некој тип Salmonella.
- Ботулизам
  - Ретко но тешко труење предизвикано од бактерија која се сретнува во почвата - Clostridium botulinum.
  - Вообичаено, настанува од ингестија на домашни производи, месо, риба, зеленчук, дури и сок од морков.

- Симптомите: премаленост, конфузност и сувост во устата почнуваат во текот на 12 до 36 часа од ингестијата на токсинот. Во исто време или во тек на 3 дена се развиваат невролошки симптоми: симптоми од страна на видот (мидриаза, диплопија), потешкотии со голтањето и мускулна слабост.
- Прашина и мед биле детектирани како можни извори на ботулизам кај деца. Инфекцијата е поради продукција на токсин во гастроинтестиналниот тракт.
- Отсуствуваат симптомите од страна на гастроинтестиналниот тракт.
- Диференцијалната дијагноза ги вклучува Guillain–Barré синдромот, полиомијелит, енцефалитис и местенија гравис.
- Иако болеста е ретка, важно е да се познава и да се идентификува за да може раниот третман (антитоксин, асистирана вентилација) да му го спаси животот на болниот.
- За најчестите симптоми при труењата предизвикани од бактерии видете ја табелата бр. 1.

Табела бр. 1. Симптоми од труење со храна предизвикано од бактерии

	Staph.aureus	**Cl.perfringens**	**B. cereus**	**Salmonella**
Почеток	Неочекуван	Неочекуван	Неочекуван	Често неочекуван
Инкубација	3–4 h (1–6) h	10–12 h (- 20) h	8–16 h	6–72 h
Повраќање	Речиси секогаш	Ретко	Ретко	Често
Пролив	Тежок	Тежок	Тежок	Обичен
Болка во стомакот	Умерена	Силна	Силна	Умерена
Покачена температура	Невообичаено	Невообичаено	Невообичаено	Вообичаено
Чуство на болеста – тежина на болест	Тешка, неочекувана	лесна	лесна	Вообичаена
Болка во зглобовите	Нема	Нема	Нема	Може да се појави
Траење на симптомите	5–12 h	6–24 h	6–24 h	Неколку дена

Табела 2. Бактериски труења во САД

Бактериски тип	**Од храна предизвикани %**
Се проценува дека годишно во САД бројот на труења со храна е 76 милиони. Од нив, кај 325 000 е потребен хоспитален третман, а проценето е дека бројот на смртни случаи е 5 000.	
Bacillus cereus	100
Clostridium botulinum, кој потекнува од храна	100
Brucella spp	50
Campylobacter spp	80
Clostridium perfringens	100
EHEC	85
Listeria monocytogenes	99
Salmonella Typhi	80
Други salmonellas	95
Shigella spp	20
Staphylococcus aureus	100
Streptococci, кои потекнуваат од храна	100
Vibrios	50–90
Yersinia enterocolitica	90

ИСТОРИЈА НА БОЛЕСТА

- Точно време на почетокот на симптомите.
- Опис на симптомите: пролив, повраќање, покачена температура, болки.
- Податоци за патување во странство минатите неколку недели.
- Податоци за јадењата минатите 24 часа.
  - Кои јадења и кој ги приготвил?
  - Каде се јадело?
  - Кој сè и колкумина јаделе од истата храна?
  - Колкумина се разболеле?
  - На кое јадење се сомнева болниот?
- Дали пациентот и припаѓа на ризичната група за ширење на салмонела на работното место?
  - Професионалци во прехранбената индустрија.
  - Персонал кој се грижи за болни и изнемоштени.
  - Школски деца.
  - Деца од дневен престој.
- Тежината на клиничката слика при труењето со храна зависи од возраста (новородените, доенчињата и постарите возрасни групи се повулнерабилни) и пациентите со хронични заболувања.

ЛЕКУВАЊЕ

- Доволно течности, од кои барем 1/3 да биде слична на оралниот перорален раствор (ОПР).
- Одмор (мирување) ако е неопходно; оздравувањето настапува за 1 до 2 дена.
- Симптоматска терапија при перзистентна дијареја како дополнување на терапијата со течности.
- Ако се сомнева за Salmonella или Campylobacter, се одлучува за давање антибиотици кај новородените, постарите и хроничните болни.
  - Совет околу хигиената во тоалет: по дефекација секогаш пред да се допрат производителе за приготвување на храна рацете треба да се измијат со топла вода и сапун. Потоа рацете треба да се исушат (избришат) со хартиени шамичиња за бришење раце или салфета која потоа се фрла. Новите норвалк вируси се екскретираат од изметот од 2 до 8 недели.
  - Пациентите треба да одбегнуваат приготвување оброци за други лица.
  - Оние кои припаѓаат на ризичните групи, треба да бидат привремено отстранети од работа во кујни, училишта, установи за дневен престој (јасли, градинки) во текот на периодот кога имаат симптоми плус 24 часа. Ако личноста припаѓа во ризик-групата и е идентификуван како носител на бактериско заболување, по потреба суспензијата може да трае и подолго време.
- Да не се зема антибиотик дури не се земе примерок од изметот.

РАЗЈАСНУВАЊЕ (ОТКРИВАЊЕ) НА ПРИЧИНАТА ЗА ПОЈАВА НА ЕПИДЕМИЈА

- Кога ќе се појави група болни, раководителот на локалната служба за примарна здравствена заштита или друго надлежно лице за преносливи болести треба да направат евалуација на состојбата. Инспекторот за народно (јавно) здравје треба да земе примероци од изметот. Кога сомнението за труење со храна се појавува по редовното работно време, разумно е да се контактира кое било надлежно лице.
- Кога има сомневање дека инфекцијата потекнува од место за јавна исхрана, угостителски дуќани за брза храна, продавници за прехранбени производи, надлежното медицинско лице (инспектор) треба да го посети тоа место. Ако пациентот го направи тоа пред инспекторот, често се случува сомнителната храна да биде "потрошена“ или фрлена.
- Анамнезата од пациентот често дава податоци кои се однесуваат на соодветен микроорганизам или храна. Вообичаени инфективни медиуми се прехранбените производи кои содржат животински протеини и се сервираат ладни:
  - Лошо термички обработено или смрзнато месо и риба

- Ладно сечено месо и пилешко
- Остриги
- Никулци од грав, салати, сосови, смрзнати јагоди
- Јајца и мајонез
- Млечни производи, слатки
- Увозно месо, месни производи и сирење

- Од погоренаведените и суровите производи за приготвување оброци треба да се земат примероци за бактериолошко и/или вирусно иследување.
- Покрај производите треба да се проверат луѓето кои ракуваат со храната и приборот и садовите за приготвување храна.
  - Раце: рани, кожни промени – примерок (брис) за микробиолошко иследување.
  - Можни симптоми: ракувачите со храна кои се со симптоми треба да се отстранат од работното место, ако е очевидно тоа.
  - Прибор: ножови, даски за сечење, крпи, направи за сечкање, мелење, пасирање храна и слично.
- Примероците од изметот треба да се земат барем од неколку лица кои страдаат од пролив.

ПРИЈАВУВАЊЕ НА НАДЛЕЖНИТЕ

- Пријавувањето на надлежните треба да се направи при сомнение и потврда на епидемија на труење со храна во склад со локалните законски регулативи. Некои труења со храна (како, на пример, ентерохеморагична Escherichia coli (EHEC), shigella) треба да се пријават иако се јавил само еден случај.

РЕФЕРЕНЦИ

1. Caul EO. Viral gastroenteritis: small round structured viruses, caliciviruses and astroviruses. Part II. The epidemiological perspective. J Clin Pathol 1996 Dec;49(12):959-64. PubMed
2. Sheth AN, Wiersma P, Atrubin D, Dubey V, Zink D, Skinner G, Doerr F, Juliao P, Gonzalez G, Burnett C, Drenzek C, Shuler C, Austin J, Ellis A, Maslanka S, Sobel J. International outbreak of severe botulism with prolonged toxemia caused by commercial carrot juice. Clin Infect Dis 2008 Nov 15;47(10):1245-51. PubMed
3. Mead PS, Slutsker L, Dietz V, McCaig LF, Bresee JS, Shapiro C, Griffin PM, Tauxe RV. Food-related illness and death in the United States. Emerg Infect Dis 1999 Sep-Oct;5(5):607-25. PubMed

Претходни автори:
Aune Niittymäki
Последен пат прегледано за ажурирање 27.11.2013 • Последна промена 27.11.2013

Article ID: ebm00169 (008.043)
© 2012 Duodecim Medical Publications Ltd

1. **EBM Guidelines, 27.11.2013, www.ebm-guidelines**
2. **Упатството треба да се ажурира после 3 години**
3. **Предвидено следно ажурирање во 2016 година**

Упатството го ажурирала: Проф. Др. И. Кондова Топузовска
Координатор: Проф. Др. К. Зафировска

1492.

Врз основа на член 27 став (1) од Законот за здравствената заштита („Службен весник на Република Македонија“ број 43/12, 145/12, 87/13, 164/13, 39/14, 43/14, 132/14, 188/14 и 10/15), министерот за здравство донесе

У П А Т С Т В О
ЗА МЕДИЦИНСКОТО ЗГРИЖУВАЊЕ ПРИ ТОНЗИЛИТИС И ФАРИНГИТИС КАЈ ДЕЦА

Член 1

Со ова упатство се утврдува медицинското згрижување при тонзилитис и фарингитис кај деца.

Член 2

Начинот на медицинското згрижување при тонзилитис и фарингитис кај деца е даден во прилог, кој е составен дел на ова упатство.

Член 3

Здравствените работници и здравствените соработници ја вршат здравствената дејност на медицинското згрижување при тонзилитис и фарингитис кај деца по правило согласно ова упатство.

По исклучок од став 1 на овој член, во поединечни случаи по оценка на докторот може да се отстапи од одредбите на ова упатство, со соодветно писмено образложение за причините и потребата за отстапување и со проценка за натамошниот тек на згрижувањето, при што истото од страна на докторот соодветно се документира во писмена форма во медицинското досие на пациентот.

Член 4

Со денот на влегувањето во сила на ова упатство престанува да важи Упатството за практикување на медицина заснована на докази при тонзилитис и фарингитис кај деца („Службен весник на Република Македонија“ бр. 12/13)..

Член 5

Ова упатство влегува во сила наредниот ден од денот на објавувањето во „Службен весник на Република Македонија“.

Бр. 17-2513/1
27 февруари 2015 година
Скопје

Министер,
Никола Тодоров, с.р.

Прилог

ТОНЗИЛИТИС И ФАРИНГИТИС КАЈ ДЕЦА

МЗД Упатство
9.4.2014 • Последна промена на 9.4.2014
Marjukka Mäkelä

- Основни податоци
- Етиологија
- Симптоми и знаци
- Дијагноза
- Третман
- Референци

ОСНОВНИ ПОДАТОЦИ

- Индицирана е антибиотска терапија кај инфекции предизвикани од стрептококи од А групата дијагностицирани културелно или со брз антигенски тест. Кај останатите случаи е индициран симптоматски третман.
- Кај мали деца инфективната мононуклеоза пројавува само благи симптоми. Кај децата нема корист од третман со антибиотици, но третманот со амоксицилин во текот на болеста ќе предизвика појава на црвен точкест исип речиси кај секој пациент.
- Епидемии предизвикани од стрептокока треба да се идентификуваат и да се решаваат. Се знае дека контаминирани храна и млеко може да предизвикаат стрептококни епидемии.

ЕТИОЛОГИЈА

- Аденовирусите се најчести етиолошки агенси.
- Фарингитис предизвикан од стрептокока е редок кај деца помали од 3 години.

СИМПТОМИ И ЗНАЦИ

- Температура и болка во грлото се главни симптоми на стрептококна инфекција, но клиничката дијагноза не е веродостојна.
  - Аденовируси и други вируси може да предизвикаат ексудативен тонзилитис.
- Ако пациент со температура и болка во грлото во исто време има и кашлица и ринитис, поверојатно е дека има вирусна респираторна инфекција отколку стрептококна инфекција.
- Болно грло со исип честопати е предизвикано од аденовируси или други вируси.
- Болка во ушите може да ирадира во пределот на тонзилитет (и обратно).
- Стрептококен фарингитис може да предизвика абдоминална болка.

ДИЈАГНОЗА

- Брис од грло се зема и се испитува (со култура или со брз антиген тест) кај пациенти со гушоболка доколку постои сомневање за инфекција со стрептококи група А врз основа на поените од симтоматологијата (најмалку 2 поени од симптоми; види табела 1
- Не треба да се бараат бактерии различни од стрептококи.
- Брз културелен метод (Streptocult®) дава резултати за 24 часа. Ако се користи брз антигенски тест, негативниот резултат треба да се потврди со култура (кај деца помало од 3 години стрептококен тонзилитис е толку редок, така што негативен антигенски тест не треба да се контролира со култура).

Табела 1. McIsaac поени од симптоми при гушоболка (1)

Симптом	**Поени**
Податок за измерена температура ≥ 38°C	1 поен
Отсусвто на кашлица	1 поен
Осетлива предна цервикална лимфаденопатија	1 поен
Отечени тонзили или ексудат на тонзили	1 поен
Возраст помала од 15 години	1 поен
Возраст 45 години или повеќе	1 поен

ТРЕТМАН

- Треската и болката најдобро се третираат со парацетамол. (напроксен и ибупрофен се алтернатива) (ннд-**B**).
- Давање аналгетик половина час пред оброк го олеснува јадењето.
- Инфекции предизикани од А група стрептококи треба да се третираат со penicillin В 70mg/kg дневно (100 000 е.д./kg/24h), (ннд-**B**) или (кај пациенти со алергија на penicillin) cephalexin 50 mg/kg/24h , во две дози за 10 дена.
- Краткотрајна терапија со цефалоспорини (2 до 6 дена) може да биде ефикасно (ннд-В), но се поврзува со повеќе несакани ефекти. Пократка терапија може да се користи ако постои потешкотија од подолготрајно давање на антибиотик кај детето.. Макролиди се применуваат за третман на тонзилитис само кај пациенти со алергија на пеницилини или цефалоспорини.
- Поради контагиозноста, детето треба да се изолира од дневниот престој или училиштето до еден ден по започнување на антибиотската терапија. Траењето на отсуство од градинка или училиште се одредува според општата состојба, а не според етиолошкиот агенс.

РЕФЕРЕНЦИ

1. McIsaac WJ, White D, Tannenbaum D et al. A clinical score to reduce unnecessary antibiotic use in patients with sore throat. CMAJ 1998;158(1):75-83. PubMed

1. **EBM Guidelines, 9.4.2014, www.ebm-guidelines**
2. **Упатството треба да се ажурира после 3 години**
3. **Предвидено следно ажурирање во 2017 година**

Упатството го ажурирала: Проф. Др. И. Кондова Топузовска
Координатор: Проф. Др. К. Зафировска

1493.

Врз основа на член 27 став (1) од Законот за здравствената заштита („Службен весник на Република Македонија“ број 43/12, 145/12, 87/13, 164/13, 39/14, 43/14, 132/14, 188/14 и 10/15), министерот за здравство донесе

У П А Т С Т В О
ЗА МЕДИЦИНСКОТО ЗГРИЖУВАЊЕ ПРИ ДИЈАРЕАЛНИ БОЛЕСТИ ПРЕДИЗВИКАНИ ОД МИКРООРГАНИЗМИ

Член 1

Со ова упатство се утврдува медицинското згрижување при дијареални болести предизвикани од микроорганизми.

Член 2

Начинот на медицинското згрижување при дијареални болести предизвикани од микроорганизми е даден во прилог, кој е составен дел на ова упатство.

Член 3

Здравствените работници и здравствените соработници ја вршат здравствената дејност на медицинското згрижување при дијареални болести предизвикани од микроорганизми по правило согласно ова упатство.

По исклучок од став 1 на овој член, во поединечни случаи по оценка на докторот може да се отстапи од одредбите на ова упатство, со соодветно писмено образложение за причините и потребата за отстапување и со проценка за натамошниот тек на згрижувањето, при што истото од страна на докторот соодветно се документира во писмена форма во медицинското досие на пациентот.

Член 4

Со денот на влегувањето во сила на ова упатство престанува да важи Упатството за практикување на медицина заснована на докази при етиолошки причинители, клиничка слика и лекување на дијареја („Службен весник на Република Македонија“ бр. 49/14)..

Член 5

Ова упатство влегува во сила наредниот ден од денот на објавувањето во „Службен весник на Република Македонија“.

Бр. 17-2512/1
27 февруари 2015 година
Скопје

Министер,
Никола Тодоров, с.р.

Прилог

ДИЈАРЕАЛНИ БОЛЕСТИ ПРЕДИЗВИКАНИ ОД МИКРООРГАНИЗМИ

МБД Упатства
19.4.2012 • Комплетно ажурирано
Тимот за ажурирање на МЗД упатствата

- Основни информации
- Општа грижа за пациент со дијареа
- Индикации за хоспитализација
- Професии со висок ризик и инфективна дијареа
- Ентеротоксична Escherichia coli (ETEC)
- Ентерохеморагична Escherichia coli (EHEC)
- Salmonella typhi и paratyphi
- Нетифоидні салмонелі
- Shigella
- Campylobacter
- Yersinia
- Vibrio cholerae
- Clostridium difficile
- Rotavirus
- Norovirus
- Паразити
- Поврзани извори
- Референци

ОСНОВНИ ИНФОРМАЦИИ

- Најважно во третманот кај сите случаи на дијареа е да се обезбеди соодветна хидратација.
- Третман со антибиотици само треба да се размисли само кога предизвикувачот е изолиран.
- Третманот се определува според потврдените предизвикувачи и клиничката слика на пациентот.
- Задолжителна пријава се следниве дијареални болести: тифусна треска предизвикана од салмонела тифи, паратифус предизвикан од салмонела паратифи А, Б или Ц, шигела дизентерија, ЕХЕК инфекција и колера. Претставници на локалната власт мора да бидат информирани за сите горенаведени случаи согласно протоколите кои се специфични за секоја земја.
- Видете исто така упатства за патничка дијареа и Пристап кон акутна дијареа.

ОПШТА ГРИЖА ЗА ПАЦИЕНТ СО ДИЈАРЕА

- Рехидратацијата често е доволна како единствен третман.
- Во случај на здрав возрасен, соодветна хидратација обично може да се обезбеди во домот на пациентот. Овошен сок, вода и чај се примери на препорачани течности. Честа грешка е само да пијат засладени газирани пијалаци, која може да резултира со осмотска дијареа. Мали количини на храна се дозволени; исхрана нема да ја влоши дијареата.
- Во случај на тешка дијареа која трае неколку дена специјални производи кои содржат соли и шеќери достапни во аптеките може да се користат со цел да се спречи дехидрација.

- Лоперамид може да се користи како симптоматски третман, но тој не е погоден кај ентероколитис предизвикани од инвазивни бактерии (салмонела, Shigella), кој се карактеризира со висока температура и крвава дијареа.
- Децата, постарите лица и оние со коморбидност се склони кон компликации предизвикани од дехидрација, и тие мора да се особено внимателно да се опсервираат. Видете исто така упатство Дијареа и повраќање кај дете.

ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЈА

- При тешка абдоминална болка, и болна осетливост на палпација на абдомен: хируршки состојби мора да се имаат во предвид во диференцијалната дијагноза
- Изразена дехидрација која има потреба од терапија со интравенски течности
- Кардитис, панкреатитис, менингитис, холециститис или други тешки компликации поврзани со дијареа
- Тешка инфламација на зглобови (често присутни кај Yersinia инфекција)
- Тифус синдром (обично предизвикан од S. typhi)
- Гилен-Баре синдром по Campylobacter ентеритис

ПРОФЕСИИ СО ВИСОК РИЗИК И ИНФЕКТИВНА ДИЈАРЕА

- Високо-ризични професии се однесуваат на оние ситуации каде што ширењето на инфекцијата е можно од инфициран вработен или оние каде инфицираните лица имаат повисок ризик да се развијат компликации.
- Работа со висок ризик вклучува:
  - неонатални единици и објекти каде се подготвува храната наменета за новородени
  - објекти за водоснабдување каде има директен контакт со вода за пиење наменета за општа дистрибуција
  - работа каде што лесно расиплива храна се ракува со голи раце
  - краварски фарми, од каде што млекото се продава директно на потрошувачите.
- Еден вработен кој развива гастроентеритис /пролив мора да престане да работи работа со висок ризик, без оглед на причината на оваа состојба.
- Вработениот може да се врати на работа по 2 дена без никакви симптоми, освен ако од копрокултурите се изолирани салмонела, ЕНЕС или шигела во кој случај вработениот се држи надвор од работата.
- Кај салмонелоза, собирање на примероци за следење се започнува не порано од една недела по првиот добиен позитивен примерок. Мостри се земаат еднаш неделно до добиен прв негативен примерок. Примероци потоа може да се земаат на секои два дена додека се добиени три последователни негативни примероци.

ЕНТЕРОТОКСИЧНА ESCHERICHIA COLI (ETEC)

- E. coli бактериите секогаш потекнуваат или од човечки или од животински фецес.
- Ентеротоксичната Escherichia coli (ETEC) е најчеста причина за патнички пролив. Повеќето случаи се само-ограничувачки и се решаваат брзо без лекување.
- Со рутинска копрокултура не се открива овој патоген, изолацијата бара специфичен PCR метод. Сепак, обично не се прави обид да се изолира E. coli.
- Ако е суспектна ETEC дијареа, краток тридневен третман со флуорокинолони (ципрофлоксацин 500-750 mg двапати дневно, норфлоксацин 400 mg два пати дневно) може да биде од корист: пациентот ќе има дијареа за околу еден ден пократко и помалку релапси. Третманот треба да се почне околу 12 часа по почетокот на дијареата. Сепак, антимикробната терапија, во принцип треба да се избегнува без коректно земени примероци за анализа, а во повеќето случаи ETEC дијареата е санирана пред да се добијат резултатите од испитувањето на столицата (негативен резултат може да биде сугестивен за ETEC дијареа, но не ја исклучува можноста за вируси или паразити како предизвикувачки агенси).

- Орална вакцина против колера (Dukoral ®), исто така, дава краткорочна заштита против ЕТЕС дијареа.

ЕНТЕРОХЕМОРАГИЧНА ESCHERICHIA COLI (ЕНЕС)

- Хемолитично-уремичен синдром (HUS) предизвикан од ЕНЕС бактерии може да биде фатална состојба.
- Главниот резервоар на овој патоген е добитокот, бактериите се присутни во фекалии од добиток, а биле изолирани и од говедско месо.
- Не се препорачува состојбата да се третира со антибиотици (ннд-**D**) бидејќи уништувањето на бактериите предизвикува нагло обемно ослободување на токсини.
- Ако пациентот развива крвава дијареа или ЕНЕС е суспектна, примерок од столицата треба да се култивира и да се испитта за токсините. Прелиминарните резултати треба да бидат достапни во рок од еден работен ден по примање на примерокот.
- Голем број локални и национални протоколи се применуваат со цел пријавување на соодветните авторитети за болеста.

SALMONELLA TYPHI И PARATYPHI

- Системски инфекции предизвикани од серотипови кои се специфични за луѓето.
- Инфекција предизвикана од S. typhi се карактеризира со тифус синдром кој започнува по период на инкубација од 1-2 недели: главоболка проследена со висока температура, малаксаност, болки во стомакот, гадење и релативна брадикардија (т.е. срцевата фрекфенција е под 100 па дури и при температура повисока од 39°C). Дијареата често е доцен симптом.
- Salmonella paratyphi може да предизвика поблаги системски инфекции или само ентеритис.
- Сомневање на тифусна треска е доволно да се хоспитализира пациентот во болница, и откако се извадени хемокултури се дава: орален ципрофлоксацин 750 mg двапати дневно или интравенски цефтриаксон 2 g еднаш на ден во текот на 1-2 недели.
- Релапс се јавува кај околу 5% од пациентите.
- Достапни се два типа на вакцина против S. typhi инфекција: вакцина за орална администрација (Vivotif ®) и полисахариди вакцина за инјектирање (Typherix ®).

НЕТИФОИДНИ САЛМОНЕЛИ

- Алиментарна инфекција. Голем инокулум е обично потребен за да предизвика инфекција, и затоа бактеријата мора да биде способна да се размножи во храната пред да биде способна да предизвика инфекција.
- Чести патогени видови се Salmonella typhimurium и Salmonella enteritidis.
- Тие обично предизвикуваат ентеритис со ненадејна појава на дијареа, абдоминална болка и покачена температура.
- Кај постарите и имунокомпромитирани пациенти, инфекцијата може да биде сериозна поради дехидрација и сепса.
- Дијагнозата се базира на копрокултура.
- По дијагнозата, умерено тешка нетифусна салмонела дијареа се третира со ципрофлоксацин 750 mg двапати дневно или norfloxacin 400 mg два пати дневно во тек на 5 дена што е доволно да се излечат клиничките симптоми.
- Состојба на носителство која опстојува повеќе од 4 недели се третира со ципрофлоксацин 750 mg два пати дневно во текот на 2-3 недели. Оштетено жолчно ќесе може да биде причина за хронично носителство.
- За салмонела носителство кај вработен со професија со висок ризик: види погоре.

SHIGELLA

- Епидемиите се шират само преку пренос лице-во-лице.

- За разлика од салмонелозата, само мала количина на бактерии се потребни за да предизвикаат инфекција, и преносот преку директен контакт е исто така чест случај.
- Најтешката клиничката слика е предизвикана од серотипот S. dysenteriae. Други серотипови се S boydii, S flexneri и S sonnei.
- Клиничката слика личи на ентеритис предизвикан од салмонела, но дијареата често станува крвава затоа што шигела бактериите го напаѓаат цревниот ѕид полесно од салмонелите.
- Дијагнозата се базира на копрокултура.
- Пациентот нема да развие хроничн носителство, или во индустријализираните земји, имунитет.
- Повеќето случаи на инфекција со Шигела се третираат со антибиотици (ннд-**B**): норфлоксацин 400 mg два пати на ден или ципрофлоксацин 500 mg двапати дневно, третманот трае од 5-7 дена. Асимптоматските пациенти, исто така, мора да се третираат. Азитромицин и сулфа-триметоприм се корисни во третманот на деца.
- Во земјите каде што шигелозата е ендемична, антибиотици не се користат за лекување на благите форми на инфекција со цел да се забави развојот на резистенција кон лековите.
- Досега, ниту една вакцина не е на располагање.

CAMPYLOBACTER

- Во индустријализираните земји, Campylobacter инфекциите се најчеста причина за бактериска дијареа.
- Животните служат како извор на инфекција: неправилно приготвено месо, контакт со миленици. Кампилобактер е широко распространет и во живина.
- Campylobacter jejuni е предизвикувач во повеќето случаи (90-95%), а практично сите останати случаи се предизвикани од C. coli.
- Инфективна доза е само неколку стотини бактерии.
- Периодот на инкубација е 1-7 дена и дијареата трае 3-5 дена, но чувство на нелагодност може да трае значително подолго.
- Campylobacter ентеритис е само-ограничувачка состојба и пациентот често го поминува без интервенција, но пациентот е полошо отколку кај патничка дијареа предизвикана од ETEC.
- Дијагнозата се базира на копрокултура.
- Еден пациент кој е симптоматски при поставување на дијагнозата треба да се третира антибиотици. Лек од прва линија за возрасни е рокситромицин 150 mg двапати дневно за десет дена или друг макролидни. Макролид исто така, може да се користи кај бремени жени и деца. Втора линија лекови се доксициклин и амоксицилин-клавуланат и клиндамицин кај децата, Флуорохинолонска отпорност е широко распространета.
- По инфекции на респираторниот тракт, Campylobacter ентеритис е втората најчеста инфекција која му претходи на Guillain-Barre синдромот.

YERSINIA

- Yersinia се ентеробактерии кои живеат во животни. Пренос кај луѓето се случува преку консумација на храна контаминирана со Yersinia. Најчест извор на инфекција е свиња.
- Најчестит вид е Y. enterocolitica, друг патоген е Y. pseudotuberculosis.
- Периодот на инкубација обично е 4-6 дена.
- Некои од инфекциите поминуваат како благ или фебрилен ентеритис, други како мезентеричен лимфаденитис, кој може да имитира воспаление на слепо црево.
- Yersinia ентеритис обично завршува спонтано. Сепак, реактивниот артритис може да се развие како пост-инфективна компликација особено кај пациенти кои се позитивни на ХЛА-Б27 антиген.
- Дијагнозата се базира на копрокултура.

- Потешки случаи се третираат со флуорохинолони во нормални терапевтски дози за 7-10 дена. Тетрациклин 500 mg три пати на ден е алтернатива, а исто така може да се користи и интравенски цефтриаксон. Не е јасно дали третманот го спречува развојот на реактивниот артритис. Кај децата, може да се користи сулфа-триметоприм дозиран спрема телесната тежина.

VIBRIO CHOLERAE

- Трансмисијата настанува преку контаминирана вода или храна
- Самите вибриони не се инвазивни; отровот кој се излачува од бактериите е одговорен за симптомите.
- Периодот на инкубација варира од неколку часа до неколку дена.
- Симптомите вклучуваат ненадеен почеток на безболна дијареа и бројни обилни водени столици.
- Класичната болест, која брзо доведува до дехидрација, шок и често смрт ако не се лекува, сега е ретка. Поголемиот дел од случаите се јавуваат како релативно благи и само-ограничувачки дијареални болести.
- Колерата е заразна болест која задолжително се пријавува и при сомнителни случаи соодветна микробиолошка лабораторија треба да биде контактирана за инструкции во врска со собирањето на примерокот.
- Најважниот аспект на третманот е да се обезбеди рехидратација или со помош на раствори за орална рехидратација (ORS) (ннд- **C**) или терапија со интравенски течности.
- Антибиотици, кои се користат се флуорохинолони и тетрациклини.
- Релативно ефективна инактивирана орална вакцина (Dukoral ®) е достапна за превенција (ннд- **B**), која исто така ќе даде заштита и против ETEC инфекција.

CLOSTRIDIUM DIFFICILE

- *Clostridium difficile* е честа причина за дијареа асоцирана со антибиотици.
- Видете посебно упатство.

ROTAVIRUS

- Постои сезонски карактер на епидемиите од Ротавирус.
- Ротавирусна инфекција е честа кај децата на возраст повеќе од 6 месеци. Клиничка болест е ретка кај возрасните; сепак, епидемии се среќаваат во домовите за стари лица.
- Периодот на инкубација е 2-3 дена.
- Симптомите се пролив, покачена температура и повраќање.
- Болеста обично трае помалку од 5 дена по што вирусот продолжува да се излачува преку фецесот за околу една недела.
- Многу методи се достапни за изолација на ротавирус од примерок на столицата.
- Вакцинирањето на децата (на возраст од 2, 3 и 5 месеци) е можно со вакцина што содржи живи атенуирани вируси (RotaTeq ®). Вакцината се покажа ефективна (ннд- **A**) во значително намалување на случаите на дијареа, а особено во намалување на случаите на тешка болест (1).

NOROVIRUS

- Norovirus е вирус кој припаѓа на фамилијата Caliciviridae.
- Епидемиите имаат сезонски карактер ("болест на зимско повраќање ")
- Norovirus е најчеста причина на дијареални болести кај возрасните. Кај децата, тоа е втората најчеста причина за гастроентеритис, по ротавирусите.
- Периодот на инкубација е 12-36 часа.
- Инфекцијата предизвикува често истовремена појава на обилно повраќање, дијареа и лесно покачена температура.

- Оваа болест обично кратко трае (1-2 дена); а исто така се случуваат и асимптоматски инфекции.
- Екскрецијата на Norovirus во фецесот е најизразена 4-5 дена по почетокот на инфекцијата, но вирусната екскреција може да се открие и до околу еден месец.
- Имунитетот не е долготраен; истиот вирус може да предизвика нова инфекција по околу 6 месеци.
- Дијагнозата е потешко отколку кај ротавирус, иако големи количини на вирусот се екскретираат во фецесот. PCR анализа е најдобра дијагностичка метода.
- Нема вакцина на располагање.

ПАРАЗИТИ

- Дијареа предизвикана од паразити се карактеризира со трансмисија со посредство на циста. Цистите може да ја преживеат дезинфекцијата на водата за пиење и да опстанат долго надвор од човечкото тело. Исклучок е Dientamoeba, каде начинот на пренос не е познат.
- Стандарден примерок на фецес за паразити (по можност 3-5 последователни примероци) ќе ги изолира Giardia и амебите, но за изолација на Cryptosporidium и Dientamoeba потребни се посебни примероци.
- Види одделни упатства за џардијаза , амебијаза, криптоспоридиоза и dientamoebiasis.

Претходни автори:
Tapio Pitkänen
Posleden pat pregledano za a`urirawe 19.4.2012 • Posledna promena 19.4.2012
Article ID: ebm00175 (001.017)
© 2014 Duodecim Medical Publications Ltd

ДИЈАРЕАЛНИ БОЛЕСТИ ПРЕДИЗВИКАНИ ОД МИКРООРГАНИЗМИ- ПОВРЗАНИ ИЗВОРИ

Поврзани извори
23.9.2009
- Cochrane- ови прегледи
- Литература

COCHRANE-ОВИ ПРЕГЛЕДИ

- Кај луѓето со колера, примена на ОРС со намалена осмоларност може да биде поврзано со хипонатремија, во споредба со стандардните ОРС, но обезбедува други бенефити по однос на исходот (ннд- **C**).
- Азитромицин може да е супериорен во однос на флуорохинолоните и цефтриаксонот во лекување на некомплицирана тифусна и паратифусна треска кај хоспитализираните пациенти во земјите со низок и среден развој. Мерки на заштита ќе треба да се преземат за да се спречи видовите да станат отпорни на азитромицин (ннд- **C**).
- Флуорохинолоните се чини дека имаат сличен ефект за клиничкиот и микробиолошкиот неуспех како и другите антибиотици во третманот на тифусна и паратифусна треска. Студии за деца се неколку (ннд- **B**).

ЛИТЕРАТУРА

1. Pennington H. Escherichia coli O157. Lancet 2010 Oct 23;376(9750):1428-35. PubMed
2. DuPont HL. Clinical practice. Bacterial diarrhea. N Engl J Med 2009 Oct 15;361(16):1560-9. PubMed
3. Grimwood K, Buttery JP. Clinical update: rotavirus gastroenteritis and its prevention. Lancet 2007 Jul 28;370(9584):302-4. PubMed

РЕФЕРЕНЦИ

1. Clark HF, Bernstein DI, Dennehy PH ym. Safety, efficacy, and immunogenicity of a live, quadrivalent human-bovine reassortant rotavirus vaccine in healthy infants. J Pediatr 2004;144(2):184-90. PubMed

1. **EBM Guidelines, 19.04.2012, www.ebm-guidelines**
2. **Упатството треба да се ажурира после 3 години**
3. **Предвидено следно ажурирање во 2015 година**

Упатството го ажурирала: Проф. Др. И. Кондова Топузовска
Координатор: Проф. Др. К. Зафировска

1494.

Врз основа на член 27 став (1) од Законот за здравствената заштита („Службен весник на Република Македонија“ број 43/12, 145/12, 87/13, 164/13, 39/14, 43/14, 132/14, 188/14 и 10/15), министерот за здравство донесе

У П А Т С Т В О
ЗА МЕДИЦИНСКОТО ЗГРИЖУВАЊЕ ПРИ ПОКАЧЕНА ТЕМПЕРАТУРА КАЈ ПОВРАТНИЦИТЕ ОД ПАТУВАЊЕ

Член 1

Со ова упатство се утврдува медицинското згрижување при покачена температура кај повратниците од патување.

Член 2

Начинот на медицинското згрижување при покачена температура кај повратниците од патување е даден во прилог, кој е составен дел на ова упатство.

Член 3

Здравствените работници и здравствените соработници ја вршат здравствената дејност на медицинското згрижување при покачена температура кај повратниците од патување по правило согласно ова упатство.

По исклучок од став 1 на овој член, во поединечни случаи по оценка на докторот може да се отстапи од одредбите на ова упатство, со соодветно писмено образложение за причините и потребата за отстапување и со проценка за натамошниот тек на згрижувањето, при што истото од страна на докторот соодветно се документира во писмена форма во медицинското досие на пациентот.

Член 4

Со денот на влегувањето во сила на ова упатство престанува да важи Упатството за практикување на медицина засновано на докази при покачена температура кај повратниците од патување („Службен весник на Република Македонија“ бр. 12/13).

Член 5

Ова упатство влегува во сила наредниот ден од денот на објавувањето во „Службен весник на Република Македонија“.

Бр. 17-2511/1
27 февруари 2015 година
Скопје

Министер,
Никола Тодоров, с.р.

Прилог

ПОКАЧЕНА ТЕМПЕРАТУРА КАЈ ПОВРАТНИЦИТЕ ОД ПАТУВАЊЕ

МЗД Упатства
11.11.2013 • Последна промена 11.11.2013
Heli Siikamäki

- Основни податоци
- Комплетни дијагностички иследувања за болестите кај патниците
- Поврзани извори

ОСНОВНИ ПОДАТОЦИ

- Патниците може да се разболат од исти заболувања како и во сопствената земја.
- Патничката дијареја е најчестата инфекција асоцирана со патување. Респираторните инфекции се на второ место.
- Болестите кои го загрозуваат животот, сепса и маларија, треба да се дијагностицираат и третираат што побргу. Покачената температура кај патниците, кои доаѓаат од тропските предели, наведува да се мисли на маларија додека не се докаже нешто друго.
- Пациентот треба да биде проследен во поголема регионална болница или во универзитетска болница за итни проследувања. Ако пациентот се третира амбулантски треба да се следи.
- Да се консултира специјалист инфектолог од вашиот регион кога е потребно.

КОМПЛЕТНИ ДИЈАГНОСТИЧКИ ИСЛЕДУВАЊА ЗА БОЛЕСТИТЕ КАЈ ПАТНИЦИТЕ

- Најпрво, проценете дали можната маларија, септична инфекција, тешка дехидрација или нарушената општа состојба, со симптоми на крварење симптоми од страна на централниот нервен систем, потешкотии при дишењето, низок притисок, хепатална или бубрежна инсуфициенција, тешка анемија, тромбопенија или агранулоцитоза, бара неодложно упатување во болница.
- Распрашајте се за:
  - точната маршрута на патувањето (дестинации и распоред) од пред 6 месеци, или пред години, ако симптомите се пролонгирани,
  - сите симптоми и нивното временско појавување во врска со патувањето,
  - експозиција на инфекции (незаштитен секс, инјекции и трансфузии, каснување од инсекти, крлеж, животни, контакт со свежа вода, непастеризирано млеко и млечни производи),
  - медикаменти и можни третмани во текот на патувањето,
  - профилактичко вакцинирање и нивниот календар,
  - профилакса против маларија и нејзината регуларност,
  - симптомите кај сопатниците.
- Внимателен клинички преглед, заедно со инспекција на кожата на добро осветлување
- Лабораториски и рендгенографски проследувања
  - Густа капка од периферна крв и размаска за детектирање маларија. Најмалку една дамка треба да се испита веднаш vo najbliskata laboatorija. 2 до 3 стаклениа треба да се испратат веднаш до најблиската паразитолошка лабораторија. Ако првите примероци се негативни , нови примероци треба да се земат по 4 до 6 часа и, исто така, во текот на нападот. Потребни примероци пред да се исклучи маларија се најмалку 3 или 4 негативни примероци.

- Хемокултура x 2.
- Хемоглобин, леукоцити, диференцијална крвна слика, тромбоцити и серумски CRP.
- Аспартат и аланин аминотрансферази, алкална фосфатаза и билирубин во плазма.
- Плазма калиум, натриум и креатинин.
- Тест na urina.
- Копрокултури.
- Рендгенографија на белите дробови.

- Табелата бр. 1 ги прикажува болестите, на кои треба да се помисли спрема симптомите. Најверојатните причини (најчесто не се тропски болести) напишани се со болд (зацрнето).
- Видете ги, исто така, табелите бр. 2 и 3.

Табела бр. 1. Показатели за етиологијата на тропските болести врз основа на клиничките манифестации (најчестите причини се маркирани со *)

Показатели на клиничката манифестација
Белодробна инфекција
1. Пневмонија*
2. Легионелоза
– Покачена температура,Главоболка, мијалгија, конфузност, абдоминална болка, дијареја
3. Q треска
– Температура, главоболка, мијалгија, зголемени хепатални ензими
4. Мелиоидоза
– Акутна септична инфекција, густ пулмонален инфилтрат
5. Ендемски длабоки микози (histoplasmosis, coccidioidomycosis, paracoccidioidomycosis, blastomycosis)
– Региони со највисок ризик: Северна, Централна и Јужна Америка
6. Пулмонален антракс
7. — Медијастинитис
Температура, општи симптоми без локални манифестации
1. Маларија*
2. — Тромбопенија, леукопенија, зголемени хепатални ензими
3. Денга треска*
4. — Тромбопенија, леукопенија, зголемени хепатални ензими, исип
5. Примарна ХИВ*
6. — Тромбопенија, леукопенија, зголемени хепатални ензими, исип
7. Тифус
8. — Главоболка, сува кашлица, леукоцитоза и ЦРП лесно зголемено или нормално
9. Spotted fever
10. — Исип, краста
11. Лептоспироза
12. — Температура и симптоми слични на инфлуенца, хепатитис или менингитис, историја на контакт со свежа вода
13. Акутна шистозомијаза
14. — Историја на контакт со свежа вода, созинофилија
15. Бруцелоза
16. —Лимфаденопатија, хепатоспленомегалија, артритис, остеитис
17. Висцерална лајшманијаза
18. —Лимфаденопатија., хепатоспленомегалија, панцитопенија
19. Повратна треска
20. — Епизоди на повратна треска
21. Трипанозомиаза
22. — Историја на каснување од це-це мува и улкус

Енцефалитис
1. Херпес енцефалитис*
2. Kumlinge tick-borne енцефалитис
3. Јапонски енцефалитис
4. Трипанозомиаза
Хематурија
1. Шистозомијаза
2. — Историја на контакт со свежа вода
3. Туберкулоза
Дијареја
1. Гастроинтестинални бактериски инфекции: салмонела, шигела, кампилобактер, јерсинија, итн.*
2. Гастроинтестинални паразитарни инфекции: амебијаза, џардијаза , криптоспоридиоза
3. Хепатитис, хепатитис А и Е
4. Маларија
Иктерус
1. Вирусни хепатитиси*
2. Маларија*
3. Лептоспирози
4. Тифус
5. Q треска
6. Epstein–Barr вирус инфекција
7. Cytomegalovirus инфекција
Делириум
1. Енцефалитис или менингитис
2. Маларија
3. Која било септична инфекција
4. Mefloquine употреба како профилакса за маларија
Крвавечка дијатеза
1. Dengue хеморагична треска
a. Тромбопенија, леукопенија, зголемени хепатални ензими, исип
2. Жолта треска
a. Историја од престој во тропска Африка или Јужна Америка
3. Ebola, Marburg, Lassa, Crimean-Congo хеморагична треска
4. — Историја од престој во епидемична област во претходните 21 ден и близок контакт со заболено лице или животно

Табела бр. 2. Трески кои се јавуваат во тропите

Трески кои се јавуваат во тропите
Широко распространети во ендемски области
• Маларија • Денга • Тифоидна треска • Вирусен хепатитис • HIV инфекција • Туберкулоза
Поретки болести кои се јавуваат во големи области
• Црнодробен амебен апсцес • Бруцелоза • Шистозомијаза • Токсоплазмоза

• Лептоспироза • Рикециози • Фуларијаза
Поретки болести кои се јавуваат во ограничени области
• Мелиоидоза • Висцерална лајшманијаза • Повратна треска • Трипанозомијаза • Полиомиелитис • Чума • Хеморагични трески • Жолта треска

Табела бр. 3. Време на инкубација на некои трески кои можат да се појават кај патниците

Време на инкубација	**Времетраење**
Кратка инкубација	(помалку од 7 дена)
	Патничка дијареја
	Денга или други arbovirus-ни инфекции
Средно долга инкубација	(помалку од 21 ден)
	Маларија
	Хепатитис А
	Рикециози[1]
	Тифоидна треска
	Лептоспироза
	Хеморагични трески
Долга инкубација	(над 21 ден)
	Маларија[2]
	Вирусен хепатитис (A, B, C, D, E)
	Амебен црнодробен апсцес
	Акутна HIV инфекција
	Секундарен сифилис
	Бруцелоза
	Туберкулоза[2]
	Акутна шистосомијаза
	Вицерална лајшманиоза

1. Обично помалку од 10 дена[1]
2. Симптомите можат да се појават после неколку месеци до години по инфекцијата[2]

Претходни автори:
Hannu Kyrönseppä
Posleden pat pregledano za a`urirawe 11.11.2013 • Posledna promena11.11.2013
Article ID: ebm00044 (002.002)
© 2012 Duodecim Medical Publications Ltd

ПОВРЗАНИ ИЗВОРИ

Поврзани извори
24.5.2013

ЛИТЕРАТУРА

- Teixeira MG, Barreto ML. Diagnosis and management of dengue. BMJ 2009 Nov 18;339():b4338. **PubMed**
- Magill A J, Strickland T. Fever in Travelers. In book: Strickland G T (edit.): Hunter´s Tropical Medicine and Emerging Infectious Diseases, eight edition, W.B. Saunders company, 2000, Philadelphia. 1049-57
- DÁcremont V, Burnand B, Ambersin A-E, Genton B. Practice Guidelines for Evaluation of Fever in Returning Traveler and Migrants. J Travel Med 2003;10 Suppl 2:S25-S52
- Siikamäki HM, Kivelä PS, Sipilä PN et al. Fever in travelers returning from malaria-endemic areas: don't look for malaria only. J Travel Med 2011;18(4):239-44. **PubMed**

1. **EBM Guidelines, 11.11.2013, www.ebm-guidelines**
2. **Упатството треба да се ажурира после 3 години**
3. **Предвидено следно ажурирање во 2016 година**

Упатството го ажурирала: Проф. Др. И. Кондова Топузовска
Координатор: Проф. Др. К. Зафировска

1495.

Врз основа на член 27 став (1) од Законот за здравствената заштита („Службен весник на Република Македонија“ број 43/12, 145/12, 87/13, 164/13, 39/14, 43/14, 132/14, 188/14 и 10/15), министерот за здравство донесе

У П А Т С Т В О
ЗА МЕДИЦИНСКОТО ЗГРИЖУВАЊЕ ПРИ ПРОЦЕНКА НА АКУТЕН ПРОЛИВ

Член 1

Со ова упатство се утврдува медицинското згрижување при проценка на акутен пролив.

Член 2

Начинот на медицинското згрижување при проценка на акутен пролив е даден во прилог, кој е составен дел на ова упатство.

Член 3

Здравствените работници и здравствените соработници ја вршат здравствената дејност на медицинското згрижување при проценка на акутен пролив по правило согласно ова упатство.

По исклучок од став 1 на овој член, во поединечни случаи по оценка на докторот може да се отстапи од одредбите на ова упатство, со соодветно писмено образложение за причините и потребата за отстапување и со проценка за натамошниот тек на згрижувањето, при што истото од страна на докторот соодветно се документира во писмена форма во медицинското досие на пациентот.

Член 4

Со денот на влегувањето во сила на ова упатство престанува да важи Упатството за практикување на медицина засновано на докази за ориентација при акутен пролив („Службен весник на Република Македонија“ бр. 12/13.

Член 5

Ова упатство влегува во сила наредниот ден од денот на објавувањето во „Службен весник на Република Македонија“.

Бр. 17-2510/1
27 февруари 2015 година
Скопје

Министер,
Никола Тодоров, с.р.

Прилог

ПРОЦЕНКА НА АКУТЕН ПРОЛИВ

МЗД Упатства
28.11.2010 • Последна промена на 16.10.2012
Тимот за ажурирање на МЗД упатствата

- Основни податоци
- Знаци кои упатуваат на инфективна дијареја
- Важни прашања од историјата на болеста
- Период на инкубација и етиологија
- Типови дијареји
- Клинички наоди
- Диференцијална дијагноза
- Иследувања
- Иследувања при сомнение за епидемија
- Известувања за здравствените работници
- Поврзани извори

ОСНОВНИ ПОДАТОЦИ

- Дијарејата може да биде симптом на заболување кај кое е потребен хируршки третман (акутен апендицит, интестинална опструкција, холециститис).
- Дијарејата може да се јави, истовремено, со повеќе сериозни болести (маларија, бактериски менингитис, септикемија).
- Да се идентификуваат и третираат пациентите кои страдаат од инфекција која може да се лекува (на пример, бактериска дијареја, *Clostridium difficile* колитис).
- Брзото дејствување и систематскиот пристап се добри кога постои сомнение за можна епидемија.

ЗНАЦИ КОИ УПАТУВААТ НА ИНФЕКТИВНА ДИЈАРЕЈА

- Јасен ненадеен почеток на проливот
- Покачена температура, повраќање, болки
- Интензивно чувство на болест при бактериските проливи
- Звуците од цревата се силни и брзи

ВАЖНИ ПРАШАЊА ОД ИСТОРИЈАТА НА БОЛЕСТА

- Дали пациентот неодамна примал антибиотици?
- Дали пациентот или некој од фамилијата бил на патување; во која земја, град и хотел?
- Дали некој од фамилијата работи во производство на храна или нејзина дистрибуција?
- Дали некој од соседството е болен?
- Дали во фамилијата има дете кое посетува дневен престој (јасли, градинки, училиште со целодневен престој)

ПЕРИОД НА ИНКУБАЦИЈА И ЕТИОЛОГИЈА

- Види ја табелата 1.

Табела бр. 1. Период на инкубација и етиологија на инфективната дијареја

Период на инкубација	**Етиологија**
од 1 до 2 дена	Труење со храна
од1 до 5 дена	Вирус
од 3 до 10 дена	Бактерија
од 10 до 20 дена (од 4 до 50 дена)	Salmonella typhi кај тешко болен пациент

ТИПОВИ ДИЈАРЕЈА

- При труењето со храна, водениот пролив и повраќањето го исклучуваат ботулизмот.
- Водест пролив, без покачена температура, без тешка болка во стомакот.
- Дизентерија (крвава столица, покачена температура, честа болка во стомакот)
- Тифоиден синдром; главоболка, висока температура, чувство на мачнина и гадење, болка во стомакот и релативна брадикардија, на пример, пулс под 100/минута кога температурата е над 39°C .
  - Тифоидната треска речиси секогаш е придружена со тифоиден синдром. Тифоидната трска може да биде фатална.
  - Тифоидниот синдром се јавува кај секој десетти хоспитализиран салмонелозен пациент и може да биде фатален.

НОРВАЛКВИРУС

- Инфекцијата често е интрахоспитална.
- Типичната клиничка слика е со повраќање и пролив во текот на 1 до 2 дена.
- Норвалквирусот се екскретира во фецес од 2 до 8 недели. Дури и мала количина на вируси е инфективна.
- Ширењето може да се спречи со интензивирање на инструкциите за хигиена.

ДИЈАРЕЈА ПРЕДИЗВИКАНА ОД ХЕПАТИТИС А ВИРУСОТ

- Хепатитис А инфекцијата не е здружена со појава на жолтица кај 4 од 5 пациенти под 2-годишна возраст.
- Еден серум за тестирање за хепатитис А ИгМ треба да се земе 10 дена по почетокот на заболувањето.
- Хепатитисот А обично се пренесува фекоорално но епидемии се јавуваат и кај интравенозните наркомани и нивната околина. Вакцинацијата за хепатитис А и Б во повеќето земји е внесена во календарот за имунизација за членовите кои живеат во исто домаќинство со носителите.

КОЛЕРА

- Во епидемиските области е вообичаен причинител на проливи. Во неепидемиските области, историјата за патување во ендемски области и/или за конзумирањето непроверени или недоварени остриги (школки) може да нѐ наведат на етиологијата..

ДИЈАРЕЈА ПРЕДИЗВИКАНА ОД ПОЛИОВИРУС

- Неоформени столици и пролив може да бидат симптоми на полиоинфекцијата

КЛИНИЧКИ НАОДИ

- Општа состојба
- Одредување на состојбата на дехидрација
  - Јазик
  - Халонираност на очите
  - Кожата на абдоменот кај децата
- Аускултација на цревата, палпација на абдоменот со тестовите за откривање акутен appendicitis
- Пулс кај тешко болниот пациент
  - Бавен пулс и висока температура знак за тифоиден синдром
  - Хипотензијата може да биде здружена со синдромот на токсичен шок.

ДИФЕРЕНЦИЈАЛНА ДИЈАГНОЗА

- Итната хируршка состојба треба да се исклучи или, пак, во спротивно да се упати на хирург.
  - Дијареја здружена со акутен appendicitis
  - Неодамна перфориран appendix
  - Интестинална опструкција кај постар пациент
  - Инвагинација кај децата
  - Холециститис

ИСЛЕДУВАЊА

- Ако пациентот има температура и ако општата состојба е нарушена, неопходно е да се испита серумскиот Ц-реактивен протеин (ЦРП) и да се одредат електролитите во серумот (натриум, калиум). Високата вредност на ЦРП е индикатор за бактериски причинител на дијарејата.

ИСЛЕДУВАЊА ОД СТОЛИЦАТА

- За секој пациент кој има дијареја не е потребна копрокултура. Salmonella, Shigella, Campylobacter i Yersinia треба да се бараат во случај:
  - Ако болеста не поминува и по траење од 2 недели.
  - Ако пациентот работи со приготвување или ракување со храна (дури и оние со лесни симптоми).
  - Ако дијарејата е придружена со arthritis или arthralgia.
- Неодамнешната употреба на антибиотици може да укажат на Clostridium difficile
  - Cl.difficile може да се докаже со тест на токсино или со култура. Негативниот тест за токсинот не исклучува инфекција со Clostridium difficile.
- Период на инкубација повеќе од 7 дена или пролонгирана дијареја бара паразитолошки иследувања на фецесот за протозои и други паразити особено кај лица кои патувале.
  - Salmonella, Shigella, Campylobacter и Yersinia, од копрокултурата.
  - Барање паразити во фецесот.
  - Тестови за вирусни патогени во фецесот само кај децата во болница, и за рота и норвалк вируси.
  - При сомнение за епидемија, исто така, се тестираат и возрасните за норвалк вируси.
- Два примерока од фецес во ист ден ретко се разликуваат во резултатите; но култивирањето од две последователни столици два дена по ред ја зголемува дијагнозата за 16 до 20% кај инфекциите со Campylobacter и Salmonella. Пролонгираната перзистентна дијареја може да се дијагностицира од копрокултурата ако таа се повтори 3 пати или со паразитолошки иследувања кои може да се повторуваат почесто.
- Паразитолошките иследувања на столицата не се неопходни дури пациентот не пројави пролонгирана дијареја, кога веројатноста за паразитарна дијареја е поголема. Доброто паразитолошко иследување се темели на концентрацискатa метода формалинетер, која дава 10 до 15 пати повеќе резултати во споредба со фекалниот брис.
- Кај пациентот кој страда од пролонгирана дијареј над 2 месеца и губи на тежина, се наложува тестирање за ХИВ инфекција. Треба да се почитува мислењето на пациентот за правење тестови за ХИВ. Натамошни размислувања и иследувања се неопходни ако постои претходна историја за венерични болести, хепатитис А или е дијагностицирана кандидијаза на хранопроводот и устата.

СЕРОЛОШКИ ИСЛЕДУВАЊА

- Ако проливот кај пациентот се комплицира со појава на болка во стомакот, артритис, артралгија или кардитис од корист се серолошките тестови за Yersinia, Salmonella и Campylobacter.

- Помеѓу пациентите со пролив само оние кои се тешко болни, а копрокултурите се негативни, може да имаат корист од парно тестирање на серумот.

ИСЛЕДУВАЊА ПРИ СОМНЕНИЕ ЗА ЕПИДЕМИЈА

Труење со храна

- Подобро е да се сочека за дијагнозата. Често е потребно телефонско јавување за да се забрза добивањето на резултатот од лабораторијата. При појавата на нова епидемија, најчестата грешка која се прави е земањето примероци од столицата само кај лицата кај кои се манифестираат симптоми. Подобро е при food-borne инфекција да се земат примероци и од одреден број асимптоматски лица кои биле заедно (во контакт) со лицата кои имаат симптоми.
- Хидричните или големите епидемии бараат селективен пристап при земањето примероци, кои треба да бидат во согласност со капацитетот на лабораторијата. Натамошното следење бара соработка помеѓу локалната лабораторија и здравствениот работник.

ИЗВЕСТУВАЊА ЗА ЗДРАВСТВЕНИТЕ РАБОТНИЦИ

- Нотирај ги локалните законски регулативи во врска со известувањето на некои заразни дијареални заболувања на здравствените работници. Во овие заболувања обично се тифоидната треска *Salmonella typhi*, паратифоидната треска од *Salmonella paratyphi* A, B или C, shigella dysenteryae, ентерохеморагична Escherichia coli (EHEC)-инфекцијата и колерата.
- Кај институционалните епидемии, сети се на можноста од инфекција со *Salmonella typhimurium*.
- Дијареата, исто така, може да е симптом на хепатитис А, цревна туберкулоза и полиомиелитис.

Претходни автори:
Tapio Pitkänen
Последен пат прегледано за ажурирање 28.11.2010 • Последна промена16.10.2012

Article ID: ebm00174 (008.040)
© 2012 Duodecim Medical Publications Ltd

ПРОЦЕНКА НА АКУТЕН ПРОЛИВ - ПОВРЗАНИ ДОКАЗИ

Поврзани извори
27.9.2007

- Cochrane-ови прегледи
- Други резимиња со докази
- Литература

COCHRANE-ОВИ ПРЕГЛЕДИ

- Флуорокинолоните се чини дека имаат сличен ефект на клиничкиот и микробиолошки неуспех како и другите антибиотици во третманот на тифоидната и паратифоидната треска. Има неколку студии кај децата (ннд-**B**).

ДРУГИ РЕЗИМИЊА СО ДОКАЗИ

- Фекалниот лактоферин по сѐ изгледа е најточниот тест за идентификација на воспалителната бактериска дијареја; сепак, ваквите резултати се базираат на мал број пациенти (ннд-**C**).

ЛИТЕРАТУРА

1. DuPont HL. Clinical practice. Bacterial diarrhea. N Engl J Med 2009 Oct 15;361(16):1560-9. PubMed

2. Glass RI, Parashar UD, Estes MK. Norovirus gastroenteritis. N Engl J Med 2009 Oct 29;361(18):1776-85. PubMed
3. Mintz ED, Guerrant RL. A lion in our village--the unconscionable tragedy of cholera in Africa. N Engl J Med 2009 Mar 12;360(11):1060-3. PubMed

1. **EBM Guidelines, 28.11.2010, www.ebm-guidelines**
2. **Упатството треба да се ажурира после 5 години**
3. **Предвидено следно ажурирање во 2015 година**

Упатството го ажурирала: Проф. Др. И. Кондова Топузовска
Координатор: Проф. Др. К. Зафировска

1496.

Врз основа на член 27 став (1) од Законот за здравствената заштита („Службен весник на Република Македонија“ број 43/12, 145/12, 87/13, 164/13, 39/14, 43/14, 132/14, 188/14 и 10/15), министерот за здравство донесе

У П А Т С Т В О
ЗА МЕДИЦИНСКОТО ЗГРИЖУВАЊЕ ПРИ МОРБИЛИ, РУБЕОЛА И ПАРОТИТ (МРП)

Член 1

Со ова упатство се утврдува медицинското згрижување при морбили, рубеола и паротит (мрп).

Член 2

Начинот на медицинското згрижување при морбили, рубеола и паротит (мрп) е даден во прилог, кој е составен дел на ова упатство.

Член 3

Здравствените работници и здравствените соработници ја вршат здравствената дејност на медицинското згрижување при морбили, рубеола и паротит (мрп) по правило согласно ова упатство.

По исклучок од став 1 на овој член, во поединечни случаи по оценка на докторот може да се отстапи од одредбите на ова упатство, со соодветно писмено образложение за причините и потребата за отстапување и со проценка за натамошниот тек на згрижувањето, при што истото од страна на докторот соодветно се документира во писмена форма во медицинското досие на пациентот.

Член 4

Со денот на влегувањето во сила на ова упатство престанува да важи Упатството за практикување на медицина засновано на докази при морбили, рубеола и паротит (МРП) („Службен весник на Република Македонија“ бр. 12/13)..

Член 5

Ова упатство влегува во сила наредниот ден од денот на објавувањето во „Службен весник на Република Македонија“.

Бр. 17-2509/1
27 февруари 2015 година
Скопје

Министер,
Никола Тодоров, с.р.

Прилог

МОРБИЛИ, ПАРОТИТИС И РУБЕОЛА (MPR)

МЗД Упатство
11.4.2014 • Последна промена на 11.4.2014
Merja Helminen

- Основни податоци
- Морбили
- Рубеола
- Паротит
- Поврзани извори
- Референци

ОСНОВНИ ПОДАТОЦИ

- Инциденцата на морбили, паротит и рубеола е значително намалена во многу западни земји по воведувањето на морбили, рубеола паротит (МРП) вакцината. Морбилите се уште во голема мера се јавуваат во Европа, повеќе од 30.000 случаи во 2011 година
- Ако постои суспекција за некое од овие заболувања треба да се консултира специјалист за инфективни болести. Дијагнозата мора секогаш да биде потврдена со антитела и со полимераза верижна реакција (PCR) тестови.
- Вакцинација.
  - Во Финска, здравствените авторитети препорачуваas првата MPR вкцина да биде дадена веќе на возраст од 12 месеци. Понатаму, ако 6-11 месечно дете патува во странство тој/таа треба да ја добие првата MPR вакцина пред патувањето.

МОРБИЛИ

Трансмисија

- Инкубацијата трае 9 до 11 дена до појавата на катаралните симптоми, односно 14 дена до избивањето на исипот.
- Периодот на заразноста започнува непосредно пред појавата на катаралните симптоми и завршува 5 до 7 дена по појавата на исипот.

Знаци и симптоми

- Катаралните симптоми секогаш се типични: ринитис, кашлица и конјунктивитис.
- На букалната мукозна слузница пред избивањето на исипот често се забележуваат Копликови петна.
- Макулопапулозниот исип започнува зад ушите, се шири надолу кон трупот и екстремитетите на места конфлуира и ја менува бојата во виолетова пред да се повлече. Макулите на места конфлуираат и формираат пошироки исипни подрачја.

Дијагноза

- Медикаментозни исипи и егзантеми асоцирани со други вирусни инфекции (мононуклеози, аденовируси, ентеровируси) треба да се исклучат, бидејќи е поверојатно тие да се јават во индустријализирани земји. Кај невакцинирани деца со фебрилна горнореспираторна инфекција и присуство на егзантема, сепак, треба да се постави суспекција за морбили.
- При суспекција за морбили, треба да се консултира специјалист инфектолог. Дијагнозата секогаш треба да биде потврдена со антитела и PCR проба

Компликации

- Otitis media
- Пневмонија
- Енцефалитис 1/1200-1800
- Субакутен склерозирачки паненцефалитис (ССПЕ) - ретка но тешка задоцнета компликација.
- Морбилите можат да бидат тешки кај имуносупримираните болни.
- Во земјите во развој, витаминот А ја подобрува прогнозата (ннд-**А**).

РУБЕОЛА

Трансмисија

- Периодот на инкубација изнесува од 14 до 21 ден.
- Контагиозниот период започнува околу 2 дена пред појавата на симптомите и трае околу една недела.

Знаци и Симптоми

- Симптомите обично се благи. Инфекција во текот на бременоста може да предизвика сериозни оштетувања на плодот.
- Зголемени субокципитални и постаурикуларни лимфни јазли често се појавуваат пред појавата на исипот.
- Нежен еритематозно макуларен исип се шири од лицето на телото и екстремитетите, и исчезнува за 2 до 3 дена.

Дијагноза

- Клиничката слика не е доволна за дијагноза. Многу вирусни егзантеми и реакции на лекови имаат слична клиничка слика.
- При суспекција за рубеола, треба да се консултира специјалист инфектолог. Дијагнозата секогаш треба да биде потврдена.

Компликации

- Постои ризик за оштетување на фетусот.
  - Индициран е прекин на бременоста кај жена која има рубеола за време на првите 6 недели од бременоста.
- Зглобните симптоми се чести кај адолесценти и возрасни.
- Ретка тромбоцитопнеична пурпура .
- Редок енцефалитис.
- Администрација на гамаглобулин не помага во превенција на појава на болеста после експозиција.

ПАРОТИТ

Трансмисија

- Периодот на инкубација е од 14 до 21 ден..
- Паротитот се шири лесно како капкова инфекција. Контагиозниот период започнува 1 до 2 дена пред појава на симптомите, а прекинува 7 дена по појава на клиничките симптоми.

Знаци и симптоми

- Покачена телесна температура.
- Унилатерален или билатерален болен оток на плунковните жлезди кој се протега од аголот на мандубулата и предниот дел, кој треба да се разликува од зголемување на лимфните јазли.
- Болка при голтање

Дијагноза

- Кај невакцинирани лица, покачената температура и билатералниот оток на паротидите упатува на паротитис.
- Дијагнозата се потврдува со детерминирање на паротитис антитела во серум или потврда на вирусот во примероци земени од плунка, брис од гуша или урина.

Компликации

- Кај пациентите може да се јави менингоенцефалитис. Симптомите, како главоболка, гадење и повраќање обично се јавуваат неколку дена од почетокот на болеста.
- Енцефалитисот е ретка компликација и обично се јавува подоцна.
- Орхитисот се јавува кај 30-40% од машкиот пол кои ќе добијат паротит после пубертет.
  - Се манифестира со скорален оток и болка, како и чувство на топлина.
  - Кај 20% од болните орхитисот е билатерален.
  - Два процента од мажите кои имале билатерален орхитис се стерилни
- Поретки манифестации на епидемичниот паротит се панкреатит, тироидит, оофорит, маститис и нарушен слух.

Претходни автори:
Pentti Ukkonen
Posleden pat pregledano za a`urirawe 11.4.2014 • Posledna promena11.4.2014
Article ID: ebm01014 (029.058)
© 2012 Duodecim Medical Publications Ltd

МОРБИЛИ, РУБЕОЛА, ПАРОТИТ- ПОВРЗАНИ ИЗВОРИ

Поврзани извори
6.8.2008

- Cochrane-ови прегледи
- Литература

COCHRANE-ОВИ ПРЕГЛЕДИ

- Давање на антибиотици кај деца со морбили може да ја намали инциденцата од појава на компликации како пневмонија, медијален отитис и тонзилитис (ннд-**C**).
- Нема докази од областа RCTs за ефективноста на комбинираната вакцина за да се спречи мали сипаници, заушки и рубеола (МПР) кај децата, но влијанието на масовната имунизација за елиминирање на болестите е докажано низ целиот свет. Безбедност резултати се несоодветно е соопштено во ММР вакцината студии (ннд-**C**).

ЛИТЕРАТУРА

- Hviid A, Rubin S, Mühlemann K. Mumps. Lancet 2008 Mar 15;371(9616):932-44. PubMed

РЕФЕРЕНЦИ

1. Martin R, Wassilak S, Emiroglu N et al. What will it take to achieve measles elimination in the World Health Organization European Region: progress from 2003-2009 and essential accelerated actions. J Infect Dis 2011;204 Suppl 1():S325-34. PubMed

1. **EBM Guidelines, 11.04.2014, www.ebm-guidelines**
2. **Упатството треба да се ажурира после 3 години**
3. **Предвидено следно ажурирање во 2017 година**

Упатството го ажурирала: Проф. Др. И. Кондова Топузовска
Координатор: Проф. Др. К. Зафировска

1497.

Врз основа на член 27 став (1) од Законот за здравствената заштита („Службен весник на Република Македонија“ број 43/12, 145/12, 87/13, 164/13, 39/14, 43/14, 132/14, 188/14 и 10/15), министерот за здравство донесе

У П А Т С Т В О
ЗА МЕДИЦИНСКОТО ЗГРИЖУВАЊЕ ПРИ ЛИСТЕРИОЗА

Член 1

Со ова упатство се утврдува медицинското згрижување при листериоза.

Член 2

Начинот на медицинското згрижување при листериоза е даден во прилог, кој е составен дел на ова упатство.

Член 3

Здравствените работници и здравствените соработници ја вршат здравствената дејност на медицинското згрижување при листериоза по правило согласно ова упатство.

По исклучок од став 1 на овој член, во поединечни случаи по оценка на докторот може да се отстапи од одредбите на ова упатство, со соодветно писмено образложение за причините и потребата за отстапување и со проценка за натамошниот тек на згрижувањето, при што истото од страна на докторот соодветно се документира во писмена форма во медицинското досие на пациентот.

Член 4

Со денот на влегувањето во сила на ова упатство престанува да важи Упатството за практикување на медицина засновано на докази при листериоза („Службен весник на Република Македонија“ бр. 12/13)..

Член 5

Ова упатство влегува во сила наредниот ден од денот на објавувањето во „Службен весник на Република Македонија“.

Бр. 17-2508/1
27 февруари 2015 година
Скопје

Министер,
Никола Тодоров, с.р.

Прилог

ЛИСТЕРИОЗА

МЗД Упатства
25.9.2013 • Последна промена на 25.9.2013
Kirsi Skogberg

- Основни податоци
- Епидемиологија
- Симптоми
- Дијагноза
- Лекување
- Превенција
- Поврзани извори
- Референци

ОСНОВНИ ПОДАТОЦИ

- Бремени жени, имунодефициентни лица и стари лица со повеќе болести мора да избегнуваат храна која е богата со листерија и се јаде без греење.

ЕПИДЕМИОЛОГИЈА

- Listeria monocytogenes е бактерија која се наоѓа во почвата, доста често во мали количини во храната и нормалната цревна флора на интестиналниот тракт на животните и луѓето (околу 5%).
- Листериозата е ретка, на пример, во Финска ја имаат 6 до 10 случаи на еден милион жители. Времето на инкубација е од 1 до 70 дена.
- Инфекцијата може да се добие со консумација на термички необработена храна богата со листерија. Пријавени се и поединечни случаи и епидемии настанати преку храна.
- Фетусот може да се инфицира преку мајката. Други форми на трансмисија од човек на човек не се јавуваат.
- Бремени жени, новородени деца, лица со имуносупресија и постари лица со повеќе заболувања се поподложни на инфекцијата.

СИМПТОМИ

- Сепсата и менингитисот се најважните клинички манифестации.
- Листериозата во текот на бременоста може да биде лесна респираторна болест слична на грипот. Може да предизвика абортус или рана сепса кај новороденчето. Новороденчето може да развие менингитис по неколку денови или неколку недели после породувањето (доцен почеток на листеријата кај новороденчето).
- Листериозата кај лица без ризик-фактори може да се манифестира како лесна респираторна болест слична на грип или гастроентерит.

ДИЈАГНОЗА

- Етиолошката дијагноза се поставува со изолација на бактеријата од хемокултура и култура на ликвор (со бојење се нотираат грам-позитивни стапчести бактерии), каде листеријата расте со стандардни методи. Специјално барање е потребно за култура од други места (на пример, фецес, цервикална слуз).
- Серолошките тестови се со мала корист.

ЛЕКУВАЊЕ

- Лек на избор е ampicillin (или penicillin G) во високи дози. Синергизмот со аминогликозидите може да помогне во побрза регресија на симптоматологијата.
- При алергија на пеницилин се употребува триметоприм-сулфаметоксазол или меропенем, кај лесна клиничка слика може да се примени еритромицин.
- Цефалоспорините не се користат за лекување на листериоза.
- Листеријата е интраклеточна бактерија и нејзината ерадикација може да е тешка. Лекувањето кај бактериемија е најмалку 2 недели, а кај менингитис три недели.

ПРЕВЕНЦИЈА

- За општите мерки за превенција од листерија погледнете ги, на пример, следните веб-страници: CDC, NHS Direct.
- Особено припадниците на ризичните групи треба да избегнуваат nepasterizirani dnevni produkti, млади сирења со мувла, вакумизирани, suvo-tretirani, ладно-пушениі proizvodi od riba и срна.
- Листериите се размножуваат на температурата во фрижидерот. Затоа игнорирањето на "најдобро пред“ датумот ќе го зголеми ризикот за размножување на листериите во храната.

ЛИСТЕРИОЗА- ПОВРЗАНИ ИЗВОРИ

Поврзани извори
19.12.2008
- Интернет извори
- Литература

ИНТЕРНЕТ ИЗВОРИ

- Listeriosis. Centers for Disease Control and Prevention, USA 1
- Weinstein K, Ortiz J. Listeria Monocytogenes. eMedicine 2

ЛИТЕРАТУРА

- Ooi ST, Lorber B. Gastroenteritis due to Listeria monocytogenes. Clin Infect Dis 2005 May 1;40(9):1327-32. PubMed
- Aureli P, Fiorucci GC, Caroli D, Marchiaro G, Novara O, Leone L, Salmaso S. An outbreak of febrile gastroenteritis associated with corn contaminated by Listeria monocytogenes. N Engl J Med 2000 Apr 27;342(17):1236-41. PubMed
- Swaminathan B, Gerner-Smidt P. The epidemiology of human listeriosis. Microbes Infect 2007 Aug;9(10):1236-43. PubMed

РЕФЕРЕНЦИ

1. Hof H, Nichterlein T, Kretschmar M. Management of listeriosis. Clin Microbiol Rev 1997 Apr;10(2):345-57. PubMed
2. Goulet V. What can we do to prevent listeriosis in 2006? Clin Infect Dis 2007 Feb 15;44(4):529-30. PubMed
3. Janakiraman V. Listeriosis in pregnancy: diagnosis, treatment, and prevention. Rev Obstet Gynecol 2008 Fall;1(4):179-85. PubMed

1. **EBM Guidelines, 25.9.2013, www.ebm-guidelines**
2. **Упатството треба да се ажурира после 3 години**
3. **Предвидено следно ажурирање во 2016 година**

Упатството го ажурирала: Проф. Др. И. Кондова Топузовска
Координатор: Проф. Др. К. Зафировска

1498.

Врз основа на член 27 став (1) од Законот за здравствената заштита („Службен весник на Република Македонија“ број 43/12, 145/12, 87/13, 164/13, 39/14, 43/14, 132/14, 188/14 и 10/15), министерот за здравство донесе

У П А Т С Т В О
ЗА МЕДИЦИНСКОТО ЗГРИЖУВАЊЕ ПРИ ЛЕКУВАЊЕ НА ПНЕВМОНИЈА КАЈ ДЕЦАТА

Член 1

Со ова упатство се утврдува медицинското згрижување при лекување на пневмонија кај децата.

Член 2

Начинот на медицинското згрижување при лекување на пневмонија кај децата е даден во прилог, кој е составен дел на ова упатство.

Член 3

Здравствените работници и здравствените соработници ја вршат здравствената дејност на медицинското згрижување при лекување на пневмонија кај децата по правило согласно ова упатство.

По исклучок од став 1 на овој член, во поединечни случаи по оценка на докторот може да се отстапи од одредбите на ова упатство, со соодветно писмено образложение за причините и потребата за отстапување и со проценка за натамошниот тек на згрижувањето, при што истото од страна на докторот соодветно се документира во писмена форма во медицинското досие на пациентот.

Член 4

Со денот на влегувањето во сила на ова упатство престанува да важи Упатството за практикување на медицина засновано на докази при лекување на пневмонија кај децата („Службен весник на Република Македонија“ бр. 12/13)..

Член 5

Ова упатство влегува во сила наредниот ден од денот на објавувањето во „Службен весник на Република Македонија“.

Бр. 17-2507/1
27 февруари 2015 година
Скопје

Министер,
Никола Тодоров, с.р.

Прилог

ЛЕКУВАЊЕ НА ПНЕВМОНИЈА КАЈ ДЕЦАТА

МЗД Упатство
26.11.2010
Tarja Heiskanen-Kosma

- Основни податоци
- Дијагноза со аускултација
- Избор и дозирање на антибиотици
- Следење на лекувањето
- Индикации за хоспитализација
- Поврзани извори

ОСНОВНИ ПОДАТОЦИ

- Сите деца со дијагностицирана пневмонија со аускултација или со рендгенографија на белите дробови да се лекуваат со антибиотици.
- Дете постаро од 6 месеци кое е во добра општа состојба и чија пневмонија не е масивна може да се третира амбулантски.
- Лек на избор за перорална апликација е amoxicillin.
- Кај децата на училишна возраст инфекциите со кламидија и микоплазма се чести, затоа, зависно од клиничката слика, може да се започне со doxycycline (кај деца над 8-годишна возраст).

ДИЈАГНОЗА СО АУСКУЛТАЦИЈА

- Не секогаш е лесно да се разликуваат опструктивните од пневмоничните хркулки. Пневмоничните хркулки се суви и нежни.
- Едностранo ослабено до нечујно дишење е значаен наод.
- Лекувањето со антибиотик може да започне на база на наодот на аускултација доколку општата состојба на детето е добра и ако детето е на возраст постаро од 6 месеци, но секогаш е подобро да се направи рендгенографија на белите дробови
- Со рендгенографија на белите дробови не може да се открие етиологијата на пневмонијата. И кај обете може да детектира лобарна консолидација, и кај вирусната и кај бактериската пневмонија, иако почеста е кога етиологијата е бактериска.

ИЗБОР И ДОЗИРАЊЕ НА АНТИБИОТИК

- Доколку општата состојба на детето е добра и детето е постаро од 6 месеци, болеста често може да се третира амбулантски.
- Лекот на избор за лекување на деца од предучилишна возраст е amoxicillin 40mg/kg/ден, поделено во три дози во текот на 7 дена.
    - Amoxicilin е ефикасен кон најверојатните бактериски патогени, пенумококот и Haemophilus influenzae.
    - Поради зголемената пнеумококна резистенција, макролидите не би требало да се употребуваат како единствени антимикробни лекови во третманот на пневмонијата кај децата.
- Лек на избор за деца од училишна возраст е amoxicillin. Сепак, микоплазмата и кламидијата се чести во оваа возрасна група, затоа зависно од клиничката слика може да се започне со doxycycline (кај деца над 8-годишна возраст), 200mg во една доза првиот ден и 100mg еднаш на ден следните денови.

СЛЕДЕЊЕ НА ЛЕКУВАЊЕТО

- Ако пневмонијата се лекува во примарна здравствена заштита, многу важно е да се следи одговорот на третманот, на пример, со барање од родителите да се јават телефонски следниот ден (да информираат за состојбата на детето). Ако пациентот дефинитивно е болен и не покажува знаци на подобрување во следните 2 до 4 дена, лекарот треба да ја преиспита ситуацијата и да размисли за упатување на пациентот во болница.
- Ако закрепнувањето започнува за 48 часа, подоцна нема потреба од проследувања за следење или рендгенографија на белите дробови.
- Ако симптомите не се повлекуваат или се јавуваат нови, потребно е ново внимателно клиничко проследување, повторување на рендгенографијата на белите дробови, спроведување на етиолошки проследувања и менување на антимикробниот третман ако има потреба.
- Запомни дека рендгенографијата се нормализира бавно : по еден месец 20% од пациентите продолжуваат да имаат абнормалности на рендгенографијата кои постепено исчезнуваат.

ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЈА

- Детето треба да се упати во болница ако има
  - Нарушена општа состојба, или општата состојба не се подобри за 2 дена
  - Диспнеја
  - Рендгенографски масивни белодробни инфилтрати и/или ателектаза
  - Плевропневмонија (плеврални ефузии).
- Децата помали од 6 месеци секогаш треба да се хоспитализираат.

Пртходни автори:
Hannu Jalanko
Article ID: ebm00620 (029.036)
© 2012 Duodecim Medical Publications Ltd

ЛЕКУВАЊЕ НА ПНЕВМОНИЈА КАЈ ДЕЦАТА - ПОВРЗАНИ ИЗВОРИ

Поврзани извори
14.8.2008
- Cochrane-ови прегледи
- Други резимеа со докази
- Литература

COCHRANE-ОВИ ПРЕГЛЕДИ

- Рибавиринот може да има ефект кај респираторниот синцицијален вирус (РСВ) (ннд- **С**).
- Краток режим на антибиотски третман (три дена) може да биде исто толку ефикасен како подолг третман (пет дена) за лесна пневмонија кај деца под петгодишна возраст (ннд- **В**).

ДРУГИ РЕЗИМЕА СО ДОКАЗ

Домашен третман со високи дози на орален amoxicillin се чини дека е идентичен на парентерален третман со amoxicillin хоспитално за тешка, но не комплицирана пневмонија кај децата (ннд- **В**).

ЛИТЕРАТУРА

- Peltola V, Mertsola J, Ruuskanen O. Comparison of total white blood cell count and serum C-reactive protein levels in confirmed bacterial and viral infections. J Pediatr 2006;149(5):721-4. PubMed
- Bradley JS, Byington CL, Shah SS ym. The management of community-acquired pneumonia in infants and children older than 3 months of age: clinical practice guidelines by the Pediatric

Infectious Diseases Society and the Infectious Diseases Society of America. Clin Infect Dis 2011;53(7):e25-76. PubMed

- McIntosh K. Community-acquired pneumonia in children. N Engl J Med 2002 Feb 7;346(6):429-37. PubMed
- Michelow IC, Olsen K, Lozano J, Rollins NK, Duffy LB, Ziegler T, Kauppila J, Leinonen M, McCracken GH Jr. Epidemiology and clinical characteristics of community-acquired pneumonia in hospitalized children. Pediatrics 2004 Apr;113(4):701-7. PubMed

1. **EBM Guidelines, 26.11.2010, www.ebm-guidelines**
2. **Упатството треба да се ажурира после 5 години**
3. **Предвидено следно ажурирање во 2015 година**

Упатството го ажурирала: Проф. Др. И. Кондова Топузовска
Координатор: Проф. Др. К. Зафировска

1499.

Врз основа на член 27 став (1) од Законот за здравствената заштита („Службен весник на Република Македонија“ број 43/12, 145/12, 87/13, 164/13, 39/14, 43/14, 132/14, 188/14 и 10/15), министерот за здравство донесе

У П А Т С Т В О
ЗА МЕДИЦИНСКОТО ЗГРИЖУВАЊЕ ПРИ ЕРИЗИПЕЛ И ЦЕЛУЛИТИС

Член 1

Со ова упатство се утврдува медицинското згрижување при еризипел и целулитис.

Член 2

Начинот на медицинското згрижување при еризипел и целулитис е даден во прилог, кој е составен дел на ова упатство.

Член 3

Здравствените работници и здравствените соработници ја вршат здравствената дејност на медицинското згрижување при еризипел и целулитис по правило согласно ова упатство.

По исклучок од став 1 на овој член, во поединечни случаи по оценка на докторот може да се отстапи од одредбите на ова упатство, со соодветно писмено образложение за причините и потребата за отстапување и со проценка за натамошниот тек на згрижувањето, при што истото од страна на докторот соодветно се документира во писмена форма во медицинското досие на пациентот.

Член 4

Со денот на влегувањето во сила на ова упатство престанува да важи Упатството за практикување на медицина засновано на докази при еризипел („Службен весник на Република Македонија“ бр. 12/13)..

Член 5

Ова упатство влегува во сила наредниот ден од денот на објавувањето во „Службен весник на Република Македонија“.

Бр. 17-2506/1
27 февруари 2015 година
Скопје

Министер,
Никола Тодоров, с.р.

Прилог

ЕРИЗИПЕЛ И ЦЕЛУЛИТИС

МЗД Упатства
24.9.2013 • Комплетно ажурирано
Alexander Salava

- Основни податоци
- Општо
- Дијагноза
- Диференцијална дијагноза
- Терапија
- Перзистентен или рекурентен еризипел
- Целулитис
- Некротизирачка инфекција
- Поврзани извори

ОСНОВНИ ПОДАТОЦИ

- Еризипел се дијагностицира врз основа на клиничката слика и покачени маркери на инфламација.
- Парентерален пеницилин администриран во рана фаза е прва линија на третман на еризипел.
- Кожата на нозете треба да се проверува кај сите пациенти кои имаат температура од непознато потекло.
- Сите потенцијални места за влез на инфекција треба да се идентификуваат и да се третираат, на пример, интердигиталните простори со евентуална фунгална инфекција (tinea pedis).
- Важно е еризипелот да се разликува од некротизирачките инфекции.

ОПШТО

- Еризипел е главно предизвикани од група А или група Г бета-хемолитички стрептококи (БХС).
- За развој на еризипел обично потребна е влезна врата вклучувајќи интердигитална фунгална инфекција, екскоријација на кожа, улкус на нога или други причини на оштетена кожа, на пример, хроничен екцем.
- Други локални фактори на ризик вклучуваат лимфедем, оток на нога, гојазност како и оштетена венска и артериска циркулација. Еризипелот е причинет од А групата бета-хемолитични стрептококи.

ДИЈАГНОЗА

- Дијагнозата се базира на клиничката слика и покачените инфламаторни маркери (CRP, леукоцити).
- Нивото на воспалителните маркери може да биде нормално во раната фаза.
- Типични симптоми вклучуваат нагла појава на висока температура со треска, како и појава на едем на кожата со јасно демаркиран, пламено-црвен, топол и дифузен еритем.
- Во поголемиот дел од случаите еризипел се јавува на долниот дел од ногата, глуждот или стапалото.
- Билатерална појава на еризипел е многу ретка.
- Еризипел, исто така, може да се јави и на лицето, гениталиите или на горните екстремитети (најчесто како резултат на лоша циркулација на лимфата).
- Пациентот може да има и главоболка, гадење или општа слабост.

- Општите симптоми, може да бидат и незначителни особено кај повторувачки еризипел или еризипел на лице.
- Ако третманот не е навремено даден, еризипелот лесно се комплицира со улцерација, поткожни апсцеси и сепса.

ДИФЕРЕНЦИЈАЛНА ДИЈАГНОЗА

- Инфективни болести
  - Некротизирачки фасциитис: интензитетот на болката е непропорционален со зафаќањето на кожата, тешки системски симптоми
  - Апсцес: флуктуирачка маса под кожата
  - Целулитис со висока температура кај пациентот со дијабетес (ризик за ампутација)
  - Супуративни артритис
  - Инфекција на угризна рана
  - Херпес зостер (исип) пред везикуларна ерупција (на пр иницијален херпес зостер на лицето)

- Други болести
  - Стаза дерматитис и друг дерматитис на нозете
  - Длабоко или површни венска оклузија, тромбофлебитис
  - Гихт артритис и други зглобни воспаленија
  - Дијабетично стопало кај пациентот со дијабетес: артропатија често на глуждот, ЦРП нормално, видете
  - Контактен дерматитис (веројатно предизвикан од локален агенс кој се користи при дерматитис на ногата)
  - Еритема мигранс на ногата: со доказ за каснување од крлеж, ЦРП нормално
  - Erythema nodosum: неколку нодули над ниво кои се осетливи на палпација
  - Erysipeloid на рака

ТРЕТМАН

- Одмор во кревет; повеќето случаи бараат брза хоспитализација.
- Постојат лимитиран број на студии со податоци за оптимална антимикробната терапија (ннд- **D**) сепак пеницилин се смета за лек на избор.
- Пеницилин се дава или интравенски (пеницилин G 1-3.000.000 единици на секои 6 часа) или интрамускулно (прокаин пеницилин 1,5-3,0 милиони единици еднаш дневно). Пореткото дозирање овозможува третманот да се спроведува во домашни услови.
- Ширење на инфекцијата може да се следи со цртање на линија околу зафатената област.
- Како инфекцијата почнува да се смирува и температурата да се нормализира, обично по 3-5 дена, може да се префрли на орален третман (пеницилин V 1-1.500.000 единици три пати на ден).
- Во почетната фаза, може да се користат влажни облоги како дополнување на антимикробната терапија со цел да се ублажат симптомите; облогите се менуваат 2-3 пати на ден.
- Пациенти со алергија на пеницилин се третираат со цефалоспорини (пр. цефуроксим 1,5 g три пати на ден iv, продолжено со цефалексин 500-750 mg три пати на ден пер ос) или клиндамицин (прво 300-600 mg четири пати дневно IV за 3-5 дена, а потоа 300 mg четири пати дневно пер ос).
- Периодот третман на првата епизода на еризипел е 2-3 недели.

ПОВТОРУВАЧКИ ИЛИ РЕКУРЕНТЕН ЕРИЗИПЕЛ

- Ако одговорот на пеницилин е слаб или се јавиле улцерации на афицирана кожа уште во почетната фаза, треба да се смета на можност за стафилококна инфекција.

- Во таков случај, третманот се состои од интравенски цефалоспорин или клиндамицин во тек на 3-7 дена а потоа со орална терапија.
- Периодот на третман за рекурентен еризипел е 4-6 недели.
- Долг период третман е индициран, особено, кај пациенти кај кои еризипелот се јавува на делови кои слабо заздравуваат или на ткива кои се едематозни поради лошата крвна или лимфна циркулација.
- Ако еризипелот се повторува често (на пример, 3 пати во рок од неколку години) долгорочна антимикробната терапија (пример во тек на неколку месеци или дури доживотно) треба да се земе во предвид.
- Лекот кој се користи е или бензатин пеницилин (1,2-2.400.000 единици интрамускулно на секои 4 недели, и почесто доколку е потребно) или пеницилин V (1-2.000.000 единици/24 часа преку уста).
- Дозата се прилагодува индивидуално, зависно од тоа колку брзо симптомите се повторуваат.
- Кај пациенти со алергија на пеницилин обично може да се користат цефалоспорини.
- Ако еризипел повторува важно е да се идентификуваат и третираат сите места за влез на инфекцијата и да се советува пациентот да се заштити од нова изложеност (на пр избегнување на несоодветни обувки).
- Од особена важност е справување со едем на ногата (еластични чорапи, наизменично пневматска компресија и рачна лимфна дренажа при тежок лимфедем).

ЦЕЛУЛИТИС

- Целулитис наликува еризипел, но кожниот еритем е послабо демаркиран.
- Воспалената област не е јасно издигната од околната кожа и се протега подлабоко во масното ткиво.
- Покачена температура и тешки системски симптоми се типични.
- Не е неопходно јасно да се разграничат двете состојби со оглед на тоа дека принципите на лекување се исти.
- Обете состојби исто така се поврзани со предиспонирачки фактори и имаат тенденција да се повторат.
- Значењето на стафилококите може сепак да биде позначајно кај целулитис и кога парентералниот пеницилин се покажува неефикасен во рок од неколку дена, третманот треба да продолжи со цефалоспорин, клиндамицин или клоксацилин.

НЕКРОТИЗИРАЧКА ИНФЕКЦИЈА

- Исклучително важно е да се диференцира еризипел и целулитис од некротизирачка инфекција, третманот секогаш се состои од хируршка интервенција во комбинација со интравенски антибиотици од широк спектар.
- Предупредувачки знаци за некротизирачка инфекција се интензивна болка која е непропорционална со опсегот на кожните промени, формирање на везикули на кожата, интензивен оток кој ја надминува кожната лезија, губиток на осет на кожата, тешки општи симптоми и сепса.

Претходни автори;
Heli Majamaa и Jaakko Karvonen
Posleden pat pregledano za a`urirawe 24.9.2013 • Posledna promena 24.9.2013
Article ID: ebm00275 (013.020)
© 2014 Duodecim Medical Publications Ltd

ЕРИЗИПЕЛ - ПОВРЗАНИ ИЗВОРИ

Поврзани извори
25.1.2009

- Интернет извори
- Литература

ИНТЕРНЕТ ИЗВОРИ

1. Nochimson G. Erysipelas. eMedicine

ЛИТЕРАТУРА

1. Sjöblom AC, Eriksson B, Jorup-Rönström C, Karkkonen K, Lindqvist M. Antibiotic prophylaxis in recurrent erysipelas. Infection 1993 Nov-Dec;21(6):390-3. PubMed
2. Wang JH, Liu YC, Cheng DL, Yen MY, Chen YS, Wang JH, Wann SR, Lin HH. Role of benzathine penicillin G in prophylaxis for recurrent streptococcal cellulitis of the lower legs. Clin Infect Dis 1997 Sep;25(3):685-9. PubMed
3. Bonnetblanc JM, Bédane C. Erysipelas: recognition and management. Am J Clin Dermatol 2003;4(3):157-63. PubMed
4. Krasagakis K, Samonis G, Maniatakis P, Georgala S, Tosca A. Bullous erysipelas: clinical presentation, staphylococcal involvement and methicillin resistance. Dermatology 2006;212(1):31-5. PubMed
5. Török L. Uncommon manifestations of erysipelas. Clin Dermatol 2005 Sep-Oct;23(5):515-8. PubMed

1. **EBM Guidelines, 24.9.2013, www.ebm-guidelines**
2. **Упатството треба да се ажурира после 3 години**
3. **Предвидено следно ажурирање во 2016 година**

Упатството го ажурирала: Проф. Др. И. Кондова Топузовска
Координатор: Проф. Др. К. Зафировска

1500.

Врз основа на член 27 став (1) од Законот за здравствената заштита („Службен весник на Република Македонија“ број 43/12, 145/12, 87/13, 164/13, 39/14, 43/14, 132/14, 188/14 и 10/15), министерот за здравство донесе

У П А Т С Т В О
ЗА МЕДИЦИНСКОТО ЗГРИЖУВАЊЕ ПРИ ЕКОЛОГИЈА НА УПОТРЕБА НА АНТИМИКРОБНИ ЛЕКОВИ

Член 1

Со ова упатство се утврдува медицинското згрижување при екологија на употреба на антимикробни лекови.

Член 2

Начинот на медицинското згрижување при екологија на употреба на антимикробни лекови е даден во прилог, кој е составен дел на ова упатство.

Член 3

Здравствените работници и здравствените соработници ја вршат здравствената дејност на медицинското згрижување при екологија на употреба на антимикробни лекови по правило согласно ова упатство.

По исклучок од став 1 на овој член, во поединечни случаи по оценка на докторот може да се отстапи од одредбите на ова упатство, со соодветно писмено образложение за причините и потребата за отстапување и со проценка за натамошниот тек на згрижувањето, при што истото од страна на докторот соодветно се документира во писмена форма во медицинското досие на пациентот.

Член 4

Со денот на влегувањето во сила на ова упатство престанува да важи Упатството за практикување на медицина засновано на докази за екологија на употреба на антими-кробни лекови („Службен весник на Република Македонија“ бр. 12/13).

Член 5

Ова упатство влегува во сила наредниот ден од денот на објавувањето во „Службен весник на Република Македонија“.

Бр. 17-2505/1
27 февруари 2015 година
Скопје

Министер,
Никола Тодоров, с.р.

Прилог

ЕКОЛОГИЈА НА УПОТРЕБА НА АНТИМИКРОБНИ ЛЕКОВИ

МЗД Упатство
24.9.2013 • Последна промена на 24.9.2013
Pentti Huovinen

- Вовед
- Развој на резистенција
- Контрола на резистенција
- Зголемено значење на нормалната бактериска флора
- Антибиотик асоцирана дијареја
- Успешен и безбеден третман
- Поврзани извори
- Референци

ВОВЕД

- Првите прави антимикробни агенси биле воведени во 1935 година (сулфонамидите) и 1942 година (пеницилинот). Оттогаш па наваму, стотици нови антимикробни агенси се откриени и лансирани на пазарот.
- Повеќето антибиотици се препишуваат на амбулантски лекувани болни. Приближно 80% од антибиотиците во амбулантите се препишуваат за третман на инфекции на респираторниот тракт, на пример, медијален отитис и синузитис. Следна најчеста индикација за антибиотска терапија се инфекциите на уринарниот тракт и кожата. Во болниците, најчеста индикација е хируршката профилакса.

РАЗВОЈ НА РЕЗИСТЕНЦИЈА

- Бактериите се присутни на земјата 3.8 милиони години. Во зависност од начинот на калкулацијата, хуманите специеси се стари неколку милиони години. Бактериите во оптимални услови можат да се размножуваат секои 20 минути и имаат одличен капацитет за адаптација на промени на нивната околина. За некои бактерии се знае дека можат да издржат температури од неколку стотици степени или да преживеат хидростатски притисок на илијадници метри под водната површина. Благодарение на нивниот механизам за дезоксирибонуклеинска киселина (ДНК) репарација, некои бактерии се резистентни дури и на радиокативно зрачење.
- Во текот на изминатите 70 години, бактериите што ги поседува човекот и оние во неговото најблиско окружување биле подложени на непаралелен селекционен притисок. Употребата на антимикробни агенси ги фаворизира бактериите кои се природно резистентни на лекот. Осетливите бактерии умираат, оние најрезистентните преживуваат, при што е можно човекот веќе да го има променето составот на видовите или сродните по честота видови во неговата бактериска флора. Бидејќи испитувањето на составот на нормалната човекова микробна флора стана возможно само во последните години, невозможно е да се дефинираат настанатите промени и нивните последици врз човековото здравје. Како и да е, познати се епидемиолошките студии, каде примената на антибиотици е поврзана со појава на пример на Кронова болест како еден од ризик факторите од таа примена.
- Досега се откриени стотици различни гени на резистенција кај бактериите. Се претпоставува дека потекнуваат одвнатре, од нормалната бактериска флора, или, пак,

однадвор, но бактериите имаат способност да направат збир на нови гени на резистенција. Пнеумококните гени за резистенција кон пеницилин, на пример, се збир на други бактерии од оралната флора.

- Најзагрижувачка карактеристика на бактериите е мултирезистентноста, односно можноста во исто време да преживеат повеќе антимикробни лекови. Повеќе резистентни бактерии кои се од клиничко значење, поседуваат мултипна резистенција. Бактериите се способни да собираат кодирани гени во генските касети за резистенција, кои се префрлаат од еден на друг бактериски вид Од друга страна, резистенцијата може да биде кодирана со мутации во хромозомските гени и на тој начин, главно, пренесена со мултипликација на бактерискиот геном.
- Најзагрижувачки феномен во 2010-tata година be{e ширењето на Грам негативни бацили пр. E. coli и Klebsiella, кои се резистентни на сите современи антимикробни лекови. Во третманот на инфекции предизвикани од овие bakterii кои се истотака резистентни и на карбапенеми принудено е да се ослонува на колистин, токсичен и неефikasen лек кој датира од 1950-tata година.

КОНТРОЛА НА РЕЗИСТЕНЦИЈАТА

- Резистенцијата претставува проблем во секојдневната клиничка практика во рамките на примарната здравствена заштита, а посебно во болниците. Бидејќи употребата на антимикробни агенси е неопходна, бактериската резистенција ќе остане постојан проблем.
- Во последните неколку декади, успеано е да се развијат само неколку нови антимикробни средства и тие не се од помош во решавање на проблемот со резистенцијата. Потребно е најмалку 10 години да се развие еден лек. Така што не се очекува брзо решавање на проблемот на резистенцијата.
- Бактериската резистенција може да се контролира со редукција на употребата на антибиотици и со спречување на бактериското ширење.
    - Секогаш да се направи обид да се постави прецизна дијагноза. Да се користат лабораториските и радиографските испитувања според препораките.
    - Да се користат антимикробни лекови само кога е потребно. Да не се отстапува од препораките за различни индикации, освен ако немаш валидна причина за тоа.
    - Ако се одлучи да се започне антимикробна терапија, треба да се обезбеди внимателно следење на пациентот.
    - Да се одржува строга хигиена на рацете. Да се употребуваат средства за деконтаминација на раце помеѓу манипулации со различни пациенти. За намалување на загаденоста на рацете далеку се подобри средствата за раце врз база на алкохол отколку обичните сапуни (ннд- С). Средствата за раце врз база на алкохол не се ефективни кон некои микроорганизми, како што е Clostridium difficile, како најзначаен пример. Според тоа, миењето на раце со вода и сапун сè уште е потребна алтернатива во болница и во други здравствени установи.
- На ширењето на резистентни бактерии може да влијае нивото на хигиената. Во болниците хигиената на рацете на персоналот и пациентите се најважен фактор во ширењето на бактериите. Во многу земји, оптималната клима е причина за одржување на обемна флора, што од своја страна го потенцира проблемот со резистенција.
- Во иднина, во сите земји, посебно во здравствените амбуланти треба да се подобри хигиената. Како пример се и центрите за дневен престој кои се важни во ширењето на инфекции кај децата.

ЗГОЛЕМЕНО ЗНАЧЕЊЕ НА НОРМАЛНАТА БАКТЕРСИКА ФЛОРА

- Во интерес на пациентот е да се употребат антимикробни лекови само кога за нив постои јасна потреба. Повеќе студии покажале дека антимикробниот третман го зголемува ризикот пациентот да се колонизира со нови резистентни бактерии. На екпсперименталeн модел на животни е покажано дека 1000 до 100000 пати помалку бактерии се потребни за колонизација за време на антибактериски третман отколку без ваков третман.

- Антимикробните лекови ги уништуваат бактериите од нормалната флора и создаваат вакуум за окупација од страна на резистентни бактерии кои со тоа добиваат простор за размножување. Пациентот станува носител на овие бактери, со што се олеснува нивното ширење.
- Кај млади жени, антимикробниот третман резултира со 2 до 4 пати поголем ризик за уринарна инфекција. Ова веројатно е резултат на супресија на нормалната бактериска флора што фаворизира колонизација на патогени бактерии 2 до 4 недели по третманот.
- Прелиминарните студии покажале дека корекција на нарушувањето на бактериската флора со орални и орофарингелани алфа-хемолитични стрептококи после антимикробен третман доведува до статистички значајна заштита од повторен медијален отитис и фарингит. Како и да е, со исклучок на фекална трансплантација која се користи за третман на рекурентна со антибиотик – асоцирана дијареа предизвикана од Clostridium difficile, бактериската терапија досега не е доволно испитана со цел да се примени за третман на пациентите.
- Покрај тоа, бактериската флора se pojavuva kako важна во етиологијата и контролата на многу болести. Дополнително, таа произведува и соединенија кои се значајни за здравјето.

СО АНТИБИОТИК АСОЦИРАНА ДИЈАРЕЈА

- Супресија на нормалната интестинална флора овозможува раст на Clostridium difficile во цревата. C.difficile произведува дијарогени токсини. Неговото значење е во пораст посебно со зголемената употреба на цефалоспорини и флуорокинолони. Антибиотици со широк спектар заедно со повторувани антибиотски третмани се значаен ризик-фактор за антибиотик асоцирана дијареја. Нов вид на C. difficile, од неодамна, брзо се шири низ различни делови од светот и причинува висока смртност. Во третман на C. difificile широко применуван беше метронидазолот, но новите видови јасно покажуваат резистенција отколку што беше случај претходно.
- Превенција на дијареја асоцирана со антибиотик: одбегнување на непотребна употреба на антимикробни лекови. Пациентите со дијареја асоцирана со антибиотик во болниците треба да се изолираат. Придржување кон добра хигиена на рацете. Средствата за раце на база на алкохол не ги убиваат спорите на C. difficile. Поради тоа рацете треба да се мијат детално со вода и сапун и потоа внимателно да се исушат. Кај деца, администрација на капсули Lactobacillus GG доведува до статистички значајна заштита од дијареја асоцирана со антибиотик (ннд- С). Исто така, производите од габичката Saccharomyces boulardii можат да помогнат во редукција на рекурирачки епизоди на дијареја асоцирана со антибиотик. Фекална трансплантација досега е успешно применета во неколку фински болници за третман на рекурентни епизоди на дијареа.

УСПЕШЕН И СИГУРЕН ТРЕТМАН

- За да се сочува ефикасноста во иднина, потребно е избегнување на непотребна употреба на антимикробни лекови и корекција на своеволните тераписки практики.
- Ефикасноста и безбедноста не се независни една од друга. Употребата на нови антибиотици со широк спектар за амбулантски болни многу ретко е оправдано во ситуација на променета резистенција. Во спротивно, зголемената ентузијастичка употреба на антибиотици со широк спектар предизвикува непотребна супресија на нормалната флора и доведува до развој на резистенција кон тие лекови кои не се за употреба во терапијата од прва линија.
- Со следење на состојбата во развојот на бактериска резистенција и употребата на антимикробни лекови, може да се направат и издадат водичи кои овозможуваат ефикасен и сигурен анибактериски третман.

ЕКОЛОГИЈА НА УПОТРЕБА НА АНТИМИКРОБНИ ЛЕКОВИ- ПОВРЗАНИ ИЗВОРИ

Поврзани извори
19.11.2007

Литература

- Girou E, Loyeau S, Legrand P, Oppein F, Brun-Buisson C. Efficacy of handrubbing with alcohol based solution versus standard handwashing with antiseptic soap: randomised clinical trial. BMJ 2002 Aug 17;325(7360):362. PubMed

РЕФЕРЕНЦИ

1. Mattila E, Uusitalo-Seppälä R, Wuorela M et al. Fecal transplantation, through colonoscopy, is effective therapy for recurrent Clostridium difficile infection. Gastroenterology 2012;142(3):490-6. PubMed

1. **EBM Guidelines, 24.9.2013, www.ebm-guidelines**
2. **Упатството треба да се ажурира после 3 години**
3. **Предвидено следно ажурирање во 2016 година**

Упатството го ажурирала: Проф. Др. И. Кондова Топузовска
Координатор: Проф. Др. К. Зафировска

1501.

Врз основа на член 27 став (1) од Законот за здравствената заштита („Службен весник на Република Македонија“ број 43/12, 145/12, 87/13, 164/13, 39/14, 43/14, 132/14, 188/14 и 10/15), министерот за здравство донесе

У П А Т С Т В О
ЗА МЕДИЦИНСКОТО ЗГРИЖУВАЊЕ ПРИ АКУТНИ АБДОМИНАЛНИ СИМПТОМИ КАЈ ДЕЦА

Член 1

Со ова упатство се утврдува медицинското згрижување при акутни абдоминални симптоми кај деца.

Член 2

Начинот на медицинското згрижување при акутни абдоминални симптоми кај деца е даден во прилог, кој е составен дел на ова упатство.

Член 3

Здравствените работници и здравствените соработници ја вршат здравствената дејност на медицинското згрижување при акутни абдоминални симптоми кај деца по правило согласно ова упатство.

По исклучок од став 1 на овој член, во поединечни случаи по оценка на докторот може да се отстапи од одредбите на ова упатство, со соодветно писмено образложение за причините и потребата за отстапување и со проценка за натамошниот тек на згрижувањето, при што истото од страна на докторот соодветно се документира во писмена форма во медицинското досие на пациентот.

Член 4

Со денот на влегувањето во сила на ова упатство престанува да важи Упатството за практикување на медицина заснована на докази при акутни абдоминални симптоми кај деца („Службен весник на Република Македонија“ бр. 12/13)..

Член 5

Ова упатство влегува во сила наредниот ден од денот на објавувањето во „Службен весник на Република Македонија“.

Бр. 17-2504/1
27 февруари 2015 година
Скопје

Министер,
Никола Тодоров, с.р.

Прилог

АКУТНИ АБДОМИНАЛНИ СИМПТОМИ КАЈ ДЕЦА

МЗД Упатство
10.7.2013 • Последна промена на 10.7.2013
Risto Rintala

- Основни податоци
- Анамнеза
- Физикален преглед
- Лабораториски инвестигации
- Дијагностички дистинкции
- Пилорна стеноза
- Инвагинација
- Инкарцерирана хернија
- Акутен тестис
- Акутен апендицитис
- Гастроентеритис
- Респираторни инфекции
- Инфекции на уринарен тракт и други сериозни бактериски инфекции
- Констипација
- Henoch Schönlein purpura
- Други причини
- Поврзани докази

ОСНОВНИ ПОДАТОЦИ

- Повеќето абдоминални симптоми кај децата може да бидат третирани во примарна здравствена заштита (ПЗЗ). Најчеста е т.н. неспецифична абдоминална болка која има непозната етиологија но, сепак, е посебен ентитет.
- Многу е важно да се дијагностицира (идентификува) болеста која бара хируршки третман.
- Акутниот апендицитис е далеку најчеста причина за абдоминална болка што бара итен хируршки третман.
- Причината за абдоминална болка може да биде локализирана и надвор од абдоминалната регија, на пример, респираторни инфекции.
- Од нехируршките заболувања итен третман е потребен кај тешки бактериски инфекции (пиелонефрити, менингитиси).

ИСТОРИЈА НА БОЛЕСТА

- Возраст.
- Колку акутно започнале симптомите и колку долго траат,
- Типот на болката (континуирана или пароксизмална),
- Придружни симптоми.

ФИЗИКАЛЕН ПРЕГЛЕД

Абдоминална палпација

- Ако детето е преплашено прегледот најдобро ќе се изведе доколку детето лежи во прегратките на родителот на својот грб со флектирани колена.
- Проценката на локалната болна чувствителност треба да започне со палпација на регија која е колку што е можно поодалечена од местото на болката.
- Дефансот на абдоминалниот ѕид е знак за болна чувствителност. Знакот треба да се провери неколку пати за де се потврди неговото постоење и локација.

Дигитален ректален преглед:
- Може да биде застрашувачко и болно искуство за детето. Затоа овој преглед не треба да се прави без јасна индикација.
- Ако сомнението за апендицит е многу изразено па детето, секако, ќе се упати во болница за понатамошно следење, нема потреба од ректален преглед кој би го извел матичниот лекар.
- Рутинскиот дигитален ректален преглед не е корисен во дијагностиката на акутниот апендицитис, но треба да се направи во процена на изгледот на фецесот кога постои сомнение за инвагинација (дете под двегодишна возраст) или тежок облик на опстипација (обично кај постарите деца).

Општ физикален преглед:
- Инфекции на ушите или респираторниот тракт,
- Гениталиите (тестисите), ингвиналниот регион (хернија),
- Кожата (Henoch–Schönlein пурпура),
- Секогаш треба да се процени губењето во тежина кај дете кое повраќа или има дијареја. Како поткрепа на физикалниот преглед како основа треба да се користат мерките од детскиот картон на матичниот лекар (ако е потребно да се земат и параметрите на раст).

ЛАБОРАТОРИСКИ ИНВЕСТИГАЦИИ

Уринарен преглед:
- Еден процент од децата со абдоминална болка имаат уринарна инфекција.
- Како скрининг доволно е да се направи уринарен стик тест за присуство на нитрити и леукоцити.
- Ако е потребно се прави микроскопски прегледи и уринокултура. Дијагнозата на уринарна инфекција мора секогаш да се базира на правилно земен примерок на урина и уринокултура.
- Некои пациенти со апендицитис имаат пиурија, но присуството на нитрити секогаш сугерира на инфекција на уринарен тракт.

Крвна слика и серумски Ц-реактивен протеин (ЦРП):
- Важен преглед во случаите каде симптомите започнуваат акутно и ако симптомите се благи, но, сепак, не исклучуваат можност за апендицитис.
- Клиничката слика и нејзиниот развој при следењето на пациентот се најважна основа за одлуката околу третманот и понатамошното упатување на специјалистички третман. Дете со сериозни симптоми никогаш не смее да се отпушти на домашно лекување дури и тогаш кога лабораториските резултати се комплетно уредни.
- Доколку серумското ЦРП и леукоцитите се нормални а болката трае најмалку 12 часа и не е многу јака, тогаш, веројатно, не се работи за акутен апендицитис и детето може да се следи и во домашни услови.
- Ако едниот или обата теста се абнормални тогаш детето веднаш треба да се упати во болница.
- Ако болката трае кратко време дури и комплетно нормални лабораториски резултати не можат да исклучат апендицитис. Од друга страна, напредната болест е малку веројатна, па неколкучасовно следење, вообичаено, е безбедно по пациентот.
- Споредбата на аксиларната и ректалната температура не е корисно во дијагнозата на акутен апендицитис.
- Кај болна опстипација нивото на леукоцити може да биде високо но нивото на серумско ЦРП секогаш е нормално.

ДИЈАГНОСТИЧКИ ИНДИЦИИ

- Најважните специфични причини и дијагностички индиции за абдоминална болка кај различни возрасни групи се прикажани во табела бр.1.

Табела 1. Најважни специфични причини за абдоминална болка и дијагностички дилеми кај различни возрасни групи		
Возрасна група	**Причина за болка**	**Дијагностички индиции**
* Болести кои имаат потреба од хируршки третман се означени со ѕвездичка.		
од 0 до 2 год.	Пилорна стеноза*	Повраќање во млаз; возраст од 2 до 8 недели
	Инвагинација*	Пароксизмална болка, течни столици кои личат на "вода од месо", празна ампула ректи при дигитален ректален преглед.
	Инкарцерирана хернија*	Репозицијата не е ниту лесна ниту секогаш успешна
	Торзија на тестиси*	Тестикуларна болка, видлив оток , можна е и торзија на тестисот во ингвиналниот канал при негова ретенција.
	Гастроентеритис	Дијареја или повраќање се првите доминантни симптоми.
	Otitis media	Ушен преглед
	Инфекција на уринарен тракт или друга сериозна инфекција	Треска и повраќање без дијареја; уринарен преглед
3–11 год.	Апендицитис*	Трансфер на болка, точка на максимална болна осетливост, тест со скокање.
	Неспецифична абдоминална болка	Најчест ентитет; важно да се разграничи од апендицитис.
	Мезентеријален лимфаденитис	Клиничката слика не се разликува многу од онаа на апендицитс
	Гастроентеритис	Дијареја на почетокот на болеста, отсутна болна чувствителност на палпација
	Опстипација	Анамнеза, тврда столица, обично многу јака болка.
	Пневмонија	Кашлица, аускултаторен наод, рендгенографија на бели дробови
	Синузитис	Локални симптоми, ултрасонографски преглед, рендгенографија на синуси
	Тонзилитис	Инспекција на фарингс
	Уринарна инфекција	Преглед на урина
	Henoch–Schönlein purpura	Петехијален исип
> 11 год.	Апендицитис*	Види погоре
	Гастроентеритис	Види погоре
	Салпингитис	Само кај сексуално активни
	Оваријални цисти	Може да прсне при напор
	Уринарна инфекција	Преглед на урина

ПИЛОРНА СТЕНОЗА

- Се развива прогресивно од втората недела на животот и предизвикува повраќање во млаз.
- Детето треба да се упати во болница во моментот кога ќе престане да напредува во тежина.

ИНВАГИНАЦИЈА

- Типични симптоми вклучуваат тешки пароксизмални спастични напади меѓу кои детето речиси е асимптоматско.
- Општата состојба рапидно се влошува.
- Воденести столици кои содржат крв (како вода од месо или желе од малина) се типичен наод.
- Абдоминален тумефакт во форма на колбас е чест наод на палпација (десен или среден дел на абдомен).
- На дигитален ректален преглед ректалната ампула е празна или има мала количина на водено-крвава столица.
- Репозиција на цревото со радиолошка техника со воздух или контраст обично е успешна.

ИНКАРЦЕРИРАНА ХЕРНИЈА

- Состојба типична за доенчиња под 6 месеци, ретко кај постари деца.
- Главен симптом е болка, а кај пролонгирани состојби повраќање или симптоми на оклузија.
- Најважен наод е палпабилна, осетлива, тврда црвеникава маса во регија на ингвиналниот канал над или медијално од долниот или средишниот дел на ингвиналниот лигамент.
- Види посебен труд за хернија кај деца.

АКУТЕН ТЕСТИС

- Диференцијална дијагноза:
  - Торзија на тестис
  - Акутна хидрокела
  - Торзија на тестикуларен апендикс
  - Епидидимит (epididimo - orhitis)
- Највисока инциденца кај новороденчиња и момчиња пред пубертет.
- Торзија на епидидимис и епидидимитис се почести состојби од тестикуларна торзија и може да се јави на која било возраст.
- Најчесто, прв симптом е абдоминална болка.
- Кај сите погоренаведени кондиции со инспекција и палпација на тестисите може да се открие оток или осетливост. Кај торзија на тестис, тестисот обично е ретрахиран во горниот дел на скротумот или во отвореният ингвинален канал.
- Акутен скротум е индикација за ургентна хируршка интервенција, освен ако со сигурност не се исклучи торзија на тестис.

АКУТЕН АПЕНДИЦИТИС

- Иницијалниот симптом речиси секогаш е умбиликална болка.
- Локализација на болката во десниот долен квадрант сугерира напредната болест која предизвикува иритација на перитонеумот.
- Ако има палпабилна осетливост во McBurney-евата точка (на многу мала зона), постои голема веројатност за акутен апендицитис.
- Болката која се интензивира при движења или вибрации е типична за апендицитис .
- Скокањето е добар тест на провокација, треба детето да се натера да скокне на двете потпетици или да скокне од мало столче. Ако ова не предизвика болка, веројатно не се работи за апендицитис .
- Повраќањето е типичен симптом на апендицитис. За разлика од гастроентеритис, повраќањето кај акутен апендицитис започнува по болка која трае релативно долго време.
- Дијарејата е поретка во споредба со повраќањето и никогаш не е профузна.

ГАСТРОЕНТЕРИТИС

- Најчеста причина за абдоминална болка кај деца.
- Гастроентеритис се дијагностицира доколку повраќањето и дијарејата се водечки симптоми и истовремено е присутна умерена осцилирачка болка.
- Најчесто нема осетливост на палпација.

РЕСПИРАТОРНИ ИНФЕКЦИИ

- Пневмонија, синуситис, отитис медија и понекогаш тонзилитис може да предизвикаат абдоминална болка
  - Преглед на горен респираторен тракт и уво, исто така, и радиографија на граден кош и синуси или ултразвучен преглед на синуси се индицирани, ако наодот кој сугерира апендицитис не е прилично јасен.
- Пневмонија на десен долен лобус може да биде причина за болка во McBurney- евата точка.

ИНФЕКЦИИ НА УРИНАРЕН ТРАКТ И ДРУГИ СЕРИОЗНИ БАКТЕРИСКИ ИНФЕКЦИИ

- Инфекциите, вообичаено се презентираат со фебрилност и повраќање.
- Да не се поставува дијагноза гастроентеритис, ако детето нема дијареја.

КОНСТИПАЦИЈА

- Силна болка во абдоменот често е асоцирана со акутна констипација, а кај хронична констипација болката е поретка.
- Болката е флуктуирачка, може да се почувствува во средниот дел на абдоменот.
- Кај акутна констипација обично не се чувствува палпабилна маса од ретинирен фецес. На дигитален ректален преглед ректалната ампула е полна со тврд фецес.
- Иницијалниот третман на болна копростаза е bisacodyl мини клизма или клизма од 120ml раствор. Клизми со голем волумен на течност не треба да се користат. Потребен е совет за исхрана, друга терапија не е неопходна.

HENOCH - SCHÖNLEIN ПУРПУРА

- Иницијален симптом е пароксизмална абдоминална болка.
- Папуларен, а подоцна и петехијален исип на задникот и долните екстремитети е клучен за дијагнозата.
- Инвагинација е ретка компликација на болеста.

ДРУГИ ПРИЧИНИ

- Тинејџери и сексуално активни девојчиња може да бидат дијагностички проблем. Потенцијални причини за абдоминална болка може да бидат:
  - Апендицитис
  - Причини од гениталните органи
    - руптура на оваријална циста (предизвикува нагла абдоминална болка, понекогаш асоцирана со физички напор. Со текот на времето на следење болката се смирува и лабораториските наоди се нормални).
    - екстраутерина бременост.

Претходни автори:
Ilkka Kunnamo
Posleden pat pregledano za a`urirawe 10.7.2013• Posledna promena10.7.2013
Article ID: ebm00628 (029.021)
© 2014 Duodecim Medical Publications Ltd

ПОВРЗАНИ ИЗВОРИ

7.5.2007

Сумарни докази

- Елиминирањето на протеините на кравјо млеко и бихевиорални интервенции (редуцирана стимулација во комбинација со дозвола да се остави доенчето) се ефикасен третман за инфантилни колики. Антихолинергичните лекови, исто така се ефикасни, но не се препорачуваат поради потенцијално сериозните и несакани ефекти (ннд- **А**).
- ЦРП е тест со осредна точност и има нешто помала важност од бројот на вкупни леукоцити во дијагнозата на акутниот апендицитис (ннд- **В**).

1. **EBM Guidelines, 10.7.2013, www.ebm-guidelines.com**
2. **Упатството треба да се ажурира после 3 години.**
3. **Предвидено е следно ажурирање во 2016 година.**

Упатството го ажурирала: Проф. Др. И. Кондова Топузовска
Координатор: Проф. Др. К. Зафировска

1502.

Врз основа на член 27 став (1) од Законот за здравствената заштита („Службен весник на Република Македонија“ број 43/12, 145/12, 87/13, 164/13, 39/14, 43/14, 132/14, 188/14 и 10/15), министерот за здравство донесе

У П А Т С Т В О
ЗА МЕДИЦИНСКОТО ЗГРИЖУВАЊЕ ПРИ АКУТЕН БРОНХИТ

Член 1

Со ова упатство се утврдува медицинското згрижување при акутен бронхит.

Член 2

Начинот на медицинското згрижување при акутен бронхит е даден во прилог, кој е составен дел на ова упатство.

Член 3

Здравствените работници и здравствените соработници ја вршат здравствената дејност на медицинското згрижување при акутен бронхит по правило согласно ова упатство.

По исклучок од став 1 на овој член, во поединечни случаи по оценка на докторот може да се отстапи од одредбите на ова упатство, со соодветно писмено образложение за причините и потребата за отстапување и со проценка за натамошниот тек на згрижувањето, при што истото од страна на докторот соодветно се документира во писмена форма во медицинското досие на пациентот.

Член 4

Со денот на влегувањето во сила на ова упатство престанува да важи Упатството за практикување на медицина засновано на докази при акутен бронхит („Службен весник на Република Македонија“ бр. 12/13).

Член 5

Ова упатство влегува во сила наредниот ден од денот на објавувањето во „Службен весник на Република Македонија“.

Бр. 17-2503/1
27 февруари 2015 година
Скопје

Министер,
Никола Тодоров, с.р.

Прилог

АКУТЕН БРОНХИТ

МЗД Упатство
3.4.2014 • Kompletno a`urirano
Pekka Honkanen

- Основни податоци
- Етиологија
- Симптоми
- Дијагноза
- Диференцијална дијагноза
- Лекување
- Поврзани извори
- Референци

ОСНОВНИ ПОДАТОЦИ

- Основни симптоми на акутен бронхитис се кашлица и искашлување на искашлок кое трае пократко од 2 до 3 недели. Покрај тоа, обично се присутни и други симптоми на инфекција на респираторниот тракт (ринитис, гушоболка, засипнатост).
- Акутниот бронхитис е најчесто вирусна инфекција која не бара антимикробна терапија.
- Најважна диференцијална дијагноза која треба да се земе во предвид е пневмонија.

ЕТИОЛОГИЈА

- Акутниот бронхитис е најчесто предизвикано од вирус.
- Предизвикувачот варира во зависност од епидемиолошката состојба. Најчестите предизвикувачи се коронавируси, риновируси, респираторниот синцицијален вирус (РС), аденовируси, параинфлуенца и инфлуенца вирус.
- Етиолошката дијагноза не може да се постави врз основа на симптомите и клинички наоди

СИМПТОМИ

- Симптоми на акутниот бронхитис вклучуваат:
  - кашлица
  - често гноен искашлок
  - диспнеа
  - отежнато дишење
  - градна болка
  - покачена температура од 38,0° С или повеќе (10-30% од пациентите се со висока температура).
- Времетраењето на кашлица е околу 2 недели кај повеќето пациенти.
- Акутниот бронхитис е обично поврзан со инфекција на горен респираторен тракт и затоа пациентот истовремено има ринитис, болка во грлото и засипнатост.
- Општи симптоми се чести: главоболка и малаксаност се јавуваат кај половина од пациентите, болка во мускулите кај еден од четворица пациенти.

ДИЈАГНОЗА

- Дијагнозата се заснова на анамнеза, клинички преглед и следење на текот на болеста.
- Микробиолошки тестови не се од било каква корист.

- Од суштинско значење е да се идентификуваат пациентите кај кои постои сомневање за пневмонија (види диференцијална дијагноза).
  - Кај генерално здрава личност без значителни општи симптоми (срцева фрекфенција <100/min, број на респирации <20/мин, телесната температура <38°C) и без наод на крепитации на аускултација или притапеност на перкусија, веројатноста на пневмонија е многу мала (2).

ДИФЕРЕНЦИЈАЛНА ДИЈАГНОЗА

- Најважна диференцијална дијагноза која треба да се разгледа е пневмонија (1). Таа е значително помалку честа појава од бронхитис (1).
  - диференцијалната дијагноза не може да се заснова само на клиничките симптоми и лабораториски наоди. Бронхитис и пневмонија често се предизвикани од страна на истиот микроби - овие две дијагнози претставуваат различни тежини на една истата болест.
  - Кај бронхитис инфекцијата е ограничена на мукозните мембрани на бронхијалното стебло додека пневмонија претставува воспаление на паренхимот на белите дробови, и затоа нејзините симптоми се потешки.

Пневмонија

- На пневмонија може да се посомнева ако пациентот ги има следните симптоми:
  - зголемен број на респирации> 20/мин
  - тахикардија (> 100/min)
  - абнормални наоди при преглед на респираторниот тракт
    - помалку чујно (ослабено) дишење
    - притапеност при перкусија
    - крепитации
    - вокална резонанца на поголема површина отколку нормално
  - кислородна сатурација <92%.
- Ако постои сомневање за пневмонија, се изведува ЦРП ; ако нивото на ЦРП е 30 mg/ml или повеќе или ако пациентот има симптоми или наоди кои укажуваат на пневмонија, се препорачува радиолошка потврда со ренгенграфија на бели дробови.
  - Ниска концентрација на ЦРП и отсуство на наоди кои укажуваат на пневмонија, со високо ниво на сигурност ја отфрлаат дијагнозата на пневмонија (5).
  - Ако општата состојба на пациентот е добра и покрај симптомите кои траеле неколку дена, ниското ниво на ЦРП може да се користи како поддршка на одлуката да не се даваат антибиотици (ннд- **В**), Сепак, ниска концентрација на ЦРП не ја исклучува можноста од сериозна бактериска болест кај пациенти со тешки симптоми.
- Изведување на ренгенграфија на бели дробови исто се препорачува кај пациенти:
  - со нарушена општа состојба
  - со продолжен или невообичаен тек на болеста
  - со постоење на примарна болест, на пример, ХОББ, бронхиектазии, дијабетес или хронични срцева, хепатална или бубрежна болест која ги предиспонира за развој на пневмонија
  - со историја на пневмонија во изминатата година.

Други диференцијални дијагнози

- Можноста за синузитис (2) треба да биде исклучена со ултразвук или ренгенграфија кај пациенти со постојани симптоми или локални знаци на воспаление на синусите.
- Следниве состојби кои може да личат на бронхитис треба да се имаат во предвид:
  - фармерски бели дробови (3)
  - белодробна токсичност на нитрофурантоин
  - и други белодробни симптоми поврзани со лекови (парентерално злато, метотрексат).
- Повеќекратни и продолжени епизоди на "бронхитис" може да биде знак за иницијална астма (4) или ХОББ (5).

ТРЕТМАН

- Супортивна терапија и нега
- Симптоматски третман
  - лекови против кашлица може да се користат за да им олеснат на пациентите да се справат со симптомите, но не постои јасен доказ за нивната ефективност (nnd- **D**).
  - симптомите на горнореспираторна инфекција како назална конгестија и продукција на мукус може да се ублажат со антихолинергетици и симпатомиметици.
  - користа од примена на симпатомиметици во третманот на бронхитис е дискутабилна (nnd- **C**), Пациентите со опструкција асоцирана со акутна респираторна инфекција може да имаат корист од давање на симпатомиметици.
- Антимикробни лекови не треба да се користат за акутниот бронхитис кај пациенти кои се инаку здрави и во добра општа состојба, бидејќи инфекцијата обично е вирусна. Антимикробната терапија треба да биде резервирана за пациенти кои имаат корист од неа, на пример, оние со висок ризик од пневмонија.
  - Антимикробна терапија треба да се земе во предвид (4) ако
    - пациентот е над 75 години и има висока температура
    - пациентот страда од тешка болест, срцева слабост, ХОББ, инсулин зависен дијабетес мелитус, сериозни невролошки заболувања или прима имуносупресивни лекови, или
    - пациентот е алкохоличар.
  - Ако антимикробната терапија е индицирана,тогаш се препорачува 750 mg амоксицилин три пати на ден, без клавулонска киселина или, 150 mg доксициклин еднаш дневно при алергија на пеницилин. Времетраењето на третманот е 5 до 7 дена.
    - Доксициклин е лек на избор, ако постои сомневање за микоплазма или кламидија.
  - Антибиотици со широк спектар не треба да се користат во третман на акутниот бронхитис без основана причина.
  - Одложеното препишување ја намалува можноста за промена на антибиотикот и бројот на посети. Ако лекарот смета дека пациентот може да има потреба од антимикробна терапија, истата се препишува на рецепт и му се дава на пациентот со инструкции да отпочне со терапија ако симптомите не се смират во рок од 2 недели.
- Бидејќи текот на болеста не може да се предвиди од клиничката слика или од лабораториските наоди, без оглед на тоа дали или не антимикробна терапија се ординира, пациентот со акутен бронхитис мора да повторно да се види и прегледа доколку симптомите перзистираат или ако се влошат.

АКУТЕН БРОНХИТИС - ПОВРЗАНИ ИЗВОРИ

Поврзани извори
12.9.2013

- Cochrane-ови прегледи
- Литература

COHRANE-ОВИ ПРЕГЛЕДИ

- Антибиотици изгледа имаат скромен ефект кај некои пациенти со дијагноза на акутен бронхитис
- Рендгенографија на белите дробови не овозможува подобар исход кај амбулантските пациенти со долнореспираторна инфекција (ннд- А).

ЛИТЕРАТУРА

- Wenzel RP, Fowler AA 3rd. Clinical practice. Acute bronchitis. N Engl J Med 2006 Nov 16;355(20):2125-30

РЕФЕРЕНЦИ

1. Honkanen PO, Rautakorpi UM, Huovinen P, et al; MIKSTRA Collaborative Study Group. Diagnostic tools in respiratory tract infections: use and comparison with Finnish guidelines. Scand J Infect Dis 2002;34(11):827-30. PubMed
2. Metlay JP, Kapoor WN, Fine MJ. Does this patient have community-acquired pneumonia? Diagnosing pneumonia by history and physical examination. JAMA 1997 Nov 5;278(17):1440-5. PubMed
3. Macfarlane J, Holmes W, Gard P, et al. Prospective study of the incidence, aetiology and outcome of adult lower respiratory tract illness in the community. Thorax 2001 Feb;56(2):109-14. PubMed
4. Woodhead M, Blasi F, Ewig S, et al; European Respiratory Society; European Society of Clinical Microbiology and Infectious Diseases. Guidelines for management of adult lower respiratory tract infections. Eur Respir J 2005;26:1138-1180 1
5. van Vugt SF, Broekhuizen BD, Lammens C et al. Use of serum C reactive protein and procalcitonin concentrations in addition to symptoms and signs to predict pneumonia in patients presenting to primary care with acute cough: diagnostic study. BMJ 2013;346():f2450. PubMed

1. **EBM Guidelines, 03.04.2014, www.ebm-guidelines.com**
2. **Упатството треба да се ажурира после 3 години.**
3. **Предвидено е следно ажурирање во 2017 година.**

Упатството го ажурирала: Проф. Др. И. Кондова Топузовска
Координатор: Проф. Др. К. Зафировска

1503.

Врз основа на член 27 став (1) од Законот за здравствената заштита („Службен весник на Република Македонија“ број 43/12, 145/12, 87/13, 164/13, 39/14, 43/14, 132/14, 188/14 и 10/15), министерот за здравство донесе

У П А Т С Т В О
ЗА МЕДИЦИНСКОТО ЗГРИЖУВАЊЕ ПРИ ВИРУСНИ БОЛЕСТИ ВО ТОПЛИ КЛИМАТСКИ УСЛОВИ

Член 1

Со ова упатство се утврдува медицинското згрижување при вирусни болести во топли климатски услови.

Член 2

Начинот на медицинското згрижување при вирусни болести во топли климатски услови е даден во прилог, кој е составен дел на ова упатство.

Член 3

Здравствените работници и здравствените соработници ја вршат здравствената дејност на медицинското згрижување при вирусни болести во топли климатски услови по правило согласно ова упатство.

По исклучок од став 1 на овој член, во поединечни случаи по оценка на докторот може да се отстапи од одредбите на ова упатство, со соодветно писмено образложение за причините и потребата за отстапување и со проценка за натамошниот тек на згрижувањето, при што истото од страна на докторот соодветно се документира во писмена форма во медицинското досие на пациентот.

Член 4

Со денот на влегувањето во сила на ова упатство престанува да важи Упатството за практикување на медицина заснована на докази при вирусни болести во топли кли-матски услови („Службен весник на Република Македонија“ бр. 49/14)..

Член 5

Ова упатство влегува во сила наредниот ден од денот на објавувањето во „Службен весник на Република Македонија“.

Бр. 17-2502/1
27 февруари 2015 година
Скопје

Министер,
Никола Тодоров, с.р.

Прилог

ВИРУСНИ БОЛЕСТИ ВО ТОПЛИ КЛИМАТСКИ УСЛОВИ

МЗД Упатства
19.11.2013 • Последна промена 19.11.2013

Heli Siikamäki и Anu Kantele

- Денга
- Chikungunya треска
- Жолта треска
- Јапонски енцефалит
- Хеморагични трески преносиви меѓу луѓето
- Поврзани извори

ДЕНГА

Причинител
- Флавивирус (арбовирус), 4 различни серотипови

Епидемиологија
- Денгата се јавува во многу тропски и суптропски области, главно во урбаните и други резиденцијални средини.
- Хеморагичната денга треска се јавува во Југоисточна Азија и Карибите, но не и во Африка
- Комарецот вектор е, исто така, најден во Јужна Европа; ендемски случаји, имено, се дијагностицирани во Мадејира, Франција и Хрватска.

Пат на инфекцијата
- Инфекцијата се пренесува од човек на човек преку каснување од комарци (*Aedes aegypti*, кои касаат преку ден, особено во градовите).

Важност во светски рамки
- Големи епидемии се јавуваат ретко
- Инциденцата на болеста е во пораст, што се должи на растот на популацијата и урбанизацијата
- 50–100 милиони случаи годишно, 2.5% од кои се фатални.
- 45% од светската популација живее во региони кои се ендемски за денга.

Симптоми
- Инкубациониот период е краток, 4–10 дена
- Симптоми
  - Висока температура (често бифазична)
  - Главоболка, болка зад очите, силна мијалгијан артралгија, гадење, респираторни симптоми, зголемени лимфни јазли.
  - Зацрвенување на лицето и предниот дел на вратот; 3–5 дена по почетокот на симптомите, се јавува слаб еритематозен исип кој се шири од трупот кон лицето и екстремитетите.
- Лабораториски наоди
  - Леукопенија и тромбоцитопенија се чести во иницијалната фаза на болеста: концентрацијата на црнодробните ензими се покачува на крај од втората недела од почерокот на болеста
- Симптомите поминуваат за 2 недели, често следено со малаксаност и депресија кои траат со недели.

ТЕШКА ФОРМА НА ДЕНГА

- Порано се нарекуваше хеморагична треска и шок синдром
- Веројатно се засновува на имунолошки механизам
- Предизвикана од зголемена пропустливост на ѕидовите на крвните садови што воид до истекување на плазмата
- Болеста почнува како обична денга треска. Откако треската ќе се намали на крајот од првата недела, се јавува силна абдоменална болка, продолжено повраќање, забрзана респираторна рата и се развиваат хеморагичните симптоми.

Дијагноза
- NS1 антиген тест (позитивен во тек на првите денови од болеста); одредување антитела (антителата се детектибилни најдоцна по една недела по почетокот на симптомите). Со комбинирање на овие тестови, дијагнозата се потврдува кај > 95% од пациентите.
- Запамети дека треба да се исклучи маларијата

Лекување
- Не постои специфичен третман; внимателно мониторирање и одржување на баланс на течности
- Нестероидните антиинфламаторни лекови треба да се избегнуваат, за температурата се дава парацетамол
- На пациентите со тешка форма на денага им е потребна интензивна нега.

Прогноза
- Добра, смртноста е под 1% кај обичната денга.
- Кај тешката форма на денга смртноста е околу 20% без лекување: со болничка нега, смртноста смртноста може да се намали под 1%.
- Преболувањето на денга дава доживотен имунитет против вирусите истиот серотип. Вркстениот-протективен имунитет против другите серотипови, сепак, остава краткотраен И минлив имунитет.

Превенција
- Одбегнување (заштита) од каснување од комарци во тек на денот.
- Засега не постои вакцина
- Истрорија за денга треска не е пре;ка за патување во ендемски подрачја. Треба да се истакне важноста на заштитата против комарци.

CHIKUNGUNYA ТРЕСКА

Причинител
- Алфавирус (арбовирус)

Епидемиологија
- Ендемична во делови на Африка, јужна и југоисточна Азија
- Во Африка болеста е главно ендемска, додека во Азија таа често се шири во вид на епидемии.
- Во 2004, една епидемија започна во Конго, од каде брзо се прошири на островите во Индискиот Океан и до индискиот полуостров. Во Индија, скоро 1.4 милиони лица беа инфицирани.
- Во 2007, chikungunya за прв пат се прошири во климатски зони со умерена температуре во вид на локални епидемии која се појави во Северна Италија, поттикната од болест кај патник кој бил инфициран во Индија.

Пат на инфекцијата
- Вектор на заболувањето е комарецот *Aedes albopictus* кој се наоѓа широко распространет и во Европа.

Важност во светски рамки
- Може да предизвика појава на големи епидемиии.

Симптоми
- Инкубацијата е 3–7 дена.
- Csмптомите ;често пати се отсутни или само благи.
- Висока температура, исип, атралгии, мијалгии, главоболка, гадење, умор
- Може да се присутни хеморагични симптоми кај четвртина од пациентите, потешкотии при дишењето, срцева слабост, симптоми на менингит или енцефалит
- Често има леукопенија и тромбоцитопенија.
- Симптомите може да траат неколку месеци, кај некои пациенти дури и со години.

Дијагноза
- Одредување антитела; датумот на разболување и анамнезата за патување се дополнителни информации од помош

Лекување
- Не постои специфичен третман.

Прогноза
- Добра; може да има пролонгирани зглобни симптоми

Превенција
- Одбегнување (заштита) од каснување од комарци, исто така и во тек на денот.
- Не постои вакцина

ЈАПОНСКИ ЕНЦЕФАЛИТ

Причинител
- Флавивирус (арбовирус)

Епидемиологија
- Се јавива во широки области во Азија, од Индија до Јапонија и Папуа Нова Гвинеја.
- Болеста има најголема преваленца во Индија и Југоисточна Азија.
- Бидејќи свињите и птиците се природните домаќини на вирусот, болеста се јавува особено на село и во растечките ареи на сламови.
- Во тропските подрачја болеста се сретнува во тек на целата година, додека во субтрописките подрачја северно од 17. паралела, најчесто се јавува од мај до октомври.

Пат на инфекцијата
- Ја пренесуваат комарци

Важност во светски рамки
- Важен причинител на вирусниот менингоенцефалит кај децата во ендемските области.
- На пример инциденцата во Тајланд, во ендемските области, е 3–5 случаи/100 000 жители/годишно.

Симптоми
- Инкубацијата е од 4–14 дена.
- Симптомите варираат од фебрилна болест со главоболка до тежок менингит или енцефалит.

Дијагноза
- Одредување антитела

Лекување
- Не постои специфичен третман.

Прогноза
- Од пациентите кои се разболуваат од енцепхалитис, една третина умира, една третина има трајни неуропсихијатриски секвели и една третина се потполное с.опоравува.

Превенција
- Превенција од каснување од комарец, исто така и во тек на денот.
- Постојат две разли;ни вакцини против јапонскиот енцефалитеис.
  - Постарата, JE-GCC, создадена во мозочните ќелии на глувци, освен реакции на преостеливост, може да даде тешки невролошки несакани ефекти. Оваа вакцина е достапна само со посебна дозвола.
  - Поновата, инактивирана вакцина се создава во Vero ткивни култури. Таа е побезбедна и подобро се поднесува. Вакцината се дава во 2 инјекции на ден 0 и на 28. ден
- Вакцинацијата не епотребна за кратки туристи;ки патувања, но се преппорачува за сите кои планираат да останат подолго, одн., подолго од еден емсец, во еднемско подрачје, особено на село (ннд-**B**).

ЖОЛТА ТРЕСКА

Причинител
- Флавивирус (арбовирус)

Епидемиологија
- Жолтата треска се наоѓа во Африка околу екваторот (90% од слу;аите) и во Јужна Америка и Амазонија, но не и во Азија.

Пат на инфекцијата
- Инфекцијата ја пренесуваат комарците.

Важност во светски рамки
- Големи епидемиии се јавуваат од време на време.

Симптоми
- Периодот на инкубација е од 3-6 дена.
- Клиничката слика варира од умерена фебрилна болест до тешка болест со појава на: главоболока, мијалгија, црнодробна и бубрежна дисфункција и хеморагии.

Дијагноза
- Одредување антитела

Лекување
- Не постои специфичен третман.

Прогноза
- Смртноста кај жолтата треска е околу 5%, а 20–50% кај иктеричниот облик на болеста.

Превенција
- Постои ефикасна вакцина против жолтата треска.
- Според СЗО, не е потребна бустер вакцинација, но засега, многу земји бараат вакцинацијата да се обновува на секои 10 години. Потврдата за вакцинација станува валидна по 10 дена од првата инјекција, а веднаш по бустер дозата.
- Создржи живи атенуирани вируси, И не треба да се дава на бремени жени и на имунокомпромитирани лица.

- Кај деца под 9 месеци старост најдено е дека вакцината предизвикува несакни ефекти од таква магнитуда, такашто тие не би требало да се вакцинираат. Ризикот за несакни ефекти е, исто така, зголемен за лица над 60 години старост и потребата за вакцинација треба внимателно да се процени кај оваа возрасна група. Ако лицето е оставено невакцинирано, медицинската основа за тоа се забележува во интернационалната потврда која му се дава на лицето.
- Потврдата за вакцинација против жолтата треска е единствената која може да биде побарана од службените лица на границата. Службена потврда за вакцинација се бара вообичаено и за лицата кои пристигаат од ендемските области. Во некои земји на западна Африка се бара сертификат за сите патници..
- Одбегнување (заштита) од каснувања од комарци.

ХЕМОРАГИЧНИ ТРЕСКИ ПРЕНОСИВИ МЕЃУ ЛУЃЕТО

- Заболувањата ги вључуваат Lassa треска, Ebola треска, Марбургшка болест и Кримско-Конгоанска хеморагична треска.

Причинители
- Вируси кои ги носат имињата на болеста која ја предизвикуваат.

Епидемиологија
- Кримско-конгоанската хеморагична треска се јавува во големи области на источна Европа, средна и западна Азија и Африка.
- Lassa треската се сретнува во Нигерија, Сиера Леоне и Либерија.
- Ebola треската се појавила во ограничени епидемии во централна и источна Африка, на пример, во Судан и Заир, како и во 1995 и во 2007 во Уганда и Република Конго).
- Marburg-шката болест е позната од една епидемија која се појавила во Германија и поранешна Југославија, а била пренесена со увезени мајмуни. Во 1998-2000 имало епидемија во демократска Република Конго (поранешна Заир) и во 2004-5 во Ангола. Во 2008 и во Холандија и во САД, беше дијагностицирана Мргбургшка болест со потекло од Уганда.

Пат на инфекцијата
- Вирусот на Конго-кримската хеморагична треска се наоѓа кај многу домашни и диви животни, а како вектор служи крлежот. Lassa вирусот е одомаќен кај стаорците. Инфекцијата се пренесува преку прашината и храната контаминирани со уринатa од стаорецот. Марбургшкиот вирус е одомаќен кај мајмуните. Домаќинот на Ебола вирусот не е познат. Овие вируси може да се пренесуваат од човек на човек при близок контакт со крвта или секретите од болниот.

Важност во светски рамки
- Болестите не се од многу голем јавно здравствен интерес. Меѓутоа, заради контагиозноста и високата смртност Еболата го свртеува вниманието за време на епидемиските појави.

Симптоми
- Сомневањето за хеморагична треска постои кога пациентот има покачена температура од непознато потекло и/или необјаснива тенденција за крварење, и ако во последните 3 недели едно од подолу наведените е позитивно (потврдено):
  - Каснување од крлеж во подрачја кадешто се знае дека се јавува Кримско-конгоанската хаеморагичната треска
  - Близок контакт со лице кај кое е докажана хеморагична треска.
  - Контакт со лабораториски примерок на крв од болен со хеморагична треска.
  - Контакт со животно кое има хеморагична треска
  - Работа во здравствената заштита во областите каде постои хеморагична треска.

Дијагноза
- Клиничка слика
- Култивирање на вирусот, одредување антитела, полимераза верижна рекција (PCR) анализа (во лаборатории со специјален степен на безбедност)

Лекување
- Симптоматско
- Рибавирин при Lassa треската

Прогноза
- Смртноста на Кримско-конгоанската хеморагична треска е околу 10–15%.
- Lassa треската обично е лесна фебрилна болест со појава на болки. Морталитетот е околу 2%.
- Ебола треската и Марбургшката болест имаат смртост под 1% (неколку десетинки од процентот)

Превенција
- Одбегнување на области со епидемиска појава на наведените болести
- Одбегнување контакт со крв и екскрети

Последен преглед за ажурирање е направен на 19.11.2013 • Последна промена на 19.11.2013

ПОВРЗАНИ ИЗВОРИ

20.11.2009

Ова упатство е создадено и ажурирано од тимот на едитори на EBMG

COCHRANE- ОВИ ИЗВОРИ

- Нема доволно докази за ефектот на кортикостероидите во лекување на денга шок синдромот кај деца (ннд- **D**).

ИНТЕРНЕТ ИЗВОРИ

- CDC Yellow fever
- Robertson J. Yellow fever. eMedicine
- CDC Dengue
- Shephard S, Hinfey B, Shoff. Dengue. eMedicine
- CDC Japanese encephalitis
- Kallen A. Japanese encephalitis. eMedicine
- CDC Special pathogens branch
- Saemi A, Alai N. Viral hemorrhagic fevers. eMedicine
- CDC Chikungunya

ЛИТЕРАТУРА

- World Health Organization (WHO) and the Special Programme for Research and Training in Tropical Diseases (TDR). Dengue, guidelines for diagnosis, treatement, prevention and control. 2009 10
- Teixeira MG, Barreto ML. Diagnosis and management of dengue. BMJ 2009 Nov 18;339():b4338. PubMed

- Gould EA, Solomon T. Pathogenic flaviviruses. Lancet 2008 Feb 9;371(9611):500-9. PubMed

Article ID: rel00591 (001.050)
© 2014 Duodecim Medical Publications Ltd

Article ID: ebm00040 (001.050)
© 2014 Duodecim Medical Publications Ltd

1. **EBM Guidelines,** 19.11.2013, **www.ebm-guidelines**
2. **Упатството треба да се ажурира по 3 год.**
3. **Предвидено следно ажурирање во 2016**

Упатството го ажурирала Проф. Др. К. Зафировска
Координатор: Проф. Др. К. Зафировска

1504.

Врз основа на член 27 став (1) од Законот за здравствената заштита („Службен весник на Република Македонија“ број 43/12, 145/12, 87/13, 164/13, 39/14, 43/14, 132/14, 188/14 и 10/15), министерот за здравство донесе

У П А Т С Т В О
ЗА МЕДИЦИНСКОТО ЗГРИЖУВАЊЕ ПРИ ВАРИЧЕЛА

Член 1

Со ова упатство се утврдува медицинското згрижување при варичела.

Член 2

Начинот на медицинското згрижување при варичела е даден во прилог, кој е составен дел на ова упатство.

Член 3

Здравствените работници и здравствените соработници ја вршат здравствената дејност на медицинското згрижување при варичела по правило согласно ова упатство.

По исклучок од став 1 на овој член, во поединечни случаи по оценка на докторот може да се отстапи од одредбите на ова упатство, со соодветно писмено образложение за причините и потребата за отстапување и со проценка за натамошниот тек на згрижувањето, при што истото од страна на докторот соодветно се документира во писмена форма во медицинското досие на пациентот.

Член 4

Со денот на влегувањето во сила на ова упатство престанува да важи Упатството за практикување на медицина заснована на докази при варичела („Службен весник на Република Македонија“ бр. 49/14)..

Член 5

Ова упатство влегува во сила наредниот ден од денот на објавувањето во „Службен весник на Република Македонија“.

Бр. 17-2501/1
27 февруари 2015 година
Скопје

Министер,
Никола Тодоров, с.р.

Прилог

ВАРИЧЕЛА

МЗД Упатства
10.4.2014 • Последна промена 10.4.2014
Marjo Renko

- Основни податоци
- Клиничка слика
- Компликации
- Контагиозност
- Дијагноза
- Третман
- Превенција
- Вакцина
- Варичела во текот на бременост и во време на породување
- Херпес зостер
- Поврзани извори

ОСНОВНИ ПОДАТОЦИ

- Кај имуносупримирани пациенти, потребно е да се превенира варичелата со хиперимун зостер глобулин, а болеста да се третира со антивирусни лекови.
- Дајте антивирусни лекови кај лица со хронични болести или со тешка атопија, на сите лица кои се третираат со перорални кортикостероиди, како и на пациенти над 13-годишна возраст.
- Повторно јавување на темпертура и/или интензивна болка во реконвалесцентниот период сугерира бактериска компликација и индицира хоспитален третман.
- Вакцина која содржи живи атенуирани вируси е достапна. Нејзиното вклучување во финската национална програма за имунизација се уште се разгледува. Види вакцинација 1

КЛИНИЧКА СЛИКА

- Обично нема продромални симптоми.
- Макулопапулозен исип се јавува одеднаш и бргу се развива во везикули. На кожата истовремено се наоѓаат лезии во различен стадиум. Везикулите, главно, се на трупот, но исто така може да се јават на главата и слузниците, на пример во устата.
- Пациентот може да е фебрилен во иницијалниот стадиум на раш.
- Пневмонија (кашлица, засенчувања на ртг-графија) е ретка кај децата, но се појавува во 15-30% кај возрасни. Ризикот е поголем за време на бременост и кај пушачи.

КОМПЛИКАЦИИ

- Стрептококите и стафилококите може да предизивикаат секундарни бактериски инфекции. Ако пациентот со варичела добие повторно висока температура и има силни болки, сетете се на можноста од компликации, на пример некротизирачки фасцинитис, предизвикан од инвазивни стрептококи.
- 10% од сите случаи на Reye-ов синдром се асоцирани со варичела. Аспирин и најверојатно и други нестероидни антиинфламаторни агенси треба да се избегнуваат кај пациенти со варичела.
- Менингоенецефалитис е ретка но сериозна компликација (1:3000-10.000).
- Постинфективен церебелитис се презентира со церебрални симптоми (атаксија, нарушена рамнотежа) по инфекција со варичела. Тој се повлекува спонтано.

КОНТАГИНОЗНОСТ

- Варичелата лесно се шири по капков пат еден ден пред појавата на осипот и 5 дена по неговата појава.
- Периодот на инкубација е 10-21 дена: покус е кај имуносупримирани пациенти и подолг по администрација на зостер хиперимун глобулин (ЗИГ).

ДИЈАГНОЗА

- Варичелата обично лесно се препознава и не се потребни лабораториски проследувања.
- Кај пациентите кои припаѓаат на ризичните групи, дијагнозата може да се потврди од примерок земен со памучен брис од дното на везикулата за доказ на Varicella zoster антиген со слидекс. Можно е докажување и со полимераза верижна реакција (PCR) тестот од везикуларна течност или, на пример, од ликвор.

ТРЕТМАН

- Доколку имунокомпромтирано дете добие варичела, треба да се третира со ацикловир во болнички услови.
  - Вирусот на варичела е помалку осетлив на ацикловир во однос на вирусот на херпес симплекс. Поради тоа, ацикловирот треба да се администрира интравенски (1500mg/m^2/24 часа поделено во три дози). Дозата се намалува кај бубрежна инсуфициенција Во лесни случаи, терапија со орален валацикловир е доволна.
- Не постојат утврдени препораки за третман на здрави деца со ацикловир (ннд-**B**). Третманот е јасно индициран доколку детето има хронична болест или тешка атопија или е на терапија со перорални кортикостероиди или е постаро од 13 години. Дозата е 20 mg/kg x4x5 перорално во мешана форма. Третманот треба да се иницира во текот на 24 часа од појавата на осипот.
- Чешањето може да се третира до хидроксизин. Секундарните бактериски инфекции на кожата (еритем на кожата околу крастите, импетиго) може да се третираат, на пример, со цефалексин (50 mg/kg дневно, перорално). Околината на крастите секогаш е еритематозна.
- Отргнатите крусти може да остават лузни на кожата.
- Ако постои сомнение за инвазивна стрептококна инфекција, пациентот треба веднаш да се испрати во болница каде ќе се започне со интравенски антибиотски третман со комбинација на penicillin и clindamycin, ако е потребно, инфективниот фокус хируршки се инцизира.

ПРОФИЛАКСА

- ЗИГ треба да се даде на пацинети кои биле експонирани на варичела, а кои имаат леукемија, лимфом, конгенитална или стекната имунодефициенција и на тие кои не прележале варичела или не постојат сигурни податоци за тоа.
  - Експозиција се дефинира како еден случај на варичела или херпес зостер во фамилија или кај лице кое има варичела, а со кое постоел контакт (пациентот бил во иста просторија најмалку еден час). Во болница, експозиција се дефинира како еден случај во иста соба. Ако братот или сестрата на детето биле во контакт со варичела, тие може да се инфективни по 8 дена од експозицијата на претходниот.
  - ЗИГ (125 IU/10 kg i.m., максимална доза 625 IU), треба да се даде во текот на 72 часа по експозиција. Сепак, не постои апсолутно лимитирање во овој поглед. Ако пациентот е повторно експониран во период покус од 2 недели, од претходната доза на имуноглобулин, се дава само половина доза.
  - Кај ризични пациенти заедно со ЗИГ додатно се дава профилактички ацикловир (во доза: 40 mg/kg/24 часа, поделено во 4 дози, максимум 800 mg × 4, за 5 дена) 7–9 дена по експозицијата, при што почетокот на болеста е спречен или болеста се јавува во блага форма.
  - Исто така, давањето на варичела вакцина во текот на 3 дена од експозицијата може да го превенира почетокот на заболувањето.

ВАКЦИНА

- Достапна е вакцина која содржи жив, атенуиран вирус. Нејзината ефикасност е најдобра кај здрави деца (ннд- **A**). Околу 5% од децата имаат благ егзантем по примањето на вакцината. Вакцината е помалку успешна кај деца кои имаат малигном, а несаканите ефекти се почести. Вакцината не

обезбедува целосна заштита. Заштитата на децата кои припаѓаат на ризичните групи се овозможува со вакцинирање на браќата и на сестрите, ако е потребно.
- Во повеќето земји, вакцината не е вклучена во програмата за вакцинација, но нејзиното комбинирање со МПР (морбили-заушки-рубела) е во фаза на испитување. Види ги посебниот дел за вакцинации 1. Вакцината може да се даде на деца постари од 12 месеци, доколку родителите го побараат тоа.

Варичела во текот на бременост и во време на породувањето

- Доколку жена се зарази со варичеа 0-5 дена пред породувањето или за време на првите два дена по породувањето постои висок ризик за инфекција на новороденчето или фетусот. Околу 17% на таквите неонати се клинички инфицирани, со висока стапка на морталитет од 31%.1. Поради тоа, сите експонирани новородени треба да се третираат со зостер хиперимуноглобулин и профилактички со ацикловир. Ако кај новороденчето се јават симптоми, се дава ацикловир венски во тераписки дози.
- Доколку некој од браќата или од сестрите на новороденото се инфицира со варичела, нема потреба новороденото да се третира со ЗИГ.
- Варичелата може да претставува опасна болест за трудниците. Варичела кај бремена жена или експозиција на варичела кај бремени кои не ја прележале болеста е индикација за ургентна консултација со гинеколог или специјалист по инфектологија. Одлука за евентуаен третман се прави индивидуално, во болница.

Херпес зостер

- Varicella-zoster вирусот може да остане латентен во телото и, кога ќе се реактивира, предизвикува херпес зостер во подрачје на еден дермаом.
- Исто и децата може да добијат херпес зостер, особено ако имале лесна форма на варичела во текот на првата година од животот.
- Покривање на лезијата е доволно за изолација.

Третман на херпес зостер кај децата

- Симптоматски третман кај, главно, здраво дете.
- Индикации за антивирусен третман.
  - Имуносупримираното дете се третира секогаш.
  - Според клиничката презентација кај:
    - Силни симптоми, интензивна болка.
    - Херпес зостер во офталмичната регија.
- Ако постојат индикации за антивирусно лекување, лекот треба да се започне што е можно побргу, најдоцна 72 часа по почетокот на болеста.
- Кај имуносупримираните деца и кај генерализирана форма на болеста, препаратот се дава парентерално: интравенски ацикловир 1500mg/m^2/24 часа, поделено во три дози дневно.
- Кај полесни форми и за понатамошен третман, се дава орално ацикловир 20 mg/kg x 4.
- Должината на третманот е 7 дена или според одговорот на терапијата.

Претходни автори:
Hannu Jalanko
Последен пат прегледано за ажурирање 10.4.2014 • Последна промена10.4.2014
Article ID: ebm00606 (029.055)
© 2012 Duodecim Medical Publications Ltd

ВАРИЧЕЛА - ПОВРЗАНИ ИЗВОРИ

Поврзани извори
27.4.2007

ЛИТЕРАТУРА

- Heininger U, Seward JF. Varicella. Lancet 2006 Oct 14;368(9544):1365-76. PubMed

- Gnann JW Jr. Varicella-zoster virus: atypical presentations and unusual complications. J Infect Dis 2002 Oct 15;186 Suppl 1():S91-8. PubMed
- Feder HM Jr, Hoss DM. Herpes zoster in otherwise healthy children. Pediatr Infect Dis J 2004 May;23(5):451-7; quiz 458-60. PubMed

1. **EBM Guidelines, 10.04.2014, www.ebm-guidelines.com**
2. **Упатството треба да се ажурира после 3 години.**
3. **Предвидено е следно ажурирање во 2017 година.**

Упатството го ажурирал: Проф. Др. И. Кондова Топузовска
Координатор: Проф. Др. К. Зафировска

1505.

Врз основа на член 27 став (1) од Законот за здравствената заштита („Службен весник на Република Македонија“ број 43/12, 145/12, 87/13, 164/13, 39/14, 43/14, 132/14, 188/14 и 10/15), министерот за здравство донесе

У П А Т С Т В О
ЗА МЕДИЦИНСКОТО ЗГРИЖУВАЊЕ ПРИ ТУЛАРЕМИЈА

Член 1

Со ова упатство се утврдува медицинското згрижување при туларемија.

Член 2

Начинот на медицинското згрижување при туларемија е даден во прилог, кој е составен дел на ова упатство.

Член 3

Здравствените работници и здравствените соработници ја вршат здравствената дејност на медицинското згрижување при туларемија по правило согласно ова упатство.

По исклучок од став 1 на овој член, во поединечни случаи по оценка на докторот може да се отстапи од одредбите на ова упатство, со соодветно писмено образложение за причините и потребата за отстапување и со проценка за натамошниот тек на згрижувањето, при што истото од страна на докторот соодветно се документира во писмена форма во медицинското досие на пациентот.

Член 4

Со денот на влегувањето во сила на ова упатство престанува да важи Упатството за практикување на медицина заснована на докази при туларемија („Службен весник на Република Македонија“ бр. 49/14).

Член 5

Ова упатство влегува во сила наредниот ден од денот на објавувањето во „Службен весник на Република Македонија“.

Бр. 17-2500/1
27 февруари 2015 година
Скопје

Министер,
Никола Тодоров, с.р.

Прилог

ТУЛАРЕМИЈА

МЗД Упатство
28.5.2013 • Последна промена 28.5.2013
Janne Laine

- Основи податоци
- Трансмисија
- Симптоми
- Дијагноза
- Лекување
- Поврзани извори

ОСНОВНИ ПОДАТОЦИ

- Постојат неколку форми на туларемија. Најчеста, улцерогландуларна форма кај пациентот се манифестира со покачена температура, лимфаденопатија и улцерозни кожни лезии на местото од каснување од комарец или гребнатинка.
- Да се отпочне со третманот врз основа на клиничката слика ако симптомите се типични. Дијагнозата може да се потврди со серологија.

ТРАНСМИСИЈА

- Природниот резервоар на туларемијата е непознат.
- Инфекцијата се пренесува преку:
  - Комарци (најважно).
  - Други артроподи кои цицаат крв (коњски муви, црни муви, крлежи).
  - Каснувања или гребнувања од страна на болни животни.
  - Инхалација на загадени аеросоли.
  - Ингестија на контаминирана вода и храна.
  - Ингестија на месо од заразено животно (дури и по смрзнување на месото).
- Периодот на инкубација е од 1 до 21 ден (вообичаено 3-5 дена).
- Во северните земји како Финска, туларемијата се среќава северно од 62-та географска ширина, во најголема мера од јули до септември. Големи епидемиии се јавуваат еднаш или два пати во деценија.
- Поблагата форма на тип Б туларемија што се среќава во Европа практично е без смртност. Типот А, пронајден во Северна Америка, доведува до смртност во 1-2 % од заразените лица.
- Можно е користење на туларемијата како биолошко оружје. Во тој случај, бактеријата ќе се шири како аеросол и инфекцијата ќе се одржува преку дишните патишта.

СИМПТОМИ

- Постојат неколку различни форми на болеста. Општи симптоми, како покачена температура, главоболка и малаксаност се среќаваат кај сите од нив:
  - Улцерогландуларна форма (90% од случаите) со појава на: покачена температура, мали улцерозни кожни лезии, натечени и болни регионални лимфни јазли.
  - Гландуларна форма (5–10% од случаите) со појава на покачена температура и лимфаденопатија, но без кожни лезии. Лимфаденопатијата е најчесто локална.
  - Окулогландуларна форма со појава на грануломатозен конјунктивитис со рехгионална лимфаденопатија.

- Кај пневмонијата како манифестација на туларемијата пациентот може да има сува кашлица, диспнеја и торакална болка, но респираторните симптоми може да отсуствуваат. Рентгенграфијата на белите дробови покачува инфилтрати, плеврална течност или хиларна лимфаденопатија.
- Орофарингеална форма (2–4% од случаите) е со појава на tonsillitis, pharyngitis и со цервикална лимфаденопатија.
- Тифоидна форма (5–15% од случаите) со појава на тешки системски симптоми (покачена температура, истоштеност и губиток во тежина), а можна е појава на зголемени црн дроб и слезинка.

- Најчест е асимптоматскиот облик (околу 50% од случаите).
- Раш (осип) се сретнува кај околу 20% од пациентите.
- Може да се покачени вредностите на црнодробните ензими и зголемен црн дроб.
- Перитонитис, менингитис и osteomyelitis се јавуваат ретко.
- Ц- реактивниот протеин (ЦРП) е умерено покачен, седиментацијата е зголемена,но во помала мера.
- Анемија.
- Траењето на болеста варира од неколку дена до неколку недели.

ДИЈАГНОЗА

- Третманот се отпочнува врз основа на клиничката слика.
- Дијагнозата се потврдува со серологија. Титарот на антителата расте првите 10–14 дена од појавата на покачената температура. Примероците од крв се земаат 2–3 пати, во интервали од по 2 недели. Порастот на титарот на антителата е показател на неодамнешна инфекција.
- Во посени услови, Francisella tularensis може да се култивира од примерок на ткиво, од ѕидот на апсцес или од гној. Културацијата е комплицирана, додека негативниот резултат од културата не може да се смета за ексклузивен. Поради ризик од лабораториска трансмисија, лабораторијата мора да биде информирана.
- Достапен е и PRC од ткивен примерок.

ЛЕКУВАЊЕ

- Fluoroquinolon-ите се препорачана антибиотска терапија (ннд- **C**)-дозата на ciprofloxacin-от е 500 mg на ден за возрасни). Алтернатива се: doxycyclin (100 mg на ден), streptomycin или аминогликозидите може да се користат во текот на 10– 14 дена.
- Бета-лактамските антибиотици се неефикасни.
- Ciprofloxacin-от официјално не е одобрен за педиајтриска употреба и се користи кај децата само кај потврдени случаи на туларемија. Дозата е 20- 30 mg/kg дневно, поделена во 2 дози. Дозата за возрасни не смее да се надмине дури ни кога пресметките базирани на телесната тежина укажуваат на повисоки дози.

ТУЛАРЕМИЈА- ПОВРЗАНИ ИЗВОРИ

Поврзани извори
30.4.2009

- Други интернет извори
- Литература

ДРУГИ ИНТЕРНЕТ ИЗВОРИ

- Cleveland K, Gelfand S, Raugi J. Tularemia. eMedicine 1

ЛИТЕРАТУРА

- Eliasson H, Broman T, Forsman M, Bäck E. Tularemia: current epidemiology and disease management. Infect Dis Clin North Am 2006 Jun;20(2):289-311, ix. PubMed

- Tärnvik A, Berglund L. Tularaemia. Eur Respir J 2003 Feb;21(2):361-73. PubMed
- Nigrovic LE, Wingerter SL. Tularemia. Infect Dis Clin North Am 2008 Sep;22(3):489-504, ix. PubMed
- Tärnvik A, Priebe HS, Grunow R. Tularaemia in Europe: an epidemiological overview. Scand J Infect Dis 2004;36(5):350-5. PubMed

1. **EBM Guidelines, 28.05.2013, www.ebm-guidelines.com**
2. **Упатството треба да се ажурира после 3 години.**
3. **Предвидено е следно ажурирање во 2016 година.**

Упатството го ажурирал: Проф. Др. И. Кондова Топузовска
Координатор: Проф. Др. К. Зафировска

1506.

Врз основа на член 27 став (1) од Законот за здравствената заштита („Службен весник на Република Македонија“ број 43/12, 145/12, 87/13, 164/13, 39/14, 43/14, 132/14, 188/14 и 10/15), министерот за здравство донесе

У П А Т С Т В О
ЗА МЕДИЦИНСКОТО ЗГРИЖУВАЊЕ ПРИ ТРИХИНЕЛОЗА

Член 1

Со ова упатство се утврдува медицинското згрижување при трихинелоза.

Член 2

Начинот на медицинското згрижување при трихинелоза е даден во прилог, кој е составен дел на ова упатство.

Член 3

Здравствените работници и здравствените соработници ја вршат здравствената дејност на медицинското згрижување при трихинелоза по правило согласно ова упатство.

По исклучок од став 1 на овој член, во поединечни случаи по оценка на докторот може да се отстапи од одредбите на ова упатство, со соодветно писмено образложение за причините и потребата за отстапување и со проценка за натамошниот тек на згрижувањето, при што истото од страна на докторот соодветно се документира во писмена форма во медицинското досие на пациентот.

Член 4

Со денот на влегувањето во сила на ова упатство престанува да важи Упатството за практикување на медицина заснована на докази при токсоплазмоза („Службен весник на Република Македонија“ бр. 49/14).

Член 5

Ова упатство влегува во сила наредниот ден од денот на објавувањето во „Службен весник на Република Македонија“.

Бр. 17-2499/1
27 февруари 2015 година
Скопје

Министер,
Никола Тодоров, с.р.

Прилог

ТРИХИНЕЛОЗА

МЗД Упатства
8.11.2013 • Последна промена 8.11.2013
Sakari Jokiranta

- Причинител
- Симптоми
- Дијагноза
- Третман
- Превенција
- Поврзани извори
- Референци

ПРИЧИНИТЕЛ

- Трихинелата (Trichinella spiralis и другите Trichinella-специиеси) спаѓаат во нематоди и се паразити на предаторите. Луѓето се инфицираат од неиспитано инфестирано со трихинела месо. Најчест извор на инфекцијата е недоварено или недопечено свинско месо, колбаси или месо од мечка.
- Ларвите се ослободуваат од месото, се намножуваат и живеат во мукозата на тенкото црево. Возрасните форми продуцираат ларви кои се шират преку крвотокот и ги напаѓаат мускулите по целото тело.
- Штом влезе во мускулот, ларвата се развива во циста која останува способна (потентна) со години, а калцифицира ако умре.
- Се среќаваат и кај свињи и диви свињи. Ако се докаже во месото, месото се уништува.
- Непроверено и лошо подготвено месо е реален ризик од инфекција.

СИМПТОМИ

- Во интестиналната фаза симптомите се лесни или ги нема.
- Во фазата на миграција (1–6 недели по инокулацијата), пациентот има покачена температура, мијалгија, едем и болка околу очите, хеморагии под ноктите и по конјунктивите, симптоми на васкулитис, уртикарија и понекогаш кашлица.
- Во инвазивната инфекција, ларвите кои мигрираат до кардијалниот мускул може да предизвикаат аритмија.

ДИЈАГНОЗА

- Дијагнозата се темели на анамнезата и на клиничката слика.
- Консумирањето на непроверено месо (на пр. дома заклани свињи, мечкино месо) е вообичаен податок во анамнезата.
- Еозинофилија може да се појави околу 10 дена по инокулацијата, а титарот на антителата расте по 2-3 недели потоа. Концентрацијата на мускулните ензими креатинин киназа, лактат дехидрогеназа и аминотрансферазите може да биде покачена.
- Дијагнозата се потврдува или со серологија или со мускулна биопсија. Сепак, третманот мора да започне при силна клиничка суспектност. Сероконверзијата се јавува за 3-5 недели по инфекцијата. Ларвите може да се најдат во примерокот од мускулна биопсија (делтоид, гастроцнемиус) најлесно во 4-та недела по инокулацијата.

ЛЕКУВАЊЕ

- Додека возрасните глист, живеат во цревото, продуцираат ларви со недели возможна е нивна елиминација со mebendazole (200-400mg/три пати на ден во тек на 3 дена, а потоа 400-500мг три пати на ден во тек на 10 дена) или албендазол (400mg/два пати на ден во тек на 8-14 дена). Дозата е иста и за деца. Мебендазол и албендазол треба да се избегнуваат во тек на бременост особено во тек на првиот триместер. Како И да е бенефитот од мебендазол може да го надминува ризикот (ФДА категорија Ц)
- Консултирајте специјалист инфектолог.
- Иницијалниот третман на акутната фаза, исто така, се состои и од одмор, нестероидни антиинфламаторни лекови, а за тешките случаи кортикостероиди. Во тешките случаи, може да има потреба од интензивна нега, заради зголемениот морталитет 3-6 недели по инокулацијата. Лекувањето на возрасните форми со антихелминтици не ја отстранува опасноста од живото-загрозувачки тешки инфекции заради можните инфламаторни реакции во срцето, централниот нервен csctem и во белите дробови како резултат на инвазија на ткивата со ларви.

ПРЕВЕНЦИЈА

- Ветеринарна инспекција на месото (целосна и редовна).
- Правилно приготвување на месото (над +80°Ц). Јадењето на месото е недоволно. Замрзнувањето на месото (-15 °Ц најмалку 20 дена) порано било препорачувано, но денес има барем неколку соеви кои опстануваат на замрзнување.

ТРИХИНЕЛОЗА-ПОВРЗАНИ ИЗВОРИ

Поврзани извори
23.4.2007

ЛИТЕРАТУРА

- Bruschi F, Murrell KD. New aspects of human trichinellosis: the impact of new Trichinella species. Postgrad Med J 2002 Jan;78(915):15-22. PubMed

РЕФЕРЕНЦИ

1. Anonymous. Drugs for parasitic infection. Med Lett 2004;46:e1-e12.
2. Acs N, Bánhidy F, Puhó E, Czeizel AE. Population-based case-control study of mebendazole in pregnant women for birth outcomes. Congenit Anom (Kyoto) 2005 Sep;45(3):85-8. PubMed

1. **EBM Guidelines, 8.11.2013, www.ebm-guidelines**
2. **Упатството треба да се ажурира после 3 години.**
3. **Предвидено е следно ажурирање во 2016 година.**

Упатството го ажурирал: Проф. Др. И. Кондова Топузовска
Координатор: Проф. Др. К. Зафировска

1507.

Врз основа на член 27 став (1) од Законот за здравствената заштита („Службен весник на Република Македонија“ број 43/12, 145/12, 87/13, 164/13, 39/14, 43/14, 132/14, 188/14 и 10/15), министерот за здравство донесе

У П А Т С Т В О
ЗА МЕДИЦИНСКОТО ЗГРИЖУВАЊЕ ПРИ ТОКСОПЛАЗМОЗА

Член 1

Со ова упатство се утврдува медицинското згрижување при токсоплазмоза.

Член 2

Начинот на медицинското згрижување при токсоплазмоза е даден во прилог, кој е составен дел на ова упатство.

Член 3

Здравствените работници и здравствените соработници ја вршат здравствената дејност на медицинското згрижување при токсоплазмоза по правило согласно ова упатство.

По исклучок од став 1 на овој член, во поединечни случаи по оценка на докторот може да се отстапи од одредбите на ова упатство, со соодветно писмено образложение за причините и потребата за отстапување и со проценка за натамошниот тек на згрижувањето, при што истото од страна на докторот соодветно се документира во писмена форма во медицинското досие на пациентот.

Член 4

Со денот на влегувањето во сила на ова упатство престанува да важи Упатството за практикување на медицина заснована на докази при токсоплазмоза („Службен весник на Република Македонија“ бр. 49/14)..

Член 5

Ова упатство влегува во сила наредниот ден од денот на објавувањето во „Службен весник на Република Македонија“.

Бр. 17-2498/1
27 февруари 2015 година
Скопје

Министер,
Никола Тодоров, с.р.

Прилог

ТОКСОПЛАЗМОЗА

МЗД Упатства
8.11.2013 • Последна промена 8.11.2013
Maija Lappalainen, Klaus Hedman и Vedran Stefanovic

- Основни податоци
- Причинител
- Појавување
- Трансмисија
- Глобално значење
- Симптоми
- Дијагноза
- Лекување и прогноза
- Превенција
- Поврзани извори
- Референци

ОСНОВНИ ПОДАТОЦИ

- Најчеста латентна протозоална инфекција кај луѓето.
- Инфекцијата обично е опасна само во текот на бременоста или кај имуносупримиран пациент.
- Трансмисијата обично е од фецес на мачка, почва или несоодветно варено месо.
- Клинички манифестната болест е како резултат на примарна инфекција или реактивација на латентната инфекција.

ПРИЧИНИТЕЛ

- *Toxoplasma gondii* е паразитарна протозоа и припаѓа на спорозоите (*Coccidia*).
- Toxoplasma постои во три форми, од кои сите може да го инфицираат човекот: ооциста, ткивна циста и тахизоит.

ПОЈАВУВАЊЕ

- Серопреваленцата се зголемува со возраста и не постои значајна разлика помеѓу мажите и жените.
- Постојат значајни географски разлики. Причините се објаснуваат со разликата во застапеноста на мачките, климатските услови, земјоделските методи, средствата за хигиена и културните навики во поглед на готвењето храна.
- Во нордиските земји и САД, околу 80% од жените во фертилната возраст се ИгГ-серонегативни и на тој начин се изложени на ризик за примарна токсоплазма инфекција во текот на бременоста. Во земјите со голем број на серонегативни жени и ниска стапка на инфекција, актуелниот број на примарни инфекции може да биде ист како во земјите со мал број на серонегативни жени и висока стапка на инфекција.

ТРАНСМИСИЈА

- Примарен домаќин на *Toxoplasma gondii* е мачката.
  1. *Ооцистите* се екскретираат во фецесот на мачката откако ќе се реплицираат во тенкото црево на мачката во текот на акутната токсоплазма инфекција.

- Ооцистите остануваат инфективни во почвата со месеци и можат да ја контаминираат водата за пиење, почвата или храната на човекот.

2. *Тахизоитите* бргу се реплицираат во клетките на домаќинот во текот на акутната токсоплазма инфекција (било примарна инфекција или активација на латентната инфекција) и се шират во различни органи преку крвната циркулација.
   - Примарната токсоплазма инфекција од мајката може вертикално да биде пренесена трансплацентарно со тахизоитите на фетусот. Ризикот за трансмисија просечно е 30%.
   - Примарната инфекција кај мајката претставува опасност за фетусот, но реактивацијата не.
   - Во ретки случаи, инфекцијата со тахизоити може да се пренесе со трансфузија на крв или со пунктиформни повреди.
3. *Ткивните цисти* се формираат како резултат на одговор на имуниот систем на домаќинот по токсоплазма инфекција. Тие се наоѓаат во скелетната мускулатура, во срцевиот мускул и во мозокот. Тие претставуваат латентна форма на токсоплазма инфекцијата.
   - Трансмисијата на ткивните цисти е преку несварено или несоодветно сварено месо (ннд С) или, во ретки случаи, преку трансплантација на органи.

ГЛОБАЛНО ЗНАЧЕЊЕ

- Најчеста латентна протозоална инфекција кај луѓето. Преваленцата корелира, на пример, со нивото на хигиена на околината и храната и климатските услови.
- Клинички манифестната болест е како резултат на примарна инфекција или реактивација на латентната инфекција.
- Инфекцијата обично е опасна само во текот на бременоста или кај имуносупримиран пациент.
- Инфекцијата обично се пренесува преку храна- несоодветно термички обработено месо или неизмиен/неизлупен зеленчук или овошје – природно контаминирани од почвата (фецес од мачка).

СИМПТОМИ

- Стекнатата инфекција обично е асимптоматска кај, во основа, здрав пациент.
- Периодот на инкубација на симптоматската инфекција е 10-14 (21) дена.
- Кога постојат симптоми лимфаденопатијата е најчестата манифестација. Токсоплазма инфекција е причина во 3-7% од случаите на клинички значајните лимфаденопатии.
- Најчестите симптоми се треска, замор, ноќно потење, болка во грлото, болка во мускулите.
- Може да се појават и хепатоспленомегалија и макулопапулозен осип.
- Во периферната крвна размаска може да се појават атипични лимфоцити.
- Кај имунокомпромитираните пациенти клиничките симптоми се потешки. Кај пациентите може да се јави енцефалит, пневмонија или миокардит и инфекцијата може да биде фатална.
- Конгениталната токсоплазмоза е генерализирана инфекција со симптоми на воспаление на централниот нервен систем (ЦНС).
  - Болеста е резултат на примарна инфекција кај мајката за време на бременоста. Ризикот за пренос од мајката на фетусот е 10% во првиот триместер, а 70% во третиот триместер од бременоста.
  - Инфекцијата на почетокот на бременоста обично резултира со тешка болест.
  - Болеста е хронична и предизвикува визуелни и/или ЦНС оштетувања со години во 85-90% од пациентите (4).
- Во хроничната активна токсоплазмоза симптомите и знаците перзистираат со месеци или дури со години. Кај овие пациенти паразити или нивна дезоксирибонуклеинска киселина (ДНК) може да се детектира во крвта.
- Болеста на окото кај токсоплазмозата исто така е асоцирана со акутна инфекција.

ДИЈАГНОЗА

- Дијагнозата на примарната инфекција обично е серолошка.
  1. Детекција на токсоплазма специфични ИгГ и ИгМ антитела, кои се детектираат во примерок на серум (1-2 мл).
  2. Според резултатите на ИгМ тестот, се изведува детекција на ИгГ (3), а кај новороденчиња и ИгА .
- При специјална индикација може да се изведе полимераза верижна реакција (PCR) со примерок од крв, ликвор, амнионска течност (2) или од ткива.
- Дијагнозата на конгениталната токсоплазмоза по породувањето се основа на неколку примероци на серум.

Дијагноза на примарната токсоплазмоза во текот на бременоста

- Позитивни ИгГ антитела и негативни ИгМ антитела кон токсомплазма во првиот примерок земен пред бременоста или во тек на првиот триместар на бременоста индицира присутен имунитет, и фетусот е безбеден.
- Низок титар на ИгГ кај ИгМ- позитивна жена сугерира скорешна примарна инфекција, при што се потребни понатамошни тестови за следење.
- Ако резултатите од антителата сугерираат примарна инфекција во тек на бременоста, жената треба да се упати до референтната болница за понатамошни иследувања и лекување

ЛЕКУВАЊЕ

- Лекување на имунокомпетентни лица обично е непотребно, токсоплазмозата обично никне спонтано по симптоматскиот период кој трае од неколку дена до неколку недели. Лекувањето е индицирано кај:
  - Болни со тешка инфекција.
  - Имуносупримирани болни.
  - Бремени жени со примарна инфекција (ннд-С).
  - Новородени со конгенитална токсоплазмоза.
- Токсоплазмозата во текот на бременоста треба секогаш да се лекува во специјализирани оддели.
  1. Ако ПЦР за Токсоплазмоза во амнионската течност е негативе, третманот се состои од Азитхромѕцин 500мг на ден во тек на 3 дена. Ова се повторува во наредните недели најмалку три пати.
  2. Ако инфекцијата се проширила во утерусот (PCR е позитивен), се дава тројна терапија: sulphadiazine [1](3 g/ден), pyrimethamine (25 mg/ден) и folinic acid (5 mg два пати неделно) во тек на 3 недели. Потоа, azithromycin 500 mg × 1 се дава како тридневен режим во тек на наредните 3 недели. Овие циклуси се спроведуваат до породување. Третманот превенира во просек околу 40-50% од инфекциите.
- Употребата на pyrimethamine е асоцирана со ризик од тешки несакани ефекти (токсичност на коскената срцевина).
- Бременоста не мора да се прекинува доколку повторуваните ултрасонографски прегледи на фетусот се нормални. Toxoplasma-PCR од амнионската течност е негативна и се дава антипаразитарен третман.
- Можноста за прекин на бременоста треба да биде ограничена само за оние примарни инфекции кога е дијагностицирана фетална инфекција (PCR) од амнионска течност позитивен наод за toxoplasma) и абнормалности откриени ултрасонографски (1).
- За конгенитална токсоплазмоза се употребуваат истите лекови како алтернативна терапија со дози соодветни за новороденчето.

ПРЕВЕНЦИЈА

Препорака за бремените жени за избегнување на токсоплазма инфекција

- Превенцијата се базира на добра хигиена на рацете и на храната.
  - Избегнување на консумација на термички необработено месо.
  - Миење на рацете со сапун и со вода по контакт со свежо месо.
  - Лупење или најмалку миење на зеленчукот. Лупење на овошјето.
  - Секој ден миење на садот за фецес од мачката со ракавици, а потоа рацете темелно се мијат со сапун и со вода. По можост, некој друг да се грижи за хигиената на мачката.
  - Употреба на ракавици при работа во двор, а потоа темелно миење на рацете.

Скрининг за примарна токсоплазмоза во текот на бременоста

- Согласноста за и против скрининг на бремените жени треба да се изгласа.

ТОКСОПЛАЗМОЗА- ПОВРЗАНИ ИЗВОРИ

Поврзани извори
25.8.2009

- **Cochrane- ови прегледи**
- Интернет извори
- Литература

COCHRANE-ОВИ ПРЕГЛЕДИ

- Постојат слаби докази дека долготраен третман на пациентите со хроничен рекурентен токсоплазма хориоретинит може да го редуцира повторувањето (ннд-**C**).
- Се чини дека нема значителна разлика во ефектот од pyrimethamine + sulfadiazine, наспроти pyrimethamine + clindamycin или trimethoprim-sulfamethoxazole на морталитетот или стапката на излекување на токсоплазма енцефалит кај HIV-инфицирани возрасни (ннд- **B)**.
- Пренаталната едукација за превенирање на конгениталната токсоплазмоза, се чини дека има позитивен ефект, во смисла на подобрување на однесувањето на жените во текот на бременоста, но доказите се недоволни (ннд- **D**).

ИНТЕРНЕТ ИЗВОРИ

- Hughes J, Colley D. Preventing congenital toxoplasmosis. CDC
- Hökelek M, Safdar A. Toxoplasmosis. eMedicine
- Preventing congenital toxoplasmosis. Morbidity and Mortality Weekly Report (MMWR), Recommendations and Reports, March 31, 2000 / 49(RR02);57-75. Centers for Disease Control and Prevention (CDC)
- Congenital toxoplasmosis. Orphanet ORPHA858

ЛИТЕРАТУРА

- Montoya JG, Liesenfeld O. Toxoplasmosis. Lancet 2004 Jun 12;363(9425):1965-76. PubMed
- SYROCOT (Systematic Review on Congenital Toxoplasmosis) study group, Thiébaut R, Leproust S, Chêne G, Gilbert R. Effectiveness of prenatal treatment for congenital toxoplasmosis: a meta-analysis of individual patients' data. Lancet 2007 Jan 13;369(9556):115-22. PubMed
- Montoya JG, Remington JS. Management of Toxoplasma gondii infection during pregnancy. Clin Infect Dis 2008 Aug 15;47(4):554-66. PubMed

- Jones JL, Lopez A, Wilson M, Schulkin J, Gibbs R. Congenital toxoplasmosis: a review. Obstet Gynecol Surv 2001 May;56(5):296-305. PubMed
- Gollub EL, Leroy V, Gilbert R, Chêne G, Wallon M, European Toxoprevention Study Group (EUROTOXO). Effectiveness of health education on Toxoplasma-related knowledge, behaviour, and risk of seroconversion in pregnancy. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 2008 Feb;136(2):137-45. PubMed
- Boyer KM, Holfels E, Roizen N, Swisher C, Mack D, Remington J, Withers S, Meier P, McLeod R, Toxoplasmosis Study Group. Risk factors for Toxoplasma gondii infection in mothers of infants with congenital toxoplasmosis: Implications for prenatal management and screening. Am J Obstet Gynecol 2005 Feb;192(2):564-71. PubMed

РЕФЕРЕНЦИ

1. Berrebi A, Kobuch WE, Bessieres MH, Bloom MC, Rolland M, Sarramon MF, Roques C, Fournié A. Termination of pregnancy for maternal toxoplasmosis. Lancet 1994 Jul 2;344(8914):36-9. PubMed
2. Hohlfeld P, Daffos F, Costa JM, Thulliez P, Forestier F, Vidaud M. Prenatal diagnosis of congenital toxoplasmosis with a polymerase-chain-reaction test on amniotic fluid. N Engl J Med 1994 Sep 15;331(11):695-9. PubMed
3. Hedman K, Lappalainen M, Seppälä I, Mäkelä O. Recent primary toxoplasma infection indicated by a low avidity of specific IgG. J Infect Dis 1989 Apr;159(4):736-40. PubMed
4. Koppe JG, Loewer-Sieger DH, de Roever-Bonnet H. Results of 20-year follow-up of congenital toxoplasmosis. Lancet 1986 Feb 1;1(8475):254-6. PubMed

1. **EBM Guidelines, 8.11.2013, www.ebm-guidelines.com**
2. **Упатството треба да се ажурира после 3 години.**
3. **Предвидено е следно ажурирање во 2016 година.**

Упатството го ажурирал: Проф. Др. И. Кондова Топузовска
Координатор: Проф. Др. К. Зафировска

1508.

Врз основа на член 27 став (1) од Законот за здравствената заштита („Службен весник на Република Македонија“ број 43/12, 145/12, 87/13, 164/13, 39/14, 43/14, 132/14, 188/14 и 10/15), министерот за здравство донесе

У П А Т С Т В О
ЗА МЕДИЦИНСКОТО ЗГРИЖУВАЊЕ ПРИ ТЕТАНУС

Член 1

Со ова упатство се утврдува медицинското згрижување при тетанус.

Член 2

Начинот на медицинското згрижување при тетанус е даден во прилог, кој е составен дел на ова упатство.

Член 3

Здравствените работници и здравствените соработници ја вршат здравствената дејност на медицинското згрижување при тетанус по правило согласно ова упатство.

По исклучок од став 1 на овој член, во поединечни случаи по оценка на докторот може да се отстапи од одредбите на ова упатство, со соодветно писмено образложение за причините и потребата за отстапување и со проценка за натамошниот тек на згрижувањето, при што истото од страна на докторот соодветно се документира во писмена форма во медицинското досие на пациентот.

Член 4

Со денот на влегувањето во сила на ова упатство престанува да важи Упатството за практикување на медицина заснована на докази при тетанус („Службен весник на Република Македонија“ бр. 49/14).

Член 5

Ова упатство влегува во сила наредниот ден од денот на објавувањето во „Службен весник на Република Македонија“.

Бр. 17-2497/1
27 февруари 2015 година
Скопје

Министер,
Никола Тодоров, с.р.

Прилог

ТЕТАНУС

МЗД Упатство
25.9.2013 • Последна промена 25.9.2013
Janne Mikkola

- Основи податоци
- Дефиниција
- Симптоми
- Дијагноза
- Терапија
- Превенција
- Поврзани извори

ЦЕЛИ

- Превенција со вакцинација и обработка на контаминирана рана
- Рана дијагноза на болеста кај невакцинирани пациенти

ДЕФИНИЦИЈА

- Тетанус е тешка системска инфекција на невакцинирани лица, предизвикана од Clostridium tetani, која може да се најде во високи концентрации во почвата и нормалната цревна флора.

СИМПТОМИ

- Прво, се јавува локална инфекција на раната каде бактериите се размножуваат и продуцираат токсин.
- По поминати неколку дена или недели, генерализираната системска инфекција со мускулни спазми најчесто започнува со мастикаторните мускули (тризмус).
- Локален тетанус се состои од мускулна ригидност и болни грчеви во околината на раната.
- И покрај лекувањето во интензивна нега, морталитетот е висок.

ДИЈАГНОЗА

- Дијагнозата се поставува врз основа на клиничката слика и на историјата на болеста. Корисноста на боењето по Грам на аспиратот и културата се ограничени.

ТЕРАПИЈА

- Неопходно е обезбедување на проодност на дишните патишта, супортивна терапија со антиконвулзивни лекови и седација во најголем број случаи налагаат потреба од лекување на болните во интензивна нега.
- Обработката на раната и давањето на хуман антитетанусен имуноглобулин се темели на лекувањето.
- Метронидазолот аплициран интравенозно или даден орално е антибиотик на избор. Дозата за возрасни е 500mg на 8 часа, за деца 30mg/kg/ден поделен во три дози. Пеницилин Г е алтернатива.
- Активна имунизација е индицирана во текот на периодот на реконвалесценција.

ПРЕВЕНЦИЈА

- Во развиените земји универзалната вакцинација е ефективна, додека бустер доза се аплицира на секои десет години.
  - Се дава Ди-те вакцина која овозможува заштита и од дифтерија.
- Превенција кога се третира нечиста рана.
  - Бустер вакцинација
    - Бустер доза се дава ако има поминато 10 години од претходната вакцинација.
    - Кога раната е голема и загадена, бустер доза се дава по поминати 5 години.
    - Доколку примарната вакцинација не е завршена (т.е. биле дадени помалку од 3 дози) или лицето е целосно невакцинирано, вакцинацијата или се дополнува или се започнува. Кај нечисти или убодни рани, исто така се дава и 250 ИУ тетанус имуноглобулин ИМ.
  - Честите вакцинации ја зголемуваат можноста од локални реакции.

.

ТЕТАНУС – ПОВРЗАНИ ИЗВОРИ

Поврзани извори
19.12.2008
- Cochran-ови прегледи
- Интернет извори

Cochran-ови прегледи

- Во третманот на тетанус користењето само на диазепам можеби е поефикасно, отколку комбинација на фенобарбитон и клоропромазин, но доказите се премногу слаби за да ги поддржат промените во сегашната клиничка практика (ннд- **C**).
- Бремените жени кога се вакцинираат против тетанус ја намалуваат инциденцата од тетанус кај новородени бебиња, но можните негативни ефекти не се оценети (ннд- **B**).
- Се чини дека интравенозен витамин Ц ја намалува стапката на смртност кај пациенти со тетанус, но резултатите се базирани на единечни лошо квалитетни контролирани студии. Не постои евалуација на витамин Ц за превенција против тетанус (ннд- **D**).

Интернет извори

- Dire D. Tetanus. eMedicine

1. **EBM Guidelines, 25.9.2013, www.ebm-guidelines.com**
2. **Упатството треба да се ажурира после 3 години.**
3. **Предвидено е следно ажурирање во 2016 година.**

Упатството го ажурирал: Проф. Др. И. Кондова Топузовска
Координатор: Проф. Др. К. Зафиро

1509.

Врз основа на член 27 став (1) од Законот за здравствената заштита („Службен весник на Република Македонија“ број 43/12, 145/12, 87/13, 164/13, 39/14, 43/14, 132/14, 188/14 и 10/15), министерот за здравство донесе

У П А Т С Т В О
ЗА МЕДИЦИНСКОТО ЗГРИЖУВАЊЕ ПРИ РАНИ ОД КАСНУВАЊЕ

Член 1

Со ова упатство се утврдува медицинското згрижување при рани од каснување.

Член 2

Начинот на медицинското згрижување при рани од каснување е даден во прилог, кој е составен дел на ова упатство.

Член 3

Здравствените работници и здравствените соработници ја вршат здравствената дејност на медицинското згрижување при рани од каснување по правило согласно ова упатство.

По исклучок од став 1 на овој член, во поединечни случаи по оценка на докторот може да се отстапи од одредбите на ова упатство, со соодветно писмено образложение за причините и потребата за отстапување и со проценка за натамошниот тек на згрижувањето, при што истото од страна на докторот соодветно се документира во писмена форма во медицинското досие на пациентот.

Член 4

Со денот на влегувањето во сила на ова упатство престанува да важи Упатството за практикување на медицина заснована на докази при рани од каснување („Службен весник на Република Македонија“ бр. 49/14)..

Член 5

Ова упатство влегува во сила наредниот ден од денот на објавувањето во „Службен весник на Република Македонија“.

Бр. 17-2496/1
27 февруари 2015 година
Скопје

Министер,
Никола Тодоров, с.р.

Прилог

РАНИ ОД КАСНУВАЊЕ

МЗД Упатства
13.8.2013 • Последна промена 13.8.2013
Mikko Seppänen

- Основни податоци
- Општи напомени
- Лекување од повреда од каснување
- Поврзани извори

ОСНОВНИ ПОДАТОЦИ

- Тетанусна профилакса (види тетанус).
- Примарна сутура кај лесни, неинфицирани рани, особено на лицето.
- Рана посвежа од 12–18 часа секогаш е многу потечена, но речси никогаш не е инфицирана.
- Кај постара супуративна рана од 24 часа секогаш треба да се земе бактериска култура. На упатницата за лабораторијата секогаш треба да се назначи дека примерокот е од угризна рана и од каков вид угриз е.
- Антибиотска профилакса се препорачува само во селективни случаи.
- Ризикот од беснило треба да се има на ум особено кај патници. Каснувањата на екстремитетите и лицето може исто така да биде придружено со фрактури.

ОПШТИ НАПОМЕНИ

- Најчесто се случуваат каснувања од куче, а потоа од мачка и човек.
- Раните од куче се инфицираат во 5-20% од случаите, а од мачка 30-60%.
- Почесто се инфицираат каснувањата од човек, отколку од куче и предизвикуваат длабокоткивни компликации повеќе од другите каснувања.
- Изворот на микроорганизмите обично е од е устата на каснувачот, но понекогаш и кожа на жртвата или околината.
- Клинички инфицираните површни гребнатини од нокти од животно, ако е потребно, се третираат слично како раните од гризнување.

ЛЕКУВАЊЕ ОД ПОВРЕДА ОД КАСНУВАЊЕ

Чистење и локален третман

- Чистењето и локалниот третман направени што е можно побргу обезбедува најефикасна заштита од инфекција. Доволна количина вода од чешма се користи за почетното чистење, при сомнение за беснило се користи и сапун (го неутрализира вирусот !).
- Ако раната е отворена или има остри рабови кои висат, се плакне под притисок употребувајќи 20 мл шприц, 18-20 голци игла и ампула физиолошки раствор; површината на сите рани систематски се чистат. Оваа техника не може да се примени кај длабоки пунктиформни рани.
- Девитализираното ткиво се отстранува пред примарното затворање, кај екстензивни рани затворањето се одложува до спроведување на антимикробниот третман. Во третманот на раните често е потребно хируршка оценка за потребата од козметички третман (лице, гениталии) или функционален (на пример рани дистално на екстремитетите).
- Кај каснувања на екстремитетите, потребно е подигање на екстремитетите за намалување на едемот (боледување).

Имунизација

- Тетанусна имунизација и, доколку е потребно, профилакса за хепатит Б и антирабична имунизација.

Сутурирање

- Иницијално, инфицираните рани од каснување не се сутурираат.
- Раните со низок ризик за инфекција (површна рана од куче или од мачка) може да се сутурира (ннд- **C**) или барем рабовите може да се спојат со фластер.
- Каснувањата на лицето се сутурираат (ннд- **C**) од козметичка причина. Раните на рацете се оставаат отворени да се избегне инфекција.

Антибиотска профилакса кај неинфицирани рани

- Не е со сигурност покажана ефективноста на антибиотиците во превенција на инфекцијата (ннд- **D**). Употребата на антибиотици не ја заменува превенцијата, раното чистење, локалниот третман, подигнатата позиција и следењето кај третманот на раните од каснување. Дури и најдобрата антибиотска профилакса е помалку ефикасна од раниот локален третман!
- 3-5 дневна профилакса е потребна кога повредите се случиле пред помалку од 8 часа и имаат ризик за инфекција:
  - Умерено сериозна или сериозна рана.
  - Можен контакт со коска или со зглоб.
  - Раната е на рацете.
  - Болен со имундефицит (тежок алкохолизам, аспленија, примарно заболување и системски медикаменти).
  - Пациентот има нарушување на крвотокот или лимфната дренажа на екстремитетите (дијабет, АСО).
  - Рана во близина на зглобна ендопротеза.
  - Рана во близината на гениталиите.
  - Рана од мачка или од човек**.**
- Примарната профилакса е со amoxicillin/clavulanic киселина (500/125mg 3 пати дневно кај возрасни) или комбинација од tetracycline (doxycycline 150 mg еднаш дневно или 100 mg двапати дневно) и metronidazole (400-500 mg 3 пати дневно).
- Кај амбулантски третман, деца, трудници или кај алергични на пеницилин се налага потребата од примена на azithromycin или clarithromycin и moxifloxacin или комбинација на levofloxacin и metronidazole кај пациенти со алергија на неколку антибиотици.

Антибиотици при инфицирани рани

- Претходните антибиотици аплицирани преку уста во текот на 5-10 дена кај инфицирани, некомплицирани рани кај примарно здрави пациенти.
- Имобилизација на повредената место и интравенски антибиотици се индицирани кај пациенти со општа симптоматологија, имундефицит или е тежок алкохоличари со слаба атхеренција кон третманот. Емпириските интравенски третман првично започнува како комбинација со cefuroxime и метронидазол или ако каснувачот е човек, со moxifloxacin или carbapenem..
- Контрола на инфицираната рана по 24-48 часа.

РАНИ ОД КАСНУВАЊЕ - ПОВРЗАНИ ИЗВОРИ

Поврзани извори
15.12.2008
- Резимиња со докази
- Литература

РЕЗИМИЊА СО ДОКАЗИ

- Постои консензус дека антибиотиците се од корист кај инфицирани рани од каснување од цицачи, но нема докази од контролирани студии (ннд- **D**).

ЛИТЕРАТУРА

- Morgan M, Palmer J. Dog bites. BMJ 2007 Feb 24;334(7590):413-7. PubMed
- Talan DA, Abrahamian FM, Moran GJ, Citron DM, Tan JO, Goldstein EJ, Emergency Medicine Human Bite Infection Study Group. Clinical presentation and bacteriologic analysis of infected human bites in patients presenting to emergency departments. Clin Infect Dis 2003 Dec 1;37(11):1481-9. PubMed
- Talan DA, Citron DM, Abrahamian FM, Moran GJ, Goldstein EJ. Bacteriologic analysis of infected dog and cat bites. Emergency Medicine Animal Bite Infection Study Group. N Engl J Med 1999 Jan 14;340(2):85-92. PubMed
- Jolivet-Gougeon A, Sixou JL, Tamanai-Shacoori Z, Bonnaure-Mallet M. Antimicrobial treatment of Capnocytophaga infections. Int J Antimicrob Agents 2007 Apr;29(4):367-73. PubMed
- Stefanopoulos PK, Tarantzopoulou AD. Facial bite wounds: management update. Int J Oral Maxillofac Surg 2005 Jul;34(5):464-72. PubMed

1. **EBM Guidelines, 13.08.2013, www.ebm-guidelines**
2. **Упатството треба да се ажурира после 3 години.**
3. **Предвидено е следно ажурирање во 2016 година.**

Упатството го ажурирал: Проф. Др. И. Кондова Топузовска
Координатор: Проф. Др. К. Зафировска

1510.

Врз основа на член 27 став (1) од Законот за здравствената заштита („Службен весник на Република Македонија“ број 43/12, 145/12, 87/13, 164/13, 39/14, 43/14, 132/14, 188/14 и 10/15), министерот за здравство донесе

У П А Т С Т В О
ЗА МЕДИЦИНСКОТО ЗГРИЖУВАЊЕ ПРИ ПРОЛИВ И ПОВРАЌАЊЕ КАЈ ДЕЦАТА

Член 1

Со ова упатство се утврдува медицинското згрижување при пролив и повраќање кај децата.

Член 2

Начинот на медицинското згрижување при пролив и повраќање кај децата е даден во прилог, кој е составен дел на ова упатство.

Член 3

Здравствените работници и здравствените соработници ја вршат здравствената дејност на медицинското згрижување при пролив и повраќање кај децата по правило согласно ова упатство.

По исклучок од став 1 на овој член, во поединечни случаи по оценка на докторот може да се отстапи од одредбите на ова упатство, со соодветно писмено образложение за причините и потребата за отстапување и со проценка за натамошниот тек на згрижувањето, при што истото од страна на докторот соодветно се документира во писмена форма во медицинското досие на пациентот.

Член 4

Со денот на влегувањето во сила на ова упатство престанува да важи Упатството за практикување на медицина заснована на докази при пролив и повраќање кај децата („Службен весник на Република Македонија“ бр. 49/14).

Член 5

Ова упатство влегува во сила наредниот ден од денот на објавувањето во „Службен весник на Република Македонија“.

Бр. 17-2495/1
27 февруари 2015 година
Скопје

Министер,
Никола Тодоров, с.р.

Прилог

ПРОЛИВ И ПОВРАЌАЊЕ КАЈ ДЕЦАТА

МЗД Упатства
8.4.2014 Последна промена 8.4.2014
Merja Ashorn

- Основни показатели
- Етиологија
- Симптоми и иследувања
- Лекување
- Индикации за испраќање во болница
- Следење
- Поврзани докази

ОСНОВНИ ПОКАЗАТЕЛИ

- Најчесто се предизвикани од вирусен гастроентеритис
- Размисли за други причини како отитис, пневмонија, сепса, пиелонефритис.
- Да се одреди степенот на дехидрација соодветно да се планира терапијата.
- Болнички третман секогаш е индициран кај доенчиња помали од 6 месеци, како и кај деца со тешка или атипична клиничка слика или со барем среднотешка дехидрација.

ЕТИОЛОГИЈА

- Традиционално еден од најтипичните предизвикувачи е ротавирусната инфекција; денеска е ретка во земји каде е воведена ротавирусна вакцина. Норвовирусот и честите респираторни вируси како аденовирусот предизвикуваат гастроентеритис.
- Други можни причинители со слична клиничка слика треба да се препознаат.
  - Пневмонија, септикемија, пиелонефритис
  - Отитис медиа

СИМПТОМИ И ИСЛЕДУВАЊА

- Анамнеза и клинички преглед вообичаено се доволни, лабораториски тестови ретко се потребни.
- Основниот знак што се однесува за потреба од лекување е проценка на степенот да дехидратација.
  - Лесна 4%, умерена 8%, тешка 12%.
  - Кај деца помлади од 1 година овие проценти се 5-10-15%, а кај возрасни 3-6-9% соодветно.
  - Сувите слузници, недостигот од солзи и олигуријата сугерираат лесна дехидрација.
  - Погоре наброените знаци комбинирани со студена периферија, губење на еластицетот на кожата и пролонгираното (> 2 секунди) полнење на капиларите сугерира за умерена дехидрација (инд- **B**). Губитокот на еластицитетот на кожата се покажува со феноменот на „шатор": Кога ќе се направи набор на кожата на абдоменот, наборот стои налик на подигнат шатор, кој не може веднаш да се врати назад, како што е нормално кај здравите.
  - Погоре наброените знаци и длабокото дишење (бревтање), студена, како мраз, периферија и тешка општа состојба сугерираат тешка дехидрација.
  - Набљудувањето и проценувањето на губитокот на тежината, исто така можат да се употребат за проценување на дехидрацијата во грамови (при акутната појава дехидрацијата најчесто е соодветна на губитокот на телесната тежина).

- Испланирајте го лекувањето и дадете инструкции за лекувањето (видете го следното поглавје)
- Дадете прогноза
  - Вирусните гастроентеритис-и вообичаено траат 4–7 дена, ротавирус- ните проливи понекогаш траат и подолго.

ЛЕКУВАЊЕ

- Лекувањето најчесто се спроведува во домашни услови; види индикации за упатување во болница подолу.
- Рехидрирајте го детето со орален раствор за рехидрација (ОРР) (ннд- **А**). Дадете 4/3 од количеството од проценетиот дефицит од течности во период од 6–10 часа.
  - Течноста теба да се дава со шишенце, чашичка, лажица или шприц.
  - Повеќето деца течноста за рехидрација ја сакаат ладна.
- По рехидрацијата се почнува со нормалниот режим на исхрана.
- Ако проливот и повраќањето продолжуваат, оралниот раствор за рехидрација и другите течности се даваат според упатствата дадени од производителот на ОРР производи. После акутната корекција на дехидратација, раствори не треба да се користат ОРР како единствени течности (ризик од хипернатремија).
- Пробиотиците се чини дека го скратуваат времетраењето на диареата за 24 часа (ннд-**В**).
- Кај дете нормалните 24 часовни потреби за течност се
  - 100 ml/kg за првите 1–10 килограми телесна тежина
  - 50 ml/kg за следните 11–20 килограми телесна тежина
  - 20 ml/kg за секој килограм телесна тежина над 20 kg.
  - Пример: потреби на течност за дете со тежина 26 kg е 10 × 100 ml + 10 × 50 ml + 6 × 20 ml = 1 620 ml.

ИНДИКАЦИИ ЗА ИСПРАЌАЊЕ ВО БОЛНИЦА

- Детето се упатува во болница ако барем еден од следните критериуми се сретне:
  - Возраст под 6 месеци
  - Профузен пролив или повраќање, лоша општа состојба
  - Дехидрација од 8% или повеќе (умерено тешка дехидрација)
  - Ако проливот трае над 5 дена (општата состојба и губитокот на телесната тежина се одлучувачки фактори)
  - Коликообразна болка во мевот (и ненадејниот престанок на проливот)–интусусцепција (илеус)?
  - Крвав пролив
  - Сомнение за хипо или хиперосмоларна дехидрација базирано на клиничката слика или претходниот третман.
  - Неможност детето да се третира дома
- Корекцијата на проценетата дехидратација секогаш е можна со корекција со давање на раствор преку назогастрична сонда во дневна болница во болнички услови. После тоа детето се испитува и мери и обично може да се пушти на следење во домашни услови.
- Ако детето е во шокова состојба кога се упатува во болница, треба да се постави инфузија со Рингер-ов раствор 20 ml/kg за 15 минути.
- Кај хоспитализиран пациент се испитуваат CRP, основна крвна слика и ацидобазен статус.

СЛЕДЕЊЕ

- Подобрување на општата состојба
- Задоволително мокрење
- Добивање во тежина

ПОВРЗАНИ ИЗВОРИ

- Cochrane- ови прегледи
- Литература

COCHRANE-ОВИ ПРЕГЛЕДИ

- Раното враќање на исхрана не го зголемува ризикот од непланираната употреба на интравенски течност, повраќањето, или развој на перзистентна диареа кај дете со акутна дијареа (ннд- **B**).
- Пробиотиците може да се ефикасни во третманот на пролонгирана дијареа кај деца (ннд- **C**).
- Rotarix® и RotaTeq® се ефикасни вакцини за превенција на ротавирусната дијареа (ннд- А).
- Давањето ОРР со редуцирана осмоларност компарирано со ОРР на СЗО покажало помал волумен на столиците и помалку повраќање (ннд- **А**).
- Погустата храна по се изгледа е од помош за редуцирање на симптомите на гастроезофагеалниот рефлукс кај доенчињата. Подигањето на главата и леглото немаа поволен ефект. Metoclopramid-от може да е од некаква корист, но треба да се одмерат и потенцијалните ризици од страничните ефекти (ннд-**B**).
- Промовирањето на миење на рацете се чини дека ги редуцира епизодите на дијареа кај децата за околу 30% и во ниско и во високо развиените земји (ннд-**C**).
- Во области каде дијареата е важнана причина за смртност и постои висока преваленца на дефицит на цинк или умерена малнутриција, цинкот се чини е корисен во намалување на времетраењето на акутната или перзистентната дијареа кај деца на возраст од шест месеци или повеќе. Доказите за негово влијание на смртноста се недоволни (ннд- Б).
- Полимерните орални раствои изгледа имаат предност наспроти глукоза базираните ОРС за третман на воденастите дијареи, исто така доказите се индуфициентни (ннд- **D**).
- Орален ondansetron изгледа ја намалува количината на акутно повраќање, бројот на деца со интравенска рехидратација и приемите со акутен гастроентерит (ннд- В).

ЛИТЕРАТУРА

- Murphy MS. Management of bloody diarrhoea in children in primary care. BMJ 2008 May 3;336(7651):1010-5. **PubMed**
- Mackenzie A, Barnes G, Shann F. Clinical signs of dehydration in children. Lancet 1989 Sep 9;2(8663):605-7. **PubMed**
- Elliott EJ. Acute gastroenteritis in children. BMJ 2007 Jan 6;334(7583):35-40. **PubMed**
- Grimwood K, Buttery JP. Clinical update: rotavirus gastroenteritis and its prevention. Lancet 2007 Jul 28;370(9584):302-4. **PubMed**

Previous authors:
Ilkka Kunnamo and Per Ashorn
Последен пат прегледано за ажурирање на 8.4.2014 • Последна промена 8.4.2014
Article ID: ebm00630 (029.022)

© 2014 Duodecim Medical Publications Ltd

1. **EBM Guidelines, 08.04.2014, www.ebm-guidelines.com**
2. **Упатството треба да се ажурира еднаш на 2 години.**
3. **Предвидено следно ажурирање до мај 2016**

Упатството го ажурирал: Доц. Д-р. Катарина Ставриќ
Координатор: Проф. Д-р. Катица Зафировска

1511.

Врз основа на член 27 став (1) од Законот за здравствената заштита („Службен весник на Република Македонија“ број 43/12, 145/12, 87/13, 164/13, 39/14, 43/14, 132/14, 188/14 и 10/15), министерот за здравство донесе

У П А Т С Т В О
ЗА МЕДИЦИНСКОТО ЗГРИЖУВАЊЕ ПРИ ПОЛИОМИЕЛИТ И ПОСТ-ПОЛИО СИНДРОМ

Член 1

Со ова упатство се утврдува медицинското згрижување при полиомиелит и пост-полио синдром.

Член 2

Начинот на медицинското згрижување при полиомиелит и пост-полио синдром е даден во прилог, кој е составен дел на ова упатство.

Член 3

Здравствените работници и здравствените соработници ја вршат здравствената дејност на медицинското згрижување при полиомиелит и пост-полио синдром по правило согласно ова упатство.

По исклучок од став 1 на овој член, во поединечни случаи по оценка на докторот може да се отстапи од одредбите на ова упатство, со соодветно писмено образложение за причините и потребата за отстапување и со проценка за натамошниот тек на згрижувањето, при што истото од страна на докторот соодветно се документира во писмена форма во медицинското досие на пациентот.

Член 4

Со денот на влегувањето во сила на ова упатство престанува да важи Упатството за практикување на медицина заснована на докази при полиомиелит и пост-полио синдром („Службен весник на Република Македонија“ бр. 49/14).

Член 5

Ова упатство влегува во сила наредниот ден од денот на објавувањето во „Службен весник на Република Македонија“.

Бр. 17-2494/1
27 февруари 2015 година
Скопје

Министер,
Никола Тодоров, с.р.

Прилог

ПОЛИОМИЕЛИТ И ПОСТ-ПОЛИО СИНДРОМ

МЗД Упатство
12.4.20013 • Последна промена 12.4.20013
Kirsi Valtonen и Merja Roivainen

- Основни податоци
- Трансмисија
- Клиничка слика
- Дијагноза
- Диференцијална дијагноза
- Вакцинација
- Пост-полио синдром
- Поврзани извори

ОСНОВНИ ПОДАТОЦИ

- Полиомиелитот (полио) е високо контагиозна болест, но во поголем дел од случаите оди асимптоматски.
- По воведувањето на полио вакцините бројот на случаите е изразито намален и во многу земји е елиминиран полио вирусот. Инфекцијата е можна во ендемски региони на Азија и Африка, каде опфатеноста со имунизација е неоптимална.
- Парализите се јавуваат рапидно и се асиметрични. Парализираните екстремитети се со зачуван сензибилитет.
- Пост-полио синдромот (на пр. замор, мускулна слабост, милагија и атралгија) е состојба која кај пациентот се орджува многу години по иницијалната акутна фаза. Третманот на овие доцни ефекти е симптоматски (аналгетици, вежби, одмор, контрола на тежината, користење на помагала).

ТРАНСМИСИЈА

- Полиовирусот припаѓа на родот на ентероруси од фамилијата на пикорнавируси.
- Полио е високо контагиозна болест.
- Трансмисијата од човек на човек се одвива по респираторен пат, а може да настане и преку контаминирана храна или пијалок.
- Периодот на инкубација е 7- 18 дена.

КЛИНИЧКА СЛИКА

- Полиото оди асиптоматски во околу 90% од случаите.
- Помалку од 10% од случаите ќе развијат знаци на инфекција, на пр. температура, малаксаност и гушоболка.
- По неколку дена се појавуваат паралитички симптоми. Тие се јавуваат кај помалку од 1% од невакцинираните инфицирани пациенти.
- Бргу настанатите флакцидни парализи обично се асиметрични. Полиовирусот ги оштетува моторните неврони, па парализите не се проследени со губиток на сензибилитет.
- Освен од мускулната слабост, респираторниот дистрес може да е предизвикан и од оштетување на респираторниот центар.
- Кај помал дел од болните со парализа, инфекцијата на медула облонгата води кон појава на булбарни симптоми, вклучувајќи ги тешкотиите со говор, голтање, исто така и парализа на очните мускули.

- Подобрувањето започнува неколку недели по почетокот на симптомите и околу половина од пациентите скоро или комплетно ќе се опоравaт.

ДИЈАГНОЗА

- За потврда на дијагнозата потребни се два примерока од столицата земени во два последователни дена во текот на првите две недели по појавата на парализата.
- Потребен е и примерок од брис од грло за вирусна култура, како и серум и ликвор за анализа на антитела на почетокот од болеста и две недели подоцна.
- Примероците мора да се пратат во адекватна локална лабораторија.
- Полио е болест која подлежи на пријавување и локалните власти официјално мора да бидат информирани за сите лабораториски потврдени случаи.

ДИФЕРЕНЦИЈАЛНА ДИЈАГНОЗА

- Coxackie, Echo и другите ентровируси може да предизвикаат состојба која наликува на полио.
- При полирадикулитис, парализите се симетрични и често придружени со нарушувања на сензилибилитетот.

ВАКЦИНАЦИЈА

- Постојат два типа на полио вакцини: инактивирана полио вакцина (ИПВ) која се дава со инјекција и жива орална полио вакцина (ОПВ).
- Одлуката која вакцина ќе се користи се донесува на национално ниво. ИПВ се користи рутински во многу земји.
- Календарот за имунизација се разликува од земја до земја. ИПВ е вообичаено дел од комбинирана вакцина која се дава рутински кај децата.
- Дополнителна вакцинација може да е потребна за патиници кои патуваат во ендемски подрачја. Патниците треба да се осигураат дали се комплетно вакцинирани според тековните насоки за имунизација.
- Индивидуите кои примиле полио вакцина само со еден серотип на вирусот имаат потреба од нова вакцинација.

ПОСТ- ПОЛИО СИНДРОМ

- Пост-поплио синдромот (ППС) се среќава кај некои пациенти кои предходно имаат прележано полио (преваленцата е 60-90%). ППС се карактеризира со појава на нови симптоми. Најчести симптоми вклучуваат малаксаност, мускулна слабост, милагија и артралгија.
- Симптомите обично се развиваат постепено, но во некои случаи може да се јават наеднаш, во текот на периодот на одморање во кревет како резултат на повреда или на оперативен зафат.
- Доцни ефекти може да се јават и кај некои пациенти кои не развиле парализи во текот на акутната фаза на болеста.
- Точната причина за појава на ППС е непозната, но најчеста теорија е резултат на комбинација на ефектите од прекумерното активирање и предвременото стареење на моторните неврони.

Дијагностички критериум

1. Историја на парализтичка форма на полио со редукција на моторните неврони.
   - Историја на акутна паралитична болест.
   - Слабост и атрофија на мускулите, нотирана при невролошки преглед.

- Знаци за демиелинизација на електромиографија (ЕМГ).

2. Парцијално или комплетно опоравување по акутната фаза на болеста, следено со невролошки и функционален стабилен интервал (вообичаено 15 год. и повеќе).
3. Постепена или ненадејна појава на прогресивна или перзистентна нова мускулна слабост или намалена мускулна издржливост. Наредните симптиоми кои се јавуваат вклучуваат зголемена малаксаност, мускулна атрофија, милагија и артралгија. Поретко може да настане проблем со дишењето и со голтањето.
4. Симптомите се одржуваат барем една година.
5. Исклучени се други невролошки, медицински и ортопедски проблеми.

Третман и рехабилитација

- Досега не постојат специфични медикаменти за лекување на доцните ефекти на полиото (ннд- **D**). Регулирањето на болката треба да се врши според постоечките уаптства. Најзначајни форми на третман вклучуваат вежби за одржување на подвижноста и функционалниот капацитет, доволно одмор, регулирање на телесната тежина и користење на адекватни помагала.
- Зголемување и/или подобрување на подвижноста
  - Изготвување на сопствен план за рехабилитација со помош на психотерапевт.
  - Вежбите треба да бидат редовни и разновидни со одржување на рамнотежа помеѓу вежбање и одмор.
  - Индицирана е и редовна психотерапија.
  - Хидротерапија.
  - Вежби за дишење (на пр. користење на справа на принцип „дување во шише“).
  - Користење на болнички рехабилитациони олеснувања.
- Развој на менталните ресурси на пациентот.
- Проценка за потребата од помагала, нивно тестирање и давање на упатства.
- Разгледување на можностите и потребите за прилагодување на домот на пациентот.
- Проценка за потребата и можностите за спроведување на стручна рехабилитација.
- Лоцирање на достапна социјална помош, пополнување на апликации и издавање на релевантни извештаи.
- Менаџирање на специфични проблеми:
  - Проценка на респираторната функција (спирометрија, испитувања по оглед на sllep апнеа, кога има потреба од вклучување на специјалист за белодробни заболувања).
  - Прооблеми со говор и дисфагија (потреба е помош од логопед и, по потреба, од оториноларинголог /ОРЛ/ специјалист).
  - Умор, депресија, проблеми со спиење (потребна е помош од психолог или од психијатриска сестра, група за поддршка и, ако е потребно, може да се консултира пихијатар).
  - Ладни и отечени екстремитети (специјални чорапи, терапија за подобрување на лимфна дренажа, пасивно возење велосипед, средства за топлење).

Претходни автори:
Jussi Kovanen and Hannu Alaranta
Последен пат прегледано за ажурирање 12.4.2013 • Последна промена 12.4.2013
Article ID: ebm00777 (036.035)
© 2012 Duodecim Medical Publications Ltd

ПОЛИОМИЕЛИТ И ПОСТ-ПОЛИО СИНДРОМ – ПОВРЗАНИ ИЗВОРИ

Поврзани извори

27.1.2009

- Интернет извори
- Литература

ИНТЕРНЕТ ИЗВОРИ

Global Polio Eradication Initiative

ЛИТЕРАТУРА

- Jubelt B, Agre JC. Characteristics and management of postpolio syndrome. JAMA 2000 Jul 26;284(4):412-4. PubMed
- Trojan DA, Cashman NR. Post-poliomyelitis syndrome. Muscle Nerve 2005 Jan;31(1):6-19. PubMed

1. EBM Guidelines, 12.04.2013, www.ebm-guidelines.com
2. Упатството треба да се ажурира после 3 години.
3. Предвидено е следно ажурирање во 2016 година.

Упатството го ажурирал: Проф. Др. И. Кондова Топузовска
Координатор: Проф. Др. К. Зафировска

1512.

Врз основа на член 27 став (1) од Законот за здравствената заштита („Службен весник на Република Македонија“ број 43/12, 145/12, 87/13, 164/13, 39/14, 43/14, 132/14, 188/14 и 10/15), министерот за здравство донесе

У П А Т С Т В О
ЗА МЕДИЦИНСКОТО ЗГРИЖУВАЊЕ ПРИ ПНЕВМОНИЈА

Член 1

Со ова упатство се утврдува медицинското згрижување при пневмонија.

Член 2

Начинот на медицинското згрижување при пневмонија е даден во прилог, кој е составен дел на ова упатство.

Член 3

Здравствените работници и здравствените соработници ја вршат здравствената дејност на медицинското згрижување при пневмонија по правило согласно ова упатство.

По исклучок од став 1 на овој член, во поединечни случаи по оценка на докторот може да се отстапи од одредбите на ова упатство, со соодветно писмено образложение за причините и потребата за отстапување и со проценка за натамошниот тек на згрижувањето, при што истото од страна на докторот соодветно се документира во писмена форма во медицинското досие на пациентот.

Член 4

Со денот на влегувањето во сила на ова упатство престанува да важи Упатството за практикување на медицина заснована на докази при пневмонија („Службен весник на Република Македонија“ бр. 49/14)..

Член 5

Ова упатство влегува во сила наредниот ден од денот на објавувањето во „Службен весник на Република Македонија“.

Бр. 17-2493/1
27 февруари 2015 година
Скопје

Министер,
Никола Тодоров, с.р.

Прилог

ПНЕВМОНИЈА

МЗД Упатство
17.3.2010 • Последна промена 17.3.2010
Pekka Honkanen

- Основни податоци
- Етиологија
- Знаци и симптоми
- Дијагноза
- Диференцијална дијагноза
- Антимикробен третман на пневмонија стекната во заедница
- Друг третман
- Индикации за хоспитаелн третман
- Следење
- Превенција
- Поврзани извори
- Референци

ОСНОВНИ ПОДАТОЦИ

- Пневмонијата треба да се смета како можна дијагноза кај пациент кај кој се јавува акутно заболување со главни симптоми како кашлица, треска, влошување на општата состојба, а особено кај постари лица, конфузност и влошување на основната болест.
- Симптомите на пневмонија и акутен бронхит се многу слични, но обично се потешки кај пневмонијата.
- Секој препишан третман мора да биде ефективен за пнеумококот. Другите можни причинители мора да се земат предвид, доколку има клинички или епидемиолошки импликации кои укажуваат на нив.
- Парентерални антибиотици се даваат на пациенти чијашто општа состојба е лоша или кои имаат друга коморбидна состојба која го нарушува системот на имунолошката одбрана.
- Првата доза на орални лекови треба да се даде во примарната здравствена заштита.
- Amoxicillin-от мора да се дава најмалку трипати дневно кога се лекува пневмонија.
- Cefalexin-от не се препорачува како прва линија на третман за некомплицирана пневмонија, бидејќи неговиот спектар е премногу широк и неговата ефикасност против пнеумококите е инфериорна во однос на онаа на амоксицилинот.
- Ciprofloxacin-от не е погоден за третман на пневмонија стекната во заедница, бидејќи не е доволно ефикасен против пнеумококите.
  - Levofloxacin и moxifloksacin се активни кон пнеумококите. Сепак, нивната употреба треба да се избегнува за да го задржат своето дејство во случај кога пневмококната резистенцијата на пеницилин продолжува да расте. Нивната широка употреба, исто така, би го загрозила третманот на уринарните инфекции и инфекциите предизвикани од грам-негативни бактерии.
  - Околу 30% од пневмококните типови се резистентни на постарите макролиди и макролидите, поради тоа, не се препорачуваат да се употребуваат сами. Пневмококната инфекција не може да биде дефинитивно исклучена дури и во текот на епидемии, јасно предизвикани од Mycoplasma или Chlamydophila pneumoniae.
- Ако пациентот е алергичен на пеницилин, препорачано антимикробно средство е telithromycin или doxycycline.

- Без оглед на одбраниот третман, сите пациенти мора да бидат следени и да им се обезбедат дополнителни проследувања и третман, доколку оздравувањето не е онакво, какво што се очекувало.

ЕТИОЛОГИЈА

- Микробиолошката етиологија најмногу зависи од тоа:
  - Дали пациентот ја добил болеста во или надвор од болница.
  - Дали има предиспонирачки етиолошки фактори, како на пример аспирација, хронична белодробна болест, терапија со имуносупресивни лекови или оперативен зафат.
- Според податоците добиени од различни извори, најчест етиолошки причинител на пневмониите, добиени во заедница, е *Streptococcus pneumoniae* (средно 18%). Потоа следат *Mycoplasma pneumoniae* (средно 6%), *Chlamydophila pneumoniae* и *Haemophilus influenzae* (средно 4%).
- Врз база на клиничката манифестација не е можно да се одреди етиолошкиот причинител.

ЗНАЦИ И СИМПТОМИ

- Температура, треска, кашлица, диспнеја и прободувачка болка во градниот кош се чести.
- Кај постари лица, конфузија, абдоминални симптоми, целокупната лоша здравствена состојба или влошување на симптомите на претходно постоечка болест може понекогаш да бидат најизразени симптоми. Многу од пациентите (30%) може да немаат температура.
- При аускултација на белите дробови, обично се откриваат ситни хрколки или крепитации, но аускултаторниот наод, исто така, може да биде нормален (кај една третина од пациентите).
- Респирации >26/мин, леукоцити >12 10^9/L и ниво на Ц- реактивен протеин (ЦРП) >110mg/L укажуваат на тешка клиничка слика (1 ,3).

ДИЈАГНОЗА

- Пневмонијата треба да се смета како можна дијагноза кај пациент кај кој се јавува акутно заболување со главни симптоми како кашлица, треска, влошување на општата состојба, а особено кај постари лица, конфузност и влошување на основната болест.
- Првично во утврдување на дијагноозата треба да се одреди дали пациентот има долнореспираторна инфекција (ДРТИ) или симптомите се предизвикани од друга состојба. Симптомите на ДРТИ се:
  - Кашлица.
  - Пурулентен спутум.
  - Температура (често повисока од 38,0°C).
  - Температурата е отсутна кај 20-30% од пациентите со пневмонија над 65 годишна возраст.
    - Диспнеја.
    - Отежнато дишење.
    - Болка во градите.
- Пневмонијата е застапена во 5- 20% (зависно од изворот на податоци) меѓу пациентите со ДРТИ во установите за примарна здравствена заштита.
- Покрај горенаведените симптоми, за пневмонија треба да се посомневаме ако:
  - Заболувањето влијае на општото здравје на пациентот.
  - Симптомите се јавуваат бргу.
  - Симптомите на постоечката респираторна инфекција се влошуваат.
  - Пациентот има дополнителни фактори на ризик (возраст, основни медицински состојби).
- Во отсуство на објективни знаци, веројатноста за појава на пневмонија е многу ниска и нема потреба да се направи рендгенграфија на белите дробови.

- Ртг графија на бели дробови
  - Дијагнозата на пневмонијата се потврдува со рендгенграфија на белите дробови. Секогаш кога постои сомнение за пневмонија, индицирана е рендгенграфија на белите дрообови, под услов соодветните објекти да се на разумен дофат.
  - Дефинирајте ја природата и степенот на белодробните инфилтрати.
  - Дали постои срцева слабост?
  - Недостаток на пулмонален инфилтрат не исклучува пневмонија, доколку клиничката слика и лабораториските наоди одат во прилог на неа (2).
  - Контролна рентгенграфија би требало да се направи по завршувањето на третманот, но не пред истекот на 6-8 недели.
- Лабораториски тестови
  - Серумското ЦРП и крвната слика го рефлектираат оштетувањето на ткивото, а не на микробиолошката етиоогија. ЦРП >80 mg/L оди во прилог на бактериска инфекција, а многу високо ЦРП е суспектно за пнеумококна инфекција. При толкувањето на добиените резултати од ЦРП, треба секогаш да се има на ум дека пнеумококната пневмонија може да се развие многу бргу и концентрацијата на ЦРП може сè уште да не е зголемена во многу раната фаза на болеста.
  - Доколку општата состојба на пациентот е лоша, потребно е да се направи серумски калиум, натриум, креатинин и артериски ацидо-базен статус (или пулсна оксиметрија, доколку одредувањето на ацидо-базниот статус не е достапно).
  - Во утврдувањето на диференцијалната дијагноза, често се потребни електрокардиограм (ЕКГ), уринокултура и одредување на нивото на гликемија.
  - Доколку се суспектни легионелоза или хлијамидијална инфекција, потребно е да се определи и нивото на серумската аланин трансаминаза (АЛТ) и серумската алкална фосфатаза.
- Тестови за потврдување на етиологијата
  - Обично не се потребни во примарната здравствена заштита.
  - Потребно е земање на хемокултура во два наврати кај пациенти чија општа состојба е лоша.
- Синуситисот често ја придружува пневмонијата (ехографија, ртг графија на максиларните синуси, доколку е потребно).

ДИФЕРЕНЦИЈАЛНА ДИЈАГНОЗА

- Срцеви заболувања
- Туберкулоза
- Пулмонална инфаркција
- Малигном на бели дробови
- Еозинофилна инфилтрација
- Саркоидоза
- Ателектази
- Стара засенчена промена
- Ирадиациона реакција, несакана реакција кон лекови или други ретки причинии
- За белодробните рендгенграфски засенчувања, види го трудот

АНТИБАКТЕРИСКИ ТРЕТМАН НА ПНЕВМОНИЈА СТЕКНАТА ВО ЗАЕДНИЦА

- Изборот на антимикробен третман за пневмонија стекната во заедница е прикажан на табелите 1 и 2.

Табела 1. Избор на орална антимикробна терапија за пневмонија, стекната во заедница

Лек	Доза	Забелешка
Прва линија лек		
Amoxicillin	1 g секои 8 часа, или 750 mg секои 6–8 часа	Не е активен против *Chlamydophila pneumoniae* или *Mycoplasma*
Прва линија лекови за пациенти со алергија на penicillin		
Telithromycin	800 mg еднаш дневно	Ризик од интеракција со лекови кои се метаболизираат преку CYP3A4.
Doxycyclin	100 mg двапати дневно	1. Локалната пнеумококна резистенција ја ограничува широката примена. 2. Не како единствен лек кај тешка пневмонија.
Опции кај средно тешка пневмонија, кога е потребна активност кон *Chlamydophila pneumoniae* и *Mycoplasma*.		
Telithromycin	800 mg еднаш дневно	Ризик од интеракција со лекови кои се метаболизираат преку CYP3A4.
Doxycyclin	100 mg двапати дневно	Зголемувањето на пнеумококната резистенција ја ограничува широката примена.
Втора линија лекови		
Moxifloxacin	400 mg еднаш дневно	Да се земе предвид ако пациентот бил третиан со други антимикробни средства во текот на претходните 3 месеци (не вклучува третман на инфекции на уринарниот тракт), има патувано во странство или има тешка основна болест.
Levofloxacin	500 mg еднаш или двапати дневно, или 750 mg еднаш дневно	

Табела 2. Избор на иницијална интравенска антимикробна терапија за пневмонија, стекната во заедница кај хоспитализиран пациент

Лек	Доза	Забелешка
* Може да се даде во комбинација со орален макролид или doxycyclin со цел да се обезбеди активност наспроти *Chlamydophila pneumoniae* и *Mycoplasma*		
Прва- линија лекови во болница		
Cefuroxime*	1.5 g секои 6–8 часа i.v.	Особено ако дијагнозата за Пневмонија не е сигурна
Benzylpenicillin (penicillin G)*	2 милиони IU секои 4 часа, или 2.5–5 милиони IU секои 6 часа i.v.	За млади, претходно здрави пациенти, со лобарна пневмонија без основна болест.
Втора линија лекови во болница		
Moxifloxacin	400 mg еднаш дневно i.v. или преку уста.	Смени на орална примена што е можно побргу.
Levofloxacin	500 mg двапати дневно, или 750 mg еднаш дневно i.v. или преку уста.	Смени на орална примена што е можно побргу.

ДРУГА ТЕРАПИЈА

- Доколку нема одговор на ординираната терапија во рок од 2-3 дена, одредете ја етиологијата, додајте макролид на беталактамската терапија, потрудете се да исклучите можни компликации кај хоспитализирани болни и кај пациенти во лоша општа состојба (плеврални ефузии, емпием, пулмонални апсцеси) и консултирајте специјалист кога и да е потребно.
- Проценете ја потребата од оксигенотерапија (пулсна оксиметрија, ацидо-базен статус).
- Третирајте ја дехидратацијата.
- Избегнувајте непотребна употреба на антипиретици и антитусици.
- Третирајте ги другите коморбидни состојби (срцево заболување, дијабетес).

ИНДИКАЦИИ ЗА БОЛНИЧКО ЛЕКУВАЊЕ

- Местото каде ќе се лечи пневмонијата е избрано откако ќе се дијагностицира. Изборот е, главно, брз основа на проценката на тежината на болеста и расположливите капацитети за третман.
- Успешниот домашен третман зависи од домашните околности и можноста да се обезбеди соодветна помош за домашните активности додека пациентот е премногу болен за да ги извршува сам/сама.
- Врз основа на исходот кај хоспитализираните пациенти, студиите ги користат следниве четири едноставни критериуми за одредување на степенот на тежина на пневмонијата:
  - Конфузност или нарушена свест.
  - Респирации 30/мин или повеќе.
  - Систолен крвен притисок под 90 mmHg.
  - Возраст од 65 години или повеќе.
- Ако ниту еден од горенаведените критериуми не е исполнет, ризикот од смртен исход е мал и пациентот може да се лекува дома.
- Ризикот од смрт се зголемува ако три или четири критериуми се исполнети и пациентот треба итно да се однесе во болница.
- Горенаведените критериуми се развиени за да се предвиди морталитетот, па може да се предвиди решавањето на некоја сериозна ситуација кога пациентот треба дури да биде примен и во интензивна нега.
- Кај пациенти на возраст од 50 години или помалку, респирации ≥25/мин. и оксиген сатурација ≤93%, укажува на можна сериозна болест, што зависи од нивниот чуствителен респираторен капацитет, овие пациенти можат да ги компензираат подобро пневмонија индуцираните промени отколку повозрасните. Покрај ова, ЦРП концентрацијата > 100мг//л може да е знак за тешка или бргу прогредирачка пневмонија.
- Хоспитализацијата може да е индицирана и кај пневмонија со средно тешка клиничка слика ако кај пациентот е присутен некој од следниве критериуми:
  - Повраќање кое го спречува земањето на медикаменти.
  - Диспнеја и други компликации.
  - Проблеми со примарната дијагноза.
  - Тешка примарна дијагноза.
  - Имуносупресија.
  - Несоодветна домашна средина.

СЛЕДЕЊЕ

- Поставувањето на дијагнозата пневмонија не е лесно, а тешко е и да се предвиди текот на заболувањето. Секогаш треба пациентот да се следи.
- Интравенската апликација се менува со перорална медикаментозна терапија веднаш штом пациентот е хемодинамски стабилен, постојат клинички знаци на подобрување и кога пациентот може да ги голта медикаментите.
- Антибитоското лекување обично може да се прекине по 10- дневна терапија или најдоцна кога ЦРП- то ќе се нормализира.
- Контрола рендгенграфија на белите дробови треба да се направи кога е потребно, а секогаш доколку пациентот е пушач или е над 40- годишна возраст. Повторувањето на графијата не би требало да биде пред 6-8 недели од оздравувањето, бидејќи е потребно подолго време графијата да стане нормална.
- Оздравувањето, вообичаено, трае подолго време, што значи дека, доколку има потреба, треба да се продолжи боледувањето.

ПРЕВЕНЦИЈА

- Пациентите кои припаѓаат на ризична група треба да се вакцинират против инфлуенца.
- Вакцинацијата за пнеумокок се дава барем на пациенти кои се спленектомирани или кои имаат некоја значајна основна болест.
- Прекин на пушењето.

ПНЕВМОНИЈА - ПОВРЗАНИ ИЗВОРИ

Поврзани извори
7.12.2011

- Cochrane- ови прегледи
- Други резимеа со докази
- Клинички упатства
- Литература

COCHRANE-ОВИ ПРЕГЛЕДИ

- Физикалната терапија како дополнителна терапија на градниот кош не може да ја намали смртноста, ниту да го зголеми излекувањето кај возрасни со пневмонија (ннд- **C**).
- Емпириското антибиотско покривање на атипичните патогени не покажува предност во однос на оној режим без антибиотик за атипични причинители за пневмонија, стечена во заедница (ннд- **A**).
- Витамин Ц суплементацијата може да има протективен ефект кај популација со висока инциденца на пнеумонија и тераписки ефект кај популација со ниско плазматско ниво на витамин Ц (ннд- **C**).
- Рутинската употреба на G-CSF, изгледа дека е корисно во третманот на пневмонијата (ннд- **B**).
- Интраплеуралната фибринолитичка терапија може да ја намали потребата од хируршки третман кај возрасните пациенти со парапневмонични изливи или емпием (ннд- **C**).

ДРУГИ РЕЗИМИЊА СО ДОКАЗ

- Хранењето преку назогастрична сонда го зголемува ризикот од аспирациона пневмонија и не треба да се употреби за превенција на оваа состојба (ннд-**B**).
- Рано скратување на ив терапија и префрлање на терапија на орален антибиотик и рана стратегија за отпуштање од болница може значително и успешно да го намали средното време на болничко лекување на пациентот со вонболнички стекната пневмонија (ннд- **C**).

КЛИНИЧКИ УПАТСТВА

- British Thoracic Society – Community Acquired Pneumonia in Adults Guideline Group. Guidelines for the management of community acquired pneumonia in adults: update 2009 1
- Woodhead M, Blasi F, Ewig S, Huchon G, Ieven M, Ortqvist A, Schaberg T, Torres A, van der Heijden G, Verheij TJ, European Respiratory Society, European Society of Clinical Microbiology and Infectious Diseases. Guidelines for the management of adult lower respiratory tract infections. Eur Respir J 2005 Dec;26(6):1138-80. 2 PubMed
- Mandel LA, Wunderink RG, Anzueto A, Bartlett JG, Campbell GD, Dean NC, Dowell SF, File TJ, Musher DM, Niederman MS, Torres A, Whitney CG. Infectious Disease Society of America/American Thoracic Society consensus guidelines on the management of community-acquired pneumonia in adults. Clin Infect Dis 2007;44:27-72. 3

ЛИТЕРАТУРА

Клинички практични прегледи

1. Peleg AY, Hooper DC. Hospital-acquired infections due to gram-negative bacteria. N Engl J Med 2010 May 13;362(19):1804-13. PubMed

Друга литература

- McNally M, Curtain J, O'Brien KK et al. Validity of British Thoracic Society guidance (the CRB-65 rule) for predicting the severity of pneumonia in general practice: systematic review and meta-analysis. Br J Gen Pract 2010;60(579):e423-33. PubMed
- Brown SD. Benefit-risk assessment of telithromycin in the treatment of community-acquired pneumonia. Drug Saf 2008;31(7):561-75. PubMed

РЕФЕРЕНЦИ

1. Seppä Y, Bloigu A, Honkanen PO, Miettinen L, Syrjälä H. Severity assessment of lower respiratory tract infection in elderly patients in primary care. Arch Intern Med 2001 Dec 10-24;161(22):2709-13. PubMed
2. Syrjälä H, Broas M, Suramo I, Ojala A, Lähde S. High-resolution computed tomography for the diagnosis of community-acquired pneumonia. Clin Infect Dis 1998 Aug;27(2):358-63. PubMed

1. **EBM Guidelines, 17.03.2010, www.ebm-guidelines.com**
2. **Упатството треба да се ажурира после 5 години.**
3. **Предвидено е следно ажурирање во 2015 година.**

Упатството го ажурирал: Проф. Др. И. Кондова Топузовска
Координатор: Проф. Др. К. Зафировска

1513.

Врз основа на член 27 став (1) од Законот за здравствената заштита („Службен весник на Република Македонија“ број 43/12, 145/12, 87/13, 164/13, 39/14, 43/14, 132/14, 188/14 и 10/15), министерот за здравство донесе

У П А Т С Т В О
ЗА МЕДИЦИНСКОТО ЗГРИЖУВАЊЕ ПРИ МЕНИНГИТИС КАЈ ДЕЦА

Член 1

Со ова упатство се утврдува медицинското згрижување при менингитис кај деца.

Член 2

Начинот на медицинското згрижување при менингитис кај деца е даден во прилог, кој е составен дел на ова упатство.

Член 3

Здравствените работници и здравствените соработници ја вршат здравствената дејност на медицинското згрижување при менингитис кај деца по правило согласно ова упатство.

По исклучок од став 1 на овој член, во поединечни случаи по оценка на докторот може да се отстапи од одредбите на ова упатство, со соодветно писмено образложение за причините и потребата за отстапување и со проценка за натамошниот тек на згрижувањето, при што истото од страна на докторот соодветно се документира во писмена форма во медицинското досие на пациентот.

Член 4

Со денот на влегувањето во сила на ова упатство престанува да важи Упатството за практикување на медицина заснована на докази при менингитис кај децата („Службен весник на Република Македонија“ бр. 49/14).

Член 5

Ова упатство влегува во сила наредниот ден од денот на објавувањето во „Службен весник на Република Македонија“.

Бр. 17-2492/1
27 февруари 2015 година
Скопје

Министер,
Никола Тодоров, с.р.

Прилог

МЕНИНГИТИС КАЈ ДЕЦА

МЗД Упатсво
3.04.2014 Комплетно ажурирано
Matti Uhari

- Основни податоци
- Етиологија и преваленција
- Симптоми
- Дијагноза
- Третман
- Прогноза
- Поврзани извори

ОСНОВНИ ПОДАТОЦИ

- Поставете сомнение за бактериски менингитис ако детето е јасно болно и има тешки симптоми.
- Акутен бактериски менингитис е тешко заболување, доколку не се лекува може да доведе до смрт за помалку од 24 часа. Рано препознавање е од витално значење за да се избегне одложување на терапијата.
- Симптомите на вирусен менингитис наликуваат на тие на бактериски менингитис во раниот стадиум на болеста, но вирусниот менингитис е помалку тешко заболувањесо добра прогноза и обично бара симптоматска терапија.

ЕТИОЛОГИЈА И ПРЕВАЛЕНЦИЈА

- Најчест причинител на бактериски менингитис
  - Кај деца помлади од 3 месеци, *Стрептоцоццус агалацтиае*, грам негативни стапчести бактерии и *Листериа моноцытогенес*
  - Кај постари деца, *Стрептоцоццус пнеумониа* и *Неиссериа менингитидис*.
- Вирусниот менингитис најчесто е причинет од ентеровируси.
- Во Финска, бактериски менингитис годишно се јавува кај околу 50 деца пред да се вклучи пнеумококната вакцина во националниот имунизационен програм.
- Вирусниот менингитис годишно може да се појави кај стотина деца, во зависност од епидемиската состојба. Не е неопходно да се дијагностицира секој случај на вирусен менингитис.

СИМПТОМИ

- Дете со бактериски менингитис е јасно болно и не се чувствува удобно во било која положба.
  - Кај постари деца, симптоми се висока температуре, главоболка, повраќање, пореметување на свеста и вкочанетост на вратот.
  - Малите деца не мора да имаат вкочанетост на вратот, туку само пореметување на свеста и преосетливост при преглед. Тие може да манифестираат абнормално плачење, хипотонија или невообичаена боја на кожата.
- Типични симптоми на вирусен менингитис се главоболка и вкочанетост на вратот, често заедно со симптоми на грип. Општата состојба на пациентот ретко е пореметена.

ДИЈАГНОЗА

- Важно е да се препознае менингитис доволно рано и да се разграничи помеѓу бактериски и вирусен менингитис.
- Кај бактериски менингитис, наодите често укажуваат на бактериска инфекција (ЦРП, леукоцити).
  - Ако е поставена интравенска линија, примерок за хемокултура треба да се земе од венската линија.
- Кај вирусен менингитис, вредностите на ЦРП се нормалниили само лесно покачени, и бројот на леукоцитите во крвната слика може да бидат ниски или лесно покачени.
- Вирусниот менингитис може да се софпадне со воспаление на мозочното ткиво (менингоенцефалитис).
- Типичен наод на преглед на цереброспинален ликвор кај бактериски и вирусен менингитис: види табела 1.

Табела 1. Типичен наод на цереброспинална течност кај бактериски И вирусен менингитис

Бактериски менингитис	Вирусен менингитис
Стотици (или илјадници) на воспалителни клетки x10^6/л	Воспалителни клетки до 200x10^6/л
Скоро сите воспалителни клетки се полиморфонуклеари	Воспалителни клетки се мононуклеари (на почеток на болеста повеќето клетки се полиморфонуклеари)
Ниска концентрација на гликоза (<2.2 ммол/л или < од половина од гликемија во крв)	Нормално ниво на гликоза (>2.2 ммол/л)
Висока концентрација на протеини (>400 мг/л типично >1000 мг/л)	Само лесно покачена концентрација на протеини
Боење по Грам покажува присаство на бактерии	Боење по Грам не покажува присаство на бактерии
Висока концентрација на лактати (>2.7 ммол/л)	Нормална концентрација на лактати

ТРЕТМАН

Бактериски менингитис

- Упатување за започнување со терапија треба да не се одложува поради потреба од првична интервенција.
- Септичен шок кој се должи на бактериолоза треба да се очекува отприлике за половина сат од започнување со антимикробна терапија. Доколку антимикробната терапија се започне во ургентен центар каде првично се збринува, Центарот треба да биде подготвен за третман на септичен шок како и во тек на транспорт на детето.
  - Во секојдневна пракса, пациентот треба да се префрли најбро што може без да се замаат крвни анализи или да се прават терапевтски мерки во Центар каде ќе се потврди дијагнозата и ќе се започне терапијата.
- Терапија на бактериски менингитис во болница
  - Антибиотскиот третман е насочен кон бактеријата на која се сомневаме и со лек кој влегува во цереброспиналната течност.
  - Кај доенче помало од 1 месец се дава ampicillin 200 мг/кг/ден (во 3 поделени дози) и 200 мг/кг/ден cefotaxime (поделено во 2 дози)
  - Кај деца постари од 1 месец се дава ceftriaxone во единечна дневна доза 150 мг/кг првиот ден а после тоа по 100 мг/кг.

- Откако ќе се потврди бактерискиот причинител, антимикробниот третман може да се промени, ако е неопходно.
- Препорачано е давање на Dexamethasone како аќувантна терапија кај деца постари од 6 недели во доза 0.15 мг/кг 4 пати на ден во тек на 2 дена (ннд-**B**).
- Dexamethason треба да се дава не помалку од 15 минути пред давање на антибиотска терапија.
- Алтернативна аќувантна терапија е орално давање на 85% раствор на глицерол во дози 1.5 мл/кг секои 6 сата во тек на 2 дена (ннд-**C**)
- Ако се докажат грам негативни коки како причинител, треба да се третираат членовите кои се во близок контакт со болниот (членови на фамилија, други деца во градинки и тимот за итна медицинска помош и оживување).

Вирусен менингитис

- Терапијата на вирусниот менингитис е симптоматска.
  - Во случај н атешки симптоми, доколку има потреба од и.в. течности, иницијалниот третман треба да се даде во болница.
  - Ако се сомневаме за херпесен менингоенцефалитис базирано на брзо влошување на состојбата на свеста и фокални симптоми од ЦНС, треба да се даде и.в. ацѕцловир.
    - За деца помлади од 12 години се дава 60 мг/кг/ден поделено во 3 дози во тек на 14-21 дена. За деца постари од 12 години се дава 30 мг/кг/ден.

ПРОГНОЗА

- Бактерискиот менингитис може да доведе до трајни пореметувања во циркулација на цереброспиналната течност, губиток на слух и невролошки пореметувања.
- Прогнозата на другите со исклучок на херпетичниот вирусен менингитис е добра.

ПОВРЗАНИ ИЗВОРИ

27.4.2007

- Кохранови прегледи
- Литература

Кохранови прегледи

- Кај акутниот бактериски менингит интравенското одржување на течности е поефикасно од рестрикцијата на внестот на течности во првите 48 часа во средини со висока стапка на смртност или во услови кога пациентот касно се носи на лекар. Но кога децата рано односно на време се донесени на лекар и стапката на смртност е мала недоволни се доказите за интравенската рехидратација (ннд-**C**).

Литература

- Peltola H, Roine I, Fernández J, et al. Adjuvant glycerol and/or dexamethasone to improve the outcomes of childhood bacterial meningitis: a prospective, randomized, double-blind, placebo-controlled trial. Clin Infect Dis 2007 Nov 15;45(10):1277-86 **PubMed**
- Roine I, Peltola H, Fernández J, et al. Influence of admission findings on death and neurological outcome from childhood bacterial meningitis. Clin Infect Dis 2008 Apr 15;46(8):1248-52 **PubMed**
- Peltola H, Roine I. Improving the outcomes in children with bacterial meningitis. Current Opin Infect Dis 2009, in press

Previous authors:
Heikki Peltola
Последен пат прегледано за ажурирање на 3.4.2014 • Последна промена 3.4.2014
Article ID: ebm00604 (029.012)
© 2014 Duodecim Medical Publications Ltd

1. **EBM Guidelines, 3.4.2014, www.ebm-guidelines.com**
2. **Упатството треба да се ажурира еднаш на 2 години.**
3. **Предвидено следно ажурирање до јули 2016 година.**

Упатството го ажурирал: Доц. Д-р. Катарина Ставрић
Координатор: Проф. Д-р. Катица Зафировска

1514.

Врз основа на член 27 став (1) од Законот за здравствената заштита („Службен весник на Република Македонија“ број 43/12, 145/12, 87/13, 164/13, 39/14, 43/14, 132/14, 188/14 и 10/15), министерот за здравство донесе

У П А Т С Т В О
ЗА МЕДИЦИНСКОТО ЗГРИЖУВАЊЕ ПРИ ИНФЛУЕНЦА

Член 1

Со ова упатство се утврдува медицинското згрижување при инфлуенца.

Член 2

Начинот на медицинското згрижување при инфлуенца е даден во прилог, кој е составен дел на ова упатство.

Член 3

Здравствените работници и здравствените соработници ја вршат здравствената дејност на медицинското згрижување при инфлуенца по правило согласно ова упатство.

По исклучок од став 1 на овој член, во поединечни случаи по оценка на докторот може да се отстапи од одредбите на ова упатство, со соодветно писмено образложение за причините и потребата за отстапување и со проценка за натамошниот тек на згрижувањето, при што истото од страна на докторот соодветно се документира во писмена форма во медицинското досие на пациентот.

Член 4

Со денот на влегувањето во сила на ова упатство престанува да важи Упатството за практикување на медицина заснована на докази при инфлуенца („Службен весник на Република Македонија“ бр. 49/14).

Член 5

Ова упатство влегува во сила наредниот ден од денот на објавувањето во „Службен весник на Република Македонија“.

Бр. 17-2491/1
27 февруари 2015 година
Скопје

Министер,
Никола Тодоров, с.р.

Прилог

ИНФЛУЕНЦА

МЗД Упатство
25.9.2013 • Последна промена 25.9.2013
Тимот за ажурирање на МЗД упатства

- Основни податоци
- Вирусни типови
- Епидемиологија
- Патогенеза и клиничка презентација
- Дијагноза
- Терапија
- Превенција
- Поврзани извори

ОСНОВНИ ПОДАТОЦИ

- Во северната хемисфера, епидемии на сезонски грип обично се јавуваат во текот на зимата ("сезона на грип") со врв најчесто околу јануари и февруари.
- Ризичните групи треба да се вакцинираат секоја година и тоа однапред (октомври-ноември) пред почетокот на очекуваната епидемија на грип.
- Националните јавни здравствени организации носат препораки за тоа на кои групи треба да им биде понудено годишна вакцинација за инфлунца (можеби бесплатно), односно за поединци чие здравје би било суштински загрозено од грип или кои ќе се имаат значајни здравствени придобивки од самата вакцинација.
- Грипот може да се дијагностицира врз основа на клиничката слика во услови на потврдена епидемија во заедницата, или врз основа на резултатите од виролошки (брз) дијагностички тест.
- Третманот на инфлуенца кај здрав возрасен пациент е обично симптоматски.
- Антивирусни средства треба да се препорачаат кај деца, бремени жени, пациенти со исклучително тешки симптоми и оние кои припаѓаат во ризични групи.
- Колку побрзо терапијата е започната, толку е подобар ефектот. Третманот треба да се започне во рок од 48 часа од почетокот на симптомите.

ВИРУСНИ ТИПОВИ

- Вирусите на инфлуенца се класифицирани во три различни типови А, В и С. Клинички најзначајни се вирусите на инфлуенца А и В.
- Инфлуенца А вирусите се суптипизирани во зависност од типот на хемаглутинин (H, 1-16) и неураминидаза (N, 1-9) кои ги содржат. Типовите H1N1, H2N2, H3N2 и H3N8 е познато дека предизвикуваат епидемии кај луѓето. Покрај тоа, типовите H5N1, H7N7 и H7N9 и можеби и други, предизвикуваат хумана инфекција. Типични карактеристики на најважните вируси на грип: види табела 1.

Табела 1. Типични карактеристики на најважните вируси на грип

Тип на вирус	Тип на епидемија	Епидемиологија	Осетливи индивидуи
A(H1N1)	Сезонска инфлуенца	Во текот на зимските месеци, а не секоја зима	Вирусот, главно, ги инфицира децата и адолесцентите
A(H3N2)	Сезонска инфлуенца	Се јавува повеќето зими	Сите старосни групи, поголема смртност во возрасната група од 65 години и повеќе
A(H1N1) 2009	1. "Свински грип" 2. Сезонска инфлуенца	1. Пандемијата 6/2009-2/2010 2. Вирусот потоа продолжи да циркулира во светот како сезонски грип	Деца, адолесценти, бремени жени. Ретко лица на возраст од 65 години и повеќе
1.A(H5N1) 2.A(H7N9)	Авиан инфлуенца ("птичји грип")	Предизвика мали кластери на инфекција во Египет и на Далечниот Исток во 2000-тите. Кумулативниот број на потврдени случаи кај луѓето е околу 600. Пријавена заразна болест.	Има пандемиски потенцијал, но во моментов пренос на луѓето и пренос од човек на човек, се чини дека не е воспоставен. Стапката на смртност е над 60%.Од пролетта 2013г има податоци од Кина кои сугерираат појава на случаи од нов тип на вирус H7N9. Околу една третина од случаите подоцна починале.
B	Сезонска инфлуенца	Неправилни епидемии во текот на зимските месеци; епидемии во текот на пролетта обично подоцна, од оние на инфлуенца А	Секој. Клиничка слика поблага од онаа на инфлуенца А

ЕПИДЕМИОЛОГИЈА

- Во тропските средини грипот се јавува во текот на годината. На Северната Хемисфера епидемиите на инфлуенца се јавуваат обично во текот на зимските месеци.
- Тежината на епидемиите на инфлуенца се разликува во различните години, во зависност од антигенските варијации на циркулирачкиот вирусен тип.

ПАТОГЕНЕЗА И КЛИНИЧКА ПРЕЗЕНТАЦИЈА

- Трансмисијата на инфлуенца е главно аерокапкова, преку аеросоли исфрлени од страна на инфицирана личност како и преку директен контакт.
- Инкубациониот период изнесува од 1-7 дена, но најчесто 2-3 дена.
- Екскрецијата на вирусот може да започне веќе 1-2 дена пред појава на клиничките симптоми.
- Траењето на главните симптоми обично е 3 до 8 дена.
- Инфлуенца кај возрасни почнува нагло и типичните симптоми се тешки со висока температура, студ, треска, главоболки, миалгии, малаксаност и сува кашлица. Ринитис не се јавува често во раната фаза.
- Скоро сите деца имаат покачена температура, но повеќето имаат и ринитис уште во раната фаза на болеста. Исто така, кај малите деца може да се јават и фебрилни конвулзии.
- Најчести компликации на инфлуенца кај возрасните се пневмонија, максиларен синуzитис како и егзацербација на астма, хронична опструктивна белодробна болест или хроничен

бронхитис. Пневмонијата е обично предизвикана од бактерии (пневмококи, Staphylococcus aureus), но вирусите на инфлуенца исто така можат да предизвикаат и примарна вирусна пневмонија која често пати е многу тешка. Ретко, компликациите го зафаќаат централниот нервен систем (менингит, енцефалит) и срцето (миокардит, перикардит).

- Најчеста компликација кај децата е акутен отитис медиа, кој се јавува кај околу 40% од децата под 3 годишна возраст.

ДИЈАГНОЗА

- Нагла појава на температура и сува, надразнителна кашлица се индикативни за инфлуенца Во текот на епидемија на инфлуенца, дијагнозата може да се постави само врз основа на овие наоди (ннд- **B**).
- Кај децата разграничувањето на грипот од другите вирусни респираторни инфекции е многу тешко само врз база на клиничката слика, бидејќи и некои други вируси кои предизвикуваат слична клиничка слика често се јавуваат во текот на епидемија од грип.
- Неколку брзи тестови се достапни за детекција на инфлуенца кои даваат резултати за 10-30 минути. Тестовите може да ги идентификуваат или двата А и Б вируси (не секогаш може да се направи разлика меѓу овие два типа) или само Инфлуенца А вирусот. Специфичноста на овие тестови е добра, но нивната сензитивност е полоша од онаа на конвенционалните лабораториски тестови и, затоа, негативен брз тест не значи дека се изклучува грип.
- Повеќе методи базирани на полимераза верижната реакција (PCR) се достапни за употреба во дијагнозата на инфлуенца. Сензитивноста и специфичноста на овие тестови е многу добра, а покрај детекција на вирусот А и Б, тие се способни да ги идентификуваат и суптиповите на вирусот А. Овие тестови, сепак, имаат мала улога за клиничките одлуки во примарната здравствена заштита. Нивната употреба е резервирана за определување на епидемиолошка ситуација и да помогне при третман на критично болните хоспитализирани пациенти.
- Дури и ако брзите дијагностички тестови би биле на располагање, не постои обврска да се направи тест во примарната здравствена заштита ако поминале повеќе од 48 часа од почетокот на симптомите, бидејќи нема да биде можно во голема мера да се влијае на траењето на инфекцијата со примена на антивирусна терапија. Исклучок се пациенти кои се со тешки симптоми или се суспектни за развој на компликации, како и блиските контакти.

ТЕРАПИЈА

- Третманот е главно симптоматски: одмор и антиинфламаторни лекови или парацетамол.
  - Аспирин не треба да се применува кај инфлуенца, особено кај децата и кај адолесцентите поради зголемениот ризик од појава на Reye-ов синдром.

Антивирусно лекување

- Неураминидаза инхибитори се антивирусни лекови индицирани за третман на инфлуенца:
  - Оселтамивир за орална употреба; дозата за возрасни е 75 мг двапати дневно во текот на 5 дена, дозата за деца е според телесната тежина.
  - Занамивир за инхалација; дозата за возрасни и деца над 5 години е 2 инхалации (2 × 5 мг) двапати дневно во тек на 5 дена.
- Индикации за антивирусна терапија: види табела 2.
- Со сите видови на лекови се намалува должината на болеста за околу 1-1.5 дена кога третманот е иницира во рок од 48 часа од почетокот на симптомите (ннд- **C**).
- Колку што е третманот започнат побргу, толку е подобар ефектот.
- Кај деца со инфлуенца дијагностицирани со брз тест, третманот со оселтамивир го скратува траењето на болеста за околу 1,5 ден (ннд- **B**). Ако третманот е започнат многу бргу т.е во првите 12-24 часа, тој може да го скрати траењето на болеста за 3 до 4 дена.

Сепак во пракса тестирањето и отпочнувањето на лекувањето ретко се случуваат толку брзу.

- Лековите се ефикасни за третман на инфлуенца тип А или В. Сезонскиот грип А (H1N1), распространет пред 2009 година, покажа зголемување на отпорноста кон оселтамивир. Сепак, резистенцијата кон оселтамивир останува ретка меѓу инфлуенца А (H1N1) 2009 вирусите.
- Користењето на занамивир е ограничено, бидејќи се администрира преку инхалатор, чија употреба може да е потешка за совладување, особено од страна на постари пациенти.
- Користење на амантадин не се препорачува за третман на инфлуенца. Практично сите во моментов циркулирачки вируси на инфлуенца А (H1N1) и А (H3N2) се отпорни на амантадин.

Табела 2. Индикации за антивирусна терапија кај грип

Секогаш ќе започне со антивирусни лекови без оглед на времетраењето на симптомите	Размислете за започнување на терапија со антивирусен лек *	Третирајте симптоматски без антивирусни лекови
Пациенти со тешки симптоми • Очигледни симптоми од долно респираторен тракт • Нарушена општа состојба	• Ризични и бремени пациенти, особено <48 часа од почетокот на симптомите • Педијатриски пациенти ако симптомите се со почеток <48 часа и дијагнозата се смета за доволно суспектна • Во посебни случаи **, пациентите не се во ризични групи, но кога има <48 часа од почетокот на симптомите, профилакса на членовите на семејството на пациентот	Некомплициран грип, симптоми со траење > 48 часа
* Неограничената употребата на лекови е зауздана од, на пример, развојот на отпорност, можните тешкотии за добивање на лекови во тек на епидемија итн. ** Посебен случај може, да е на пример прекумерното оптоварување предизвикано од заболен од грип (пр.треба да се грижи за болен член на семејството итн.)		

Друг специфичен третман

- На можноста за грипот да се комплицира со бактериски инфекции треба да се помисли ако болеста е пролонгирана или клиничката слика е исклучително тешка.
  - Пневмонија (било бактериска пневмонија, било вирусна пневмонија предизвикана од вирусот на инфлуенца, кај која клиничката слика често е тешка).
  - Отит, синузит.

ПРЕВЕНЦИЈА

- Правилна хигиена на рацете и кашлање / кивање по бонтон се клучни. Откако ќе се јават симптомите, лицето треба да остане дома.
- Постојат 2 вида на вакцини за превенција на грип, и тоа инактивирана вакцина која се дава интрамускулно и жива атенуирана вакцина во форма на назален спреј. Назалниот спреј е индициран за превенција на инфлуенца кај индивидуи на возраст од најмалку 2-17 години. Националните програми за вакцинација најчесто користат инактивирана вакцина

Сезонски грип

- Националните јавно-здравствени организации даваат препораки за групите на кои треба да им биде понудено годишна вакцинација за инфлуенца (по можност бесплатно), односно за поединци, чие здравје може да биде сериозно загрозено од грип или кои ќе имаат значајни здравствени придобивки од вакцинацијата.
- Мора да се следи националниот совет што се однесува до програмите за рутинска вакцинација за инфлуенца. Во многу земји, вакцинација на грип се нуди (по можност бесплатно) за поединци чие здравје може да биде сериозно засегнато од грипот или кои ќе имаат значајни здравствени придобивки од вакцинација за грип. На пример во Finska, ова вклучува:
  - Социјални и здравствени работници
  - Бремени жени
  - Сите лица над 65 годишна возраст
  - Сите деца на возраст од 6-35 месеци
  - Лица кои живеат во близок контакт со лица кои се склони кон тешка форма на инфлуенца
  - Воени регрути
  - Пациенти со зголемен ризик заради примарна болест или заради третман на истата:
    - Кардиоваскуларна болест, на пример, коронарна срцева болест (ннд- **C**). или срцева слабост.
    - Болест на белите дробови, на пример, астма или хронична опструктивна белодробна болест (ХОВВ).
    - Дијабет
    - Бубрежна инсуфициенција.
    - Ослабен имунолошки систем поради болест или лекување на болеста.
    - Хронична невролошка или неуромускулна болест
- Вакцината треба да се дава годишно, што се должи на варијацијата во вирусните соеви и составот на вакцината (ннд- **B**).
- Децата кои примаат вакцина за прв пат, потребно е да примат две дози вакцина на интервал од околу еден месец. Најсилно ниво на доказ за ефективноста на вакцината во превенција на инфлуенца е за деца над 2 годишна возраст (ннд- **B**).
- Кај здрави адулти вакцинацијата ја намалува инциденцата на симптоматска инфлуенца (невакцинирани 4% во споредба со вакцинирани 1%) и отсуството од работа заради болеста (ннд- **B**).
- Со вакцинацијата е можно да се намали појавата на грип, и на пневмонии како и на хоспитализации поради овие инфекции кај лица на возраст над 65 години (ннд- **C**). Доказот е главно врз основа на се освен контролирани студии
- Во пракса, нивото на покриеност со инфлуенца вакцинација е несоодветно, 30-40% деца и голем број поединци од сите ризични групи заболуваат од инфлуенца годишно. Опфатот со инфлуенца вакцинација неопходно е да се зголеми.

Пандемиски грип

- Пандемриц ® вакцината се користеше за вакцинација за пандемиски грип во 2009-2010 година. Имаше извештаи за можна врска помеѓу вакцината и зголемената инциденца на нарколепсија меѓу децата и адолесцентите. Подоцна, зголемен ризик беше признат и кај возрасните: за лица на возраст од 20 до 64 години кои примиле Pandemrix® вакцина, ризикот од развивање на нарколепсија бил 3 до 5 пати повисок во споредба со невакцинираните лица на иста возраст. Зголемениот ризик од нарколепсија поврзан со вакцинацијата кај возрасните беше еден случај на нарколепсија на 100 000 вакцинирани лица, додека кај деца и адолесценти ризикот бил 6 случаи на 100 000 вакцинирани лица. Механизмот на поврзаноста останува нејасен.

- Сезонската вакцина не содржи адитиви и конзерванси, па не постои сомнеж дека предизвикува случаи на нарколепсија дури и ако вирусот на "свински грип" (H1N1) 2009 е вклучен вакцината.

Претходни автори:
Terho Heikkinen
Article ID: ebm00015 (001.040)
© 2014 Duodecim Medical Publications Ltd

ИНФЛУЕНЦА - ПОВРЗАНИ ИЗВОРИ

Поврзани извори
29.9.2011
- Cochrane- ови прегледи
- Други резимиња со докази
- Литература

COCHRANE- ОВИ ПРЕГЛЕДИ

- Инфлуенца вакцините се со скромен ефект во редуцирање на симптомите на инфлуенца и деновите на отсуство од работа кај здрави лица, но не постои доказ за нивната улога кога се во прашање компликациите, како пневмонијата или трансмисијата (ннд- **B**).
- Вакцините против инфлуенца се ефикасни кај деца постари од две години, но постојат мал број докази за ефикасноста кај деца под две години (ннд- **B**http://ebmg.onlinelibrary.wiley.com/ebmg/ltk.naytaartikkeli?p_artikkeli=evd05260**).**
- Неураминидазни инхибитори се ефикасни во скратување на траењето на болеста и овозможуваат побрзо враќање кон нормалните активности кај претходно здрави деца со клиничка или лабораториска дијагноза на инфлуенца (ннд- **B**http://ebmg.onlinelibrary.wiley.com/ebmg/ltk.naytaartikkeli?p_artikkeli=evd05260**)**.
- Инфлуенца вакцината најверојатно нема да ја влоши астмата, но потребни се истражувања за да се одреди кога асматичните напади се превенирани со вакцинација против инфлуенца (ннд- **D**).
- Педијатриските онколошки пациенти кои примаат хемотерапија се способни да генерираат имун одговор кон вакцината на инфлуенца. Сепак, останува нејасно дали тој имун одговор ги штити од инфекција со инфлуенца и можните компликации од неа (ннд- **B**).

ДРУГИ РЕЗИМЕА СО ДОКАЗ

- Раната примена на инхибиторите на неураминидаза кај пациентите со тешка H1N1 пандемична инфлуенца може да ја намалат потребата за прием во интензивна нега и да го зголемат преживувањето (ннд- **C**).
- Протективната стапка за грип изгледа дека со годините не се намалува кога вакцинацијата се спроведува годишно (ннд- **B**).

ЛИТЕРАТУРА

- Glezen WP. Clinical practice. Prevention and treatment of seasonal influenza. N Engl J Med 2008 Dec 11;359(24):2579-85. PubMed
- Gambotto A, Barratt-Boyes SM, de Jong MD, Neumann G, Kawaoka Y. Human infection with highly pathogenic H5N1 influenza virus. Lancet 2008 Apr 26;371(9622):1464-75. PubMed
- Management of Influenza in the Southern Hemisphere Trialists Study Group. Randomised trial of efficacy and dafety of inhaled zanamivir in treatment of influenza A and B virus infection. Lancet 1998;352:1877–1881.

- Nicholson KG, Aoki FY, Osterhaus AD, Trottier S, Carewicz O, Mercier CH, Rode A, Kinnersley N, Ward P. Efficacy and safety of oseltamivir in treatment of acute influenza: a randomised controlled trial. Neuraminidase Inhibitor Flu Treatment Investigator Group. Lancet 2000 May 27;355(9218):1845-50. PubMed
- Kaiser L, Keene ON, Hammond JM, Elliott M, Hayden FG. Impact of zanamivir on antibiotic use for respiratory events following acute influenza in adolescents and adults. Arch Intern Med 2000 Nov 27;160(21):3234-40. PubMed
- Cox NJ, Subbarao K. Influenza. Lancet 1999 Oct 9;354(9186):1277-82. PubMed
- Heikkinen T, Silvennoinen H, Peltola V, Ziegler T, Vainionpaa R, Vuorinen T, Kainulainen L, Puhakka T, Jartti T, Toikka P, Lehtinen P, Routi T, Juven T. Burden of influenza in children in the community. J Infect Dis 2004 Oct 15;190(8):1369-73. PubMed
- Moscona A. Neuraminidase inhibitors for influenza. N Engl J Med 2005 Sep 29;353(13):1363-73. PubMed
- Rothberg MB., Haessler SD., Brown RB. Rothberg MB, Haessler SD, Brown RB. Complications of viral influenza. Am J Med 2008 Apr;121(4):258-64. PubMed

1. **EBM Guidelines, 25.9.2013, www.ebm-guidelines.com**
2. **Упатството треба да се ажурира после 2 година.**
3. **Предвидено е следно ажурирање во 2015 година.**

Упатството го ажурирал: Проф. Др. И. Кондова Топузовска
Координатор: Проф. Др. К. Зафировска

1515.

Врз основа на член 27 став (1) од Законот за здравствената заштита („Службен весник на Република Македонија“ број 43/12, 145/12, 87/13, 164/13, 39/14, 43/14, 132/14, 188/14 и 10/15), министерот за здравство донесе

У П А Т С Т В О
ЗА МЕДИЦИНСКОТО ЗГРИЖУВАЊЕ ПРИ ХИВ ИНФЕКЦИЈА

Член 1

Со ова упатство се утврдува медицинското згрижување при ХИВ инфекција.

Член 2

Начинот на медицинското згрижување при ХИВ инфекција е даден во прилог, кој е составен дел на ова упатство.

Член 3

Здравствените работници и здравствените соработници ја вршат здравствената дејност на медицинското згрижување при ХИВ инфекција по правило согласно ова упатство.

По исклучок од став 1 на овој член, во поединечни случаи по оценка на докторот може да се отстапи од одредбите на ова упатство, со соодветно писмено образложение за причините и потребата за отстапување и со проценка за натамошниот тек на згрижувањето, при што истото од страна на докторот соодветно се документира во писмена форма во медицинското досие на пациентот.

Член 4

Со денот на влегувањето во сила на ова упатство престанува да важи Упатството за практикување на медицина заснована на докази при хив инфекција („Службен весник на Република Македонија“ бр. 49/14).

Член 5

Ова упатство влегува во сила наредниот ден од денот на објавувањето во „Службен весник на Република Македонија“.

Бр. 17-2490/1
27 февруари 2015 година
Скопје

Министер,
Никола Тодоров, с.р.

Прилог

ХИВ ИНФЕКЦИЈА

МЗД Упатство
25.9.2013 • Последна промена 25.9.2013
Janne Laine и Janne Mikkola

- Основни податоци
- Епидемиологија
- Природен тек на хуманимунодефициентен вирус (ХИВ) инфекција
- Индикации за ХИВ тест
- Дијагноза
- Иследувања и едукација на пациентите во примарната здравствена заштита
- Третман
- ХИВ и матичните лекари
- Работоспособност на ХИВ + луѓе
- Водич за професионални работници
- Пост експозициска апрофилакса при професионални повреди
- Поврзани извори

Исто така, види ја интернет страницата на CDC.

ОСНОВНИ ПОДАТОЦИ

- Најзначајна е идентификацијата на ХИВ инфицирано лице.
- Суспектна ХИВ инфекција врз основа на клинички наод
  - Пациенти изложени на ХИВ инфекција преку незаштитени сексуални односи или преку инјекции.
  - Пациенти со историја на високо ризично однесување каде постојат симптоми кои сугерираат акутна ХИВ инфекција.
  - Пациенти со необјаснета имуносупресија и млади индивидуи со губиток во телесната тежина, деменција или езофагијална кандидијаза, тромбоцитопенија или анемија со нејасна причина.
- ХИВ тестот ќе биде позитивен 1-3 месеци по настанувањето на инфекцијата. За да се исклучи можноста од ХИВ инфекција, треба да се следи развојот на антитела по поминати 4 месеци. Пациентот може да манифестира примарни симптоми 2-6 недели по трансмисијата.
- Не постои лек за ХИВ инфекција, но комбинираната високо активна антиретровирусна терапија (ВААРТ) значително го продолжува и го подобрува квалитетот на живот (ннд- А).

ЕПИДЕМИОЛОГИЈА

- Според светската здравствена организација (СЗО), се проценува дека ширум светот во 2011 се дијагностицирани 2,5 милиони нови инфицирани лица со ХИВ, 1.7 милиони лица умреле од причини поврзани со ХИВ/СИДА (синдром на стекчена имунодефициенција- СИДА), а постојат 34 милиони лица кои живеат со ХИВ/СИДА.
- Во Западна Европа, новите инфекции се, главно, поврзани со секс туризмот, проституцијата и интравенска употреба на дроги.

ПРИРОДЕН ТЕК НА ХИВ ИНФЕКЦИЈАТА

Примарна ХИВ инфекција

- Симптоми на примарна ХИВ инфекција се развиваат кај 30-50% од инфицираните пациенти и тоа 2-6 недели по навлегувањето на вирусот.

- Симптомите можат да вклучуваат: покачена температура, замор, болки во грло, главоболка, дијареја, мијалгии, артралгии и понекогаш зголемени лимфни јазли, како и појава на ситен макулозен осип по телото. Примарната инфекција често наликува на мононуклеоза.
- Симптомите се повлекуваат до еден месец.
- Дијагнозата може да биде и отежната поради тоа што дел од пациентите за време на примарната ХИВ инфекција сè уште имаат негативни резултати за анти- ХИВ и ХИВ Аг тест. Анти- ХИВ и ХИВ Аг тестот треба да се повтори по 3 месеци ако постои суспекција за примарна инфекција и ако првиот тест е негативен.

Асимптоматска фаза

- Трае неколку години, а во некои случаи и повеќе од 10 години.
- Високото вирусно оптоварување ќе ја забрза прогресијата на болеста.

Симптоматска ХИВ инфекција

- Бројот на ЦД4 клетките често паѓа под $0,35x10^9/L$.
- Зголемувањето на вирусното оптоварување обично е знак за набрзо појавување на симптоми.
- Симптомите не се специфични, на пример, губењето на телесната тежина, покачена температура, пролонгирана дијареја.
- Херпес зостер, орофарингијалната кандидијаза и себороичните егземи се исто така индикативни за намалувањето на имунолошкиот одговор.

СИДА

- СИДА се дефинира како ХИВ инфекција со барем една од официјално наброените опортунистички инфекции.
- Високо активната антиретровирусна терапија (ВААРТ) значително ја намали појавата на опортунистичките инфекции.
- Најчести опортунистички инфекции во Западна Европа се:
  - Габични инфекциии- езофагитис или стоматитис.
  - Pneumocistits jirovecii пневмонија.
  - Инфекции, предизвикани со атипични микробактерии (M. avium-intracelulare).
  - Kaposi sarcoma.
- Туберкулозата е честа во останатиот дел од светот.

ИНДИКАЦИИ ЗА ХИВ ТЕСТ

- ХИВ тест е посебно индициран кај следниве клинички состојби:
  - Историја на високо ризично однесување: незаштитени сексулани односи со повремени партнери или со проститутки или користење на интравенски дроги.
  - Сексуално преносливи болести.
  - Покачена температура, треска, деменција или губење на телесната тежина без јасна причина.
  - Нејасна тромбоцитопенија.
  - Туберкулоза кај млади или кај средновечни луѓе.
  - Пневмонија, предизвикана од Pneumocystis jirovecii (опортунистичка пневмонија со типична презентација со бавен почеток, диспнеја при напор, хипооксемија и лесно покачена или умерена температура.
  - Раширена орална кандидијаза со дисфагија или болка при голтање (езофагеална кандидијаза).
  - Капоши сарком (вино-црвени или виолетови точки или тумор на непцето, гингивите или кожата).

- Кај пациент со дијагностициран Хепатит Б или Ц кои имаат симптоми и знаци кои сугерираат примарна ХИВ инфекција.
- Канцер на цервиксот, особено ако е дијагностициран кај млада жена.
- Дијагностициран лимфом.
- Се препорачува ХИВ тест да биде вклучен при прегледот и тестирањето на емигрантите кои доаѓаат од ендемични региони.

- ХИВ тест секогаш треба да се направи и на барање од пациентот.
- Потребно е од пациентот да се побара согласност за ХИВ тест. Ако пациентот го одбива тестот, проблемите и можните последици од задоцнетото дијагностицирање, како за пациентот, така и за персоналот (поради дополнителни инвестигации и пролонгирано време на третман), можен ризик за пренос на инфекција на други лица, треба да бидат дополнително дискутирани и разгледувани со пацинетот.
- Во текот на периодот на следење, потребно е да користат кондом при сексуални односи (ннд- **B**).
- Кај бремени жени се прават доброволни скрининг тестови во породилиштата.

ДИЈАГНОЗА

- Комбиниран ХИВ тест за одредување на антиген (Аг) и антитела (Ат) позитивниот примерок се ретестира. Ако и понатаму е позитивен, лабораторијата треба да побара нов примерок пред да го издаде резултатот.
- Тестот ќе биде позитивен 2-4 недели по појавата на симптомите или најдоцна 3 месеци по навлегувањето на вирусот. Кај индивидуа кај која е давана профилактичка терапија за ХИВ по изложеност, се мониторира и тестира 6 месеци по изложувањето.

ИСПИТУВАЊА И ЕДУКАЦИЈА НА ПАЦИЕНТОТ ВО ПРИМАРНАТА ЗДРАВСТВЕНА ЗАШТИТА

- Адекватно време мора да се одвои за соопштување на позитивниот резултат од тестот. На пациентот треба да му се дадат детални упатства како да добие повеќе информации или морална поддршка(линии за помош при СИДА, организации за поддршка и сл). Ако е потребно, треба пред да се оствари средба со пациентот да се консултира специјалист по инфективни заболувања.
- Ако ХИВ тестот е негативен, пациентот да се советува за намалување на ризичното однесување и, ако има потреба, да се повтори тестот.
- Секоја установа што прави и издава позитивни резултати од ХИВ тестови мора да биде обучена да го советува пациентот за начините на пренос и превенција на инфекцијата, развојот на болеста и достапните можности за третман на ХИВ инфекцијата. Установата мора да биде подготвена да одговори на прашањата, поврзани со дневните хигиенски потреби на живеење понатаму и сл. (ннд- **B**).
- Следењето на пациентот, одредувањето на стадиумот на болеста, како и специфичниот третман понатаму, се грижа на тим на специјалисти од областа.
- Колку што е можно побргу и ефикасно треба да се пронајдат лицата кои биле во ризични контакти со пациентот и да се охрабрат да се тестираат.
- Задолжително е официјално пријавување на заразна болест.
- Ако пациентот е корисник на и.в дроги, препорачана е вакцинација за хепатит Б доколку пациентот не ја прележал болеста во минатото или бил вакциниран. Треба да се направи и тест за ХЦВ.
- Пациентите понатаму се следат од страна на тим на инфектолози. Пациентите кои се на терапија, треба редовно да се следат на секои 3-6 месеци.

ТРЕТМАН

- Види ги упатствата на CDC, и Европските упатства на EACS 2008.

Специфичен третман со лекови за ХИВ

- За третман на ХИВ инфекција има потреба од специјални вештини, поради што препишување и имплементација на терапијата треба да биде преземена од страна на оние кои имаат искуство со нејзино користење.
- Развојот на лековите за ХИВ сигнификантно ја подобри прогнозата на ХИВ инфекцијата. Не постои лек за излекување на болеста, но можно е да се продолжи животниот век за неколку десетици години на ХИВ позитивниот пациент. Исто така, значајно е подобрен и квалитетот на животот и пациентот е во можност да го продолжи работниот век.
- Индикации за отпочнување на терапија со лекови кај една ХИВ инфекција се:
  - Симптоматска болест (особено ако е дијагностицирана СИДА).
  - Асимптоматски пациенти ако бројот на ЦД4 клетки падне под 0,35х 10^9/л.
  - Кај ХИВ позитивна бремена мајка (за превенција на вертикален пренос) (ннд- **А**).
- Третмнанот обично се состои од комбинација на три антивирусни лекови (ВААРТ) (ннд-**А**).
- Во текот на ефикасен третман со лекови, кога нивото на вирусното оптоварување е под детектибилното ниво (20 копии/мл), станува збор за успешен третман, расте бројот на ЦД4 клетки и се намалува ризикот од компликации.
- Ако еднаш се отпочне со антивирусна терапија, нејзиното продолжување е од витално значење.
  - Развој на резистенција кон лековите и намалување на нивната ефикасност може да биде резултат на неправилно придржување кон терапијата.
  - Третманот не смее да се прекинува без претходна консултација со лекарот.
  - Интеракцијата на лековите за ХИВ со други лекови. Постои потенцијал за превисока или преniска концентрација на некои од лековите. Кај нерасчистени случаи секогаш е потребна консултација со специјалист.
  - Пациентот сè уште е потенцијален преносник на ХИВ инфекцијата.
- Согласноста и соработката од страна на пациентот е значаен фактор за успешна терапија на ХИВ инфекцијата.
  - Чести се споредни ефекти, особено на почетокот.
  - Да се олесни дозирањето во исто време секој ден носи и потреба од промена на стилот на животот.
  - За да се одржи долготраен одговор кон третманот, барем 95% од дозите на лековите треба да се земаат во одредено време.
- Под услов инфекцијата кај мајката да е откриена на време, третманот со ВААРТ го намалува вирусното оптоварување во плазмата на мајката под нивото на детектибилност пред породување, ризикот од фетална трансмисија е под 1%.

ХИВ И МАТИЧНИТЕ ЛЕКАРИ

- Асимптоматската фаза трае долго време и точното време на спроведување на специфичната антивирусна терапија ефикасно ги редуцира можностите за појава на опортуни инфекции. Овие пациенти со настинки, кожни или дентални проблеми или со проблеми неповрзани со нивниот позитивен ХИВ статус, почесто го посетувале својот матичен лекар отколку порано.
  - Кога ХИВ позитивен пациент има фебрилна болест, особено ако бил воведен нов антиретровирусен лек, потребно е по телефон или при нејасни случаи да се консултираат обучени специјалисти.
  - Силни главоболки, парализи, нарушувања на свеста или визуелни нарушувања кај ХИВ позитивен пациент укажуваат на потребата од инто упатување кај специјалист за понатамношни испитувања.
- Со профилактичка терапија можно е значително да се намали ризикот од ХИВ инфекција по професионална или друга инцидентна експозиција (пример при пукање на презервативот во тек на сексуален акт кај ХИВ дискордни парови). Профилактичката

заштита се препорачува да биде отпочната што е можно порано најдобро во тек на првите 2 часа но не подоцна од 72 часа по експозицијата. Најблискиот центар одговорен за третман на ХИВ инфекција треба да се консултира за да се одлучи дали профилактичката терапија треба да се отпочне.

РАБОТОСПОСОБНОСТ КАЈ ХИВ ПОЗИТИВНИТЕ ПАЦИЕНТИ

- За време на асимптоматската фаза на ХИВ инфекцијата работоспособноста кај пациентите останува непроменета.
- Намалувањето на работоспособноста во текот на примарната инфекција е транзиторно. СИДА-та честопати предизвикува дефинитивно губење на работоспособноста или таа може да се обнови со антивирусниот третман.
- Ризикот од инфекција обично не придонесува да се зголеми работната неспособност кај пациентите.

ВОДИЧ ЗА ЗДРАВСТВЕНИТЕ РАБОТНИЦИ

- Кога постои ризик од експозиција на крв при работа, неопходна е заштита со ракавици и маски при изведувањето на работните задачи.
- Ракавици треба да се носат при секое земање на примерок од крв, заштитна маска за лице не е неопходна ако се користи вакуум систем за вадење крв.
- Посебно внимание треба да се обрне на следниве препорачани процедури за да се избегнат повреди со остри инструменти и игли.

ПОСТЕКСПОЗИЦИСКА ПРОФИЛАКСА КАЈ ЗДРАВСТВЕНИТЕ РАБОТНИЦИ

Предходни автори:
Juhani Lähdevirta
Последен пат прегледано за ажурирање 25.9.2013• Последна промена 25.9.2013
Article ID: ebm00018 (001.045)
© 2012 Duodecim Medical Publications Ltd

ХИВ ИНФЕКЦИЈА – ПОВРЗАНИ ИЗВОРИ

Поврзани извори
14.9.2010

- Cochrane- ови прегледи
- Други евидентирани докази
- Интернет извори
- Литература

Cochrane- ови прегледи

Терапија

ВААРТ

- Иницијален ХИВ третман со Trizivir^{R} има ист виролошки ефект како комбинацијата на efavirenz, nelfinavir или atazanavir. Trizivir^{R} се толерира подобро и нема штетен ефект врз липидниот профил (ннд- **B**).
- Не постојат доволно докази за поддршка за рутинска употреба на тераписко мониторирање на лекарства (ТМЛ) на антиретровирусни средства (АРВ) кај АРВ- наивни или искусни пациенти. ТМЛ кај третманот наивни пациенти на антиретровирусна терапија базирана на протезни инхибитори, особено зајакната со ritonavir, може да ги подобри вирусолошките резултати (ннд- **D**).

- Постојат инсуфициентни докази за поддршка на употребата на структурен прекинат третман, наспроти стандардниот при менаџмент на хронична супримирана ХИВ инфекција (ннд- **D**).
- Структурен прекинат третман (СПТ), по сè изгледа, не ги подобрува резултатите кај хронично несупримирана ХИВ инфекција. Во спротивно, постои доказ за намалување на ЦД4 клетките и зголемен ризик за клиничка прогресија на болеста (ннд- **А**).
- Комбинација на nevirapine, lamivudine и stavudine се со иста ефикасност, како и комбинацијата на efavirenz, lamividine и stavudine во третманот на ХИВ инфекција и СИДА (ннд- **В**).

Компликации

- Профилактичката терапија со лекови е ефикасна во редуцирањето на инциденцата на туберкулоза кај ХИВ инфицирани возрасни лица со позитивен туберкулински кожен тест (ннд- **А**).
- Котримохсазол е ефикасен во намалувањето на морталитетот и превенира болести кај пациенти со ХИВ инфекција во Африка (ннд- **А**).
- Не постојат значајни разлики во ефектот на pyrimethamine плус sulfadiazine, наспроти pyrimethamine плус clindamycine или trimethroprim- sulfametoxazole врз морталитетот или излекувањето при менаџирањето на токсоплазматичниот енцефалит кај ХИВ инфицирани возрасни лица (ннд- **В**).
- Од рандомизираните контролирани студии не постојат докази за ефикасноста во лекувањето на СИДА асоцираниот Hodgkine лимфомот кај третманот - наивни возрасни лица(ннд- **D**).
- Не постојат доволно докази за бенефитот на хелминтијазна ерадикација кај ХИВ-1 и возрасни лица со хелминтијазна коинфекција врз намалувањето на ЦД4, клиничката фаза на болеста или морталитетот, иако може да има бенефит во редуцирањето на плазматското вирусно оптоварување (ннд- **D**).
- Постојат помал број докази за користење на агенси кои го намалуваат морталитетот и адсорбенси за контролирање на дијарејата кај лица со ХИВ/СИДА (ннд- **D**).
- Примарна антигабична профилакса со itraconazole или fluconazole е ефикасна во намалувањето на инциденцата на криптококната болест кај возрасни лица со напредната ХИВ болест, но сепак не влијае на вкупниот морталитет (ннд- **А**).
- Адјувантна кортикостероидна терапија ја намалува смртноста кај ХИВ инфицирани пациенти со Pneumocystis jirovecii pneumonia (ннд- **В**).
- Ketoconazole, fluconazole, itraconazole и clotrimazole се ефикасни во третманот на орофарингеална кандидијаза кај возрасни со ХИВ инфекција(ннд- **С**).

Останата терапија

- Пре-експозициската профилакса со орален tenofovir disoproxil fumarate (TDF) сам или со TDF + emtricitabine (FTC) овозможува редуцирање на ризикот од здобивање на HIV кај високо- ризичните индивидуи вклучувајки ги луѓето во сероризичните врски, маж кој има секс со маж и друг високо ризичен маж и жена (ннд- **В**).
- Спермицидот nonoxynol- 9 не е ефикасен во превенција на ХИВ инфекцијата, може и да го зголеми ризикот од неа поради зголемениот ризик од појава на генитални лезии (ннд-**А**).
- Alitretionin гел е ефикасен во третманот на кожен Капоши синдром (КС), ПЛД е ефикасен во третманот на напреднат КС, а радиотерапијата е ефикасна во треманот на кожните лезии. (ннд- **В**).
- Cotrimoxazole десензибилизација може да резултира со покачена температура, застој во третманот и појава на несакани ефекти кај возрасни пациенти кои претходно имале блага или умерена реакција на cotrimoxazole (ннд- **С**).
- Терапија со bisphosphonate и тестостерон кај пациенти со СИДА wasting синдром се сигурни и ефикасни за подобрување на коскениот дензитет кај ХИВ пациенти (ннд- **С**).

- Инсуфициентни се соопштенијата за интервенциите при третман на анемијата кај луѓе со HIV инфекција (ннд- **D**).
- Вагиналната дезинфекција не е ефикасна во превенција на трансмисија на ХИВ инфекцијата од мајка на дете(ннд- **C**).
- Мерено со објективни параметри на болеста, хербалната медицина е неефикасна кај пациенти со ХИВ инфекција и СИДА (ннд- **B**).
- Администрацијата на анаболитички стероиди резултира со мало покачување на телесната маса и телесната тежина во споредба со плацебо кај ХИВ инфицирани индивидуи (ннд- **B**).
- Оралната супституција кај и.в корисници на дроги го намалува ризикот, поврзан со дроги, но не и ризичното однесување, поврзано со секс, а со тоа и ризикот од ХИВ трансмисија (ннд- **C**).

Операции

- Циркумцизијата кај машките го редуцира преносот на ХИВ во рамките на 38% и 66% над 24 месеци, помеѓу хетеросексуалните мажи во генералната популација во Африка (ннд- **A**).

Психотерапија и рехабилитација

- Терапија со масажа, во комбинација други модалитети за менаџирање на стресот, може да го подобрат квалитетот на живот на луѓето што имаат ХИВ/СИДА, во споредба само со масажа или други самостојни модалитети на терапија (ннд- **C**).
- Аеробични вежби се сигурни и индивидуите со ХИВ/СИДА може да имаат корист од нив (ннд- **C**).

Начин на живот и советување

- Единствената студија која ја промовира приврзаноста кон ВААРТ покажува дека едукацијата на фармацевтите ја подобрува усогласеноста во поглед на терапијата (ннд- D).
- Бихевиоралните интервенции го редуцираат незаштитениот секс и можат навистина да го редуцираат ризикот кај мажи кои имаат секс со мажи(ннд- **A**).
- Полулационите интервенции може да имаат лимитиран ефект врз преваленцата на сексуално преносливи болести (СПБ), но мал ефект на ХИВ инциденцата (ннд- **C**).
- Интервенциите од масовните медиуми имаат непосредни и глобални ефекти на промоцијата на ХИВ тестирањето во краток рок. Ова нема значително влијание во откривањето на индивидуи со серопозитивен статус (ннд- **A**).
- Самостоен програм за апстиненција може да не е ефикасен за реуцирање на ХИВ ризикот во високоразвиени земји (ннд- **C**).
- Многу апстиненцијални дополнети програми може краткорочно или долгорочно да го намалат ризичното однесување за добивање на ХИВ помеѓу младите во високоразвиените земји (ннд- **C**).
- Макронутритиентната суплементација ги зголемува протеинските и енергетските потреби кај луѓето со СИДА. Сепак, не се познати ефектите врз прогресијата на болеста и компликациите, поврзани со ХИВ(ннд- **B**).
- Интервенции, каде цел се практични вештини за менаџирање на третманот, кои опфаќаат индивидуалци во текот на 12 недели или повеќе, може да ја подобрат употребата на ВААРТ за ХИВ/СИДА(ннд- **D**).

Други

- Зголемувањето на обемот на грижата за ХИВ позитивните пациенти и модели на грижа кои опфаќаат менаџмент на случај, може да ја подобрат состојбата околу морталитетот и други резултати, повразни со лица со ХИВ инфекција (ннд- **C**).

Други евидентирани докази

- Програмите за размена на игли и шприцеви го намалуваат ризикот од трансмисија на ХИВ инфекција помеѓу корисниците на и.в дроги (ннд-**C**).
- Зеднички интервенции помеѓу заедницата и училиштето можеби имаат потенцијал за редукција на сексуалното ризично однесување кај адолесценти (ннд- **C**).
- Метадонскиот третман на и.в корисници на дроги го намалува ризичното однесување и ризикот од ХИВ инфекција (ннд-**B**).
- Повеќекратни сесии за бихевиорални интервенции помеѓу половите, партнерите и врските, водени од лидери на заедницата се со големо влијание за промени на ризичното однесување и зголемена употреба на кондоми (ннд- **A**).
- Интервнции кои за целна група ги имаат хетеросексуалните мажи со сексулаен ризик за ХИВ може да доведат до намалување на ХИВ ризично однесување (ннд- **B**).
- Trimethoprim- sulfamethoxazole профилаксата, се чини, дека е поефикасна отколку dapsone/pyrimethamine pentamidine во форма на аеросол за профилакса на Pneumocystis carinii pneumonia и токсоплазма енецефалитис кај ХИВ инфицирани пациенти (ннд- **C**).
- ХИВ позитивни партиципиенти и ХИВ серолошки различни парови го намалуваат своето ризично однсување по ХИВ советување и тестирање. Сепак, партиципиентите кои добиле негативен ХИВ тест не треба да го променат нивното однесување(ннд- **A)**.
- Антидепресиви се ефикасни во лекувањето на депресија кај амбулантски третирани пациенти кои се ХИВ позитивни)(ннд- **B**).

Интернет извори

- World Health Organization (WHO) Guidelines. Antiretroviral therapy for HIV infection in adults and adolescents in resource-limited settings: towards universal access: recommendations for a public health approach. June 2006.
- US Department of Health and Human Services and US. Recommendations for use of antiretroviral drugs in pregnant HIV-1-infected women for maternal health and interventions to reduce perinatal HIV-1 transmission in the United States.
- CDC HIV / AIDS Website.

Литература

- Hammer SM, Eron JJ Jr, Reiss P, Schooley RT, Thompson MA, Walmsley S, Cahn P, Fischl MA, Gatell JM, Hirsch MS, Jacobsen DM, Montaner JS, Richman DD, Yeni PG, Volberding PA, International AIDS Society-USA. Antiretroviral treatment of adult HIV infection: 2008 recommendations of the International AIDS Society-USA panel. JAMA 2008 Aug 6;300(5):555-70. **PubMed**
- Makadon HJ, Mayer KH, Garofalo R. Optimizing primary care for men who have sex with men. JAMA 2006 Nov 15;296(19):2362-5. **PubMed**

1. **EBM guidelines, 25.09.2013, www. ebm-guidelines.com**
2. **Упатството треба да се ажурира после 3 години.**
3. **Предвидено е следно ажурирање во 2016 година.**

Упатството го ажурирал: Проф. Др. И. Кондова Топузовска
Координатор: Проф. Др. К. Зафировска

1516.

Врз основа на член 27 став (1) од Законот за здравствената заштита („Службен весник на Република Македонија“ број 43/12, 145/12, 87/13, 164/13, 39/14, 43/14, 132/14, 188/14 и 10/15), министерот за здравство донесе

У П А Т С Т В О
ЗА МЕДИЦИНСКОТО ЗГРИЖУВАЊЕ ПРИ ЕПИДЕМИИ ПРЕДИЗВИКАНИ ОД ЗАГАДЕНА ВОДА ЗА ПИЕЊЕ

Член 1

Со ова упатство се утврдува медицинското згрижување при епидемии предизвикани од загадена вода за пиење.

Член 2

Начинот на медицинското згрижување при епидемии предизвикани од загадена вода за пиење е даден во прилог, кој е составен дел на ова упатство.

Член 3

Здравствените работници и здравствените соработници ја вршат здравствената дејност на медицинското згрижување при епидемии предизвикани од загадена вода за пиење по правило согласно ова упатство.

По исклучок од став 1 на овој член, во поединечни случаи по оценка на докторот може да се отстапи од одредбите на ова упатство, со соодветно писмено образложение за причините и потребата за отстапување и со проценка за натамошниот тек на згрижувањето, при што истото од страна на докторот соодветно се документира во писмена форма во медицинското досие на пациентот.

Член 4

Со денот на влегувањето во сила на ова упатство престанува да важи Упатството за практикување на медицина заснована на докази при епидемии предизвикани од загадена вода за пиење („Службен весник на Република Македонија“ бр.49/14)..

Член 5

Ова упатство влегува во сила наредниот ден од денот на објавувањето во „Службен весник на Република Македонија“.

Бр. 17-2489/1
27 февруари 2015 година
Скопје

Министер,
Никола Тодоров, с.р.

Прилог

ЕПИДЕМИИ ПРЕДИЗВИКАНИ ОД ЗАГАДЕНА ВОДА ЗА ПИЕЊЕ

МЗД Упатства
17.6.2010
Antti Pönkä

- Основни податоци
- Мониторирање на водата за пиење
- Причинители за хидрични епидемии
- Лабораториски иследувања и диференцијална дијагноза
- Известување

ОСНОВНИ ПОДАТОЦИ

- Епидемиите се почести во области каде растенијата се наводнуваат со подземна вода, отколку во областите каде се користи површинската вода, бидејќи подземната вода не се дезинфицира, за разлика од површинската вода.
- Треба да се назначи локален комитет за испитување на труењата со храна и хидричните инфекции, вклучувајќи преставници и од здравствените работници и од здравствените власти, како и од службата за комунални услуги (од водовод и канализација).

МОНИТОРИРАЊЕ НА ВОДАТА ЗА ПИЕЊЕ

- Водата за пиење која се дистрибуира преку водоводната мрежа се мониторира со редовно земање примероци за: хемиска, микробиолошка и физичка анализа.
- Во земјите на ЕУ присуството на E. coli и enterococci се користи како индикатор за контаминација. Примерокот од 100 ml не треба да ги содржи овие бактерии. Од крајот на 2003 година, сета вода дистрибуирана во ЕУ мора да ги задоволи овие критериуми.
- Ако погоре споменатите бактерии се најдат во примероците вода, контролни примероци треба да се земат веднаш. Истовремени неопходни дејствија за заштита треба итно да се донесат (информирање на јавноста, забрана за користење на ваквата вода, дезинфекција на славините за вода и препорака на корисниците да ја варат водата пред пиење).

ПРИЧИНИТЕЛИ НА ХИДРИЧНИТЕ ЕПИДЕМИИ

- Најчести причини за хидрични епидемии се контаминацијата на водата за пиење со патогени фекални микроорганизми од човечко или од животинско потекло и неправилното третирање на водата за пиење или двете заедно.

НАЈЧЕСТИ ПАТОГЕНИ ВО СЕВЕРНА ЕВРОПА

- Вируси (норо-, адено- и ротавируси).
- Бактерии (Campylobacter jejuni, Yersinia enterocolitica, Salmonella, E. Coli, вклучувајќи ја ентерохеморагичната E. coli (EHEC) O157, Plesiomonas shigelloides, Aeromonas).
- Паразити, посебно во случаите на патнички проливи (Giardia lamblia, Cryptosporidium, Entamoeba histolytica).
- Токсините ретко предизвикаат алергиски или токсични манифестации (генерализирани или со респираторни симптоми), пренесени преку водата за пиење или за капење.

ЛАБОРАТОРИСКИ ИСЛЕДУВАЊА И ДИФЕРЕНЦИЈАЛНА ДИЈАГНОЗА

- При епидемии, примероци треба да се земат кај неколку, пожелно кај 10 болни луѓе за следниве иследувања:
  - Копрокултура за барање на погоре наведените бактерии и за Clostridium perfringens, Bacillus cereus и Staphylococcus aureus.
  - Столица за: култивирање вируси[1], полимеразна верижна реакција (PCR) (за детекција норо-, астро- или ротавирус), електронска микроскопија на столицата и брзи тестови за вирусна дијагностика[2] (рота и аденовируси).
  - Микроскопски иследувања за паразити.
- Се советува консултација со инфектолог од централната болница.
- За диференцијална дијагноза земете ги предвид: труењето со храна и инфекциите внесени со храната, вирусните инфекции кои се шират со контакт од лице на лице.

ИЗВЕСТУВАЊЕ

- Следете ги локалните прописи и инструкции во врска со пријавувањето на сомнение или потврда на епидемии од инфекции од храна или од хидрично потекло во вашата област.

1. **EBM Guidelines, 17.6.2010, www.ebm-guidelines.**
2. **Упатството треба да се ажурира после 5 години.**
3. **Предвидено е следно ажурирање во 2015 година.**

Упатството го ажурирал: Проф. Др. И. Кондова Топузовска
Координатор: Проф. Др. К. Зафировска

1517.

Врз основа на член 27 став (1) од Законот за здравствената заштита („Службен весник на Република Македонија“ број 43/12, 145/12, 87/13, 164/13, 39/14, 43/14, 132/14, 188/14 и 10/15), министерот за здравство донесе

У П А Т С Т В О
ЗА МЕДИЦИНСКОТО ЗГРИЖУВАЊЕ ПРИ ДИФТЕРИЈА

Член 1

Со ова упатство се утврдува медицинското згрижување при дифтерија.

Член 2

Начинот на медицинското згрижување при дифтерија е даден во прилог, кој е составен дел на ова упатство.

Член 3

Здравствените работници и здравствените соработници ја вршат здравствената дејност на медицинското згрижување при дифтерија по правило согласно ова упатство.

По исклучок од став 1 на овој член, во поединечни случаи по оценка на докторот може да се отстапи од одредбите на ова упатство, со соодветно писмено образложение за причините и потребата за отстапување и со проценка за натамошниот тек на згрижувањето, при што истото од страна на докторот соодветно се документира во писмена форма во медицинското досие на пациентот.

Член 4

Со денот на влегувањето во сила на ова упатство престанува да важи Упатството за практикување на медицина заснована на докази при дифтерија („Службен весник на Република Македонија“ бр.49/14)..

Член 5

Ова упатство влегува во сила наредниот ден од денот на објавувањето во „Службен весник на Република Македонија“.

Бр. 17-2488/1
27 февруари 2015 година
Скопје

Министер,
Никола Тодоров, с.р.

Прилог

ДИФТЕРИЈА

МЗД Упатство
9.4.2013 • Последна промена 20.7.2011
Markku Kuusi

- Основни податоци
- Епидемиологија
- Симптоми
- Дијагноза
- Третман
- Превенција
- Поврзани извори

ОСНОВНИ ПОДАТОЦИ

- Типични симтоми, вклучувајќи ја и температурата, обично помала од 39°C, гушоболка која се јавува бргу и оток во инфицираниот регион кој се шири надвор од границите на тонзилите, како и појава на гадење (кај една четвртина од пациентите).
- Компликации кои може да се јават се: миокардит и полинеуропатија.
- За појава на инфекција, потребен е контакт со плунктата од заразено лице. Болеста нема капков пренос.
- Примерокот од налепите се става во две епрувети кои содржат Struart-ов[1] транспортен медиум. За бактериските култури е потребен посебен медиум. Лабараториите треба однапред да бидат информирани.

ЕПИДЕМИОЛОГИЈА

- Една инфективна болест со потенцијал за предизвикување на сериозни епидемии, се превенира со вакцинација.
- Болеста се шири преку респираторни секрети (назални секрети, плунка), но исто така се шири и преку директни контакти со рани и други секрети. За појавата на инфекција, потребен е близок контакт со пациентот или со носителот.
- Инкубационен период е 1-7 дена.
- Голем број случаи биле дијагностицирани во Европа од 1990 год. Скоро сите пациенти биле инфицирни во земјите на поранешниот Советски Сојуз.
  - Од 2002 година Светската здравствена организација (СЗО)/Европа има собрано податоци за месечна појава на дифтерија од земјите на поранешниот Советски Сојуз.

СИМПТОМИ

- Локална инфламација со богати фарингеални налепи, сиви или темни мукозни налепи (псеудомембрани) и мекоткивен едем. Кај децата во оваа фаза од болеста може да се јави опструкција на дишните патишта.
- Системска болест, причинета од бактериски токсин, започнува 1-2 недели по појавата на локалните симптоми. Токсинот делува на срцето (миокардитис, аритмии, особено во текот на втората недела од болеста) и врз нервниот систем (парализи, неуритис 2-7 недели од почетокот на болеста). Ако пациентот ја преживее акутната фаза на болеста, обично доаѓа до оправување без развој на секвели.

ДИЈАГНОЗА

- За потребата од третман се одлучува врз база на историјата и на клиничката слика (тешка клиничка слика, псудомембранозен тонзилофарингит, особено кај пациенти кои биле во посета на ендемични земји 1-7 дена пред почетокот на болеста).
- Дијагнозата се потврдува со бактериска култура, земена од налепите во стандардна транспортна епрувета за бактериски примероци. Примероците треба да се култивират на специјални подлоги[2] (инфомирајте ја однапред лабораторијата).

ТРЕТМАН

- Симптоматски пациентите треба да се третираат во болница во изолација за да се превенира капков пренос. Поединците без симптоми треба да се третираат дома. Кај децата, проодност на дишните патишта мора да се обезбеди во иницијалната фаза.
- Сите пациенти треба да се третираат со антибиотици (пеницилин, рокситромицин, кларитромицин, азитромицин или еритромицин). Лековите во почетната фаза треба да се администрираат интравенозно. Дифтеријата антитоксин треба да се администрира што е можно побргу.
- Земете бактериска култура од грлото од блиски контакти, потоа третирајте ги со антибиотици (бензил пеницилин, 600 000- 1,2 милиони единици како единечна интрамускулна доза или рокситромицин, кларитромицин, азитромицин или еритромицин во стандардна доза во текот на 7-10 дена) и вакцинирајте ги.

ПРЕВЕНЦИЈА

- Вакцинацијата ги превенира последиците, предизвикани од токсинот, но не ја превенира инфекцијата.
- Ако е спроведена основната вакцинација, заштитата е преку 90%. Кај луѓето над 30 години старост без бустер доза заштитата не е добра. Бустер вакцинација треба да се дава секои 10 години. Таа често содржи комбинација на вакцина од тетанус и дифтерија.
- На патниците во епидемични подрачја, ако претходно не биле вакцинирани, треба да им се даде основната серија од три вакцини. Бустер вакцината е доволна кај возрасни ако тие имаат преку 30 години и претходно ја примиле полната основна серија од три вакцини.

Претходни автори
Petri Ruutu и Matti Jahkola
Последен пат прегледано за ажурирање 9,4.2013• Последна промена 20.7.2011
Article ID: ebm00032 (001.025),
© 2005 Duodecim Medical Publications Ltd

Дифтерија- поврзани извори

Поврзани извори
27.12.2008

Литература

1 Bonnet JM, Begg NT. Control of diphtheria: guidance for consultants in communicable disease control. World Health Organization. Commun Dis Public Health 1999 Dec;2(4):242-9. PubMed

1. **EBM Guidelines, , 9.4.2013, www.ebm-guidelines.com**
2. **Упатството треба да се ажурира после 3 години.**
3. **Предвидено е следно ажурирање во 2016 година.**

Упатството го ажурирал: Проф. Др. И. Кондова Топузовска
Координатор: Проф. Др. К. Зафировска

1518.

Врз основа на член 27 став (1) од Законот за здравствената заштита („Службен весник на Република Македонија“ број 43/12, 145/12, 87/13, 164/13, 39/14, 43/14, 132/14, 188/14 и 10/15), министерот за здравство донесе

У П А Т С Т В О
ЗА МЕДИЦИНСКОТО ЗГРИЖУВАЊЕ ПРИ АСКАРИЈАЗА

Член 1

Со ова упатство се утврдува медицинското згрижување при аскаријаза.

Член 2

Начинот на медицинското згрижување при аскаријаза е даден во прилог, кој е составен дел на ова упатство.

Член 3

Здравствените работници и здравствените соработници ја вршат здравствената дејност на медицинското згрижување при аскаријаза по правило согласно ова упатство.

По исклучок од став 1 на овој член, во поединечни случаи по оценка на докторот може да се отстапи од одредбите на ова упатство, со соодветно писмено образложение за причините и потребата за отстапување и со проценка за натамошниот тек на згрижувањето, при што истото од страна на докторот соодветно се документира во писмена форма во медицинското досие на пациентот.

Член 4

Со денот на влегувањето во сила на ова упатство престанува да важи Упатството за практикување на медицина заснована на докази при аскаријаза („Службен весник на Република Македонија“ бр. 49/14)..

Член 5

Ова упатство влегува во сила наредниот ден од денот на објавувањето во „Службен весник на Република Македонија“.

Бр. 17-2487/1
27 февруари 2015 година
Скопје

Министер,
Никола Тодоров, с.р.

Прилог

АСКАРИЈАЗА

МЗД Упатства
7.11.2013 • Последна промена 7.11.2013
Sakari Jokiranta

- Причинител
- Клиничка слика
- Дијагноза
- Лекување
- Поврзани извори
- Референци

ПРИЧИНИТЕЛ

- Возрасниот ascaris lumbricoides е долгнавеста глиста, долга од 15–35 цм и дијаметар од 0.3–0.6 цм.
- Ascariasis-от е распространет ширум светот, но е многу почест во земјите во развој (се проценува околу 2 милијарди случаи). Фаталните случаи се, главно, во земјите во развој, годишно околу 75 000.
- Инокулацијата се случува со ингестија на јајца кои навлегле во почвата или пр.во водата за наводнување преку фецес. Ларвите стануваат инфективни по неколку недели само по навлегување во почвата така што ифекција преку директен контакт е речиси невозможна.
- Ларвите се развиваат од јајцата во гастроинтестиналниот тракт и навлегуваат во крвотокот. Тие поминуваат преку белите дробови во фаринксот, од каде повторно се проголтуваат во цревата каде живеат како возрасни глисти со кремаста боја.
- Валчестите црви кои имаат за домаќин животни, исто така ги инфицираат луѓето. Валчестиот црв од свињата (Ascaris suum) може да предизвика слично заболување како Ascaris lumbricoides. Црвите од кучиња и мачки (Toxocara canis и T. cati) предизвикуваат токсокариазис (ларва мигранс заболување) кое се манифестира со стомачни болки и еозинофилија.

КЛИНИЧКА СЛИКА

- Најголемиот број инфестации се асимптоматски или симптомите се многу умерени (лесни).
- Најчести интестинални симптоми се: недефинирна нелагодност и болка во мевот, гадење и колики.
- Во стадиумот на миграција на ларвите може да се појават кашлица и покачена температура, како и уртикарија.
- Присуството на голем број глисти во цревата предизвикуваат малнутрција, а може да предизвикаат и интестинална опструкција.
- Бидејќи возрасните глисти се подвижни нематоди, тие може да влезат во билијарниот тракт, па да се појават симптоми од билијарна опструкција, но тие можат да навлезат во ѕидот на цревото и да предизвикаат перитонит како ретка компликација. Смртните случаи најчесто настануваат како резултат на билијарни компликации или интестинална обструкција.

ДИЈАГНОЗА

- Докажување на јајцата во изметот. Сензитивноста на докажувањето на јајцата во изметот се зголемува со методот на концентрација.
- Црвот во фекалните примероци идентифициран како ascaris lumbricoides се наоѓа со макроскопска инспекција или со микроскопска инспекција.

- За време на стадиумот на миграција на ларвите, присутна е еозинофилија и покачување на концентрацијата на серумскиот ИгЕ, а понекогаш може да се детектираат ларви во спутумот.

ЛЕКУВАЊЕ

- Аскаријазата секогаш треба да се лекува. Лекувањето на аскаријазата предничи во третманот со останатите цревни глисти со цел да се спречи навлегување на Аскарис во билијарниот тракт како последица на давање на други антихелминтици.
- Лек на избор за возрасни и за деца > 2 години е mebendazol 100 mg б.и.д во текот на 3 дена (или 500 mg како единечна доза). Алтернатива е единечна доза albendazol 400 mg (за деца < 2 години 200 mg).
  - Во различни земји може да има посебни законски регулативи за препишување на овие медикаменти.
- Mebendazole и albendazole не треба да се употребуваат во текот на бременост, барем не во првиот триместер, дури и ако нема доказ дека се штетни за фетусот (1). Тие може да се даваат при доење (2).
- Ivermectin (0,15-0,2mg/kg kako poedine~na doza) исто така е ефикасен за Ascaris.
- При цревна или билијарна опструкција се дава piperazin citrat во единечна дневна доза од 75 mg/kg (максимално 4 g) два дена по ред, за да предизвика флакцидна парализа на глистата. Понекогаш глистата може да не се исфрли од билијарниот тракт со медикаментозен третман. Во тие случаи е неопходно ендоскопско или хируршко отстранување на глистата.
- Во текот на бременоста, вообичаено се дава piperazin или pyrantel pamoat (10 mg/kg единечна доза).
- Успехот од третманот се контролира по 3 недели со примерок од фецес.

АСКАРИЈАЗА- ПОВРЗАНИ ИЗВОРИ

Поврзани извори
16.1.2007
- Интернет извори
- Литература

ИНТЕРНЕТ ИЗВОРИ

- Haburchak D. Ascariasis. eMedicine

ЛИТЕРАТУРА

- Bethony J, Brooker S, Albonico M, Geiger SM, Loukas A, Diemert D, Hotez PJ. Soil-transmitted helminth infections: ascariasis, trichuriasis, and hookworm. Lancet 2006 May 6;367(9521):1521-32. PubMed

РЕФЕРЕНЦИ

1. Acs N, Bánhidy F, Puhó E, Czeizel AE. Population-based case-control study of mebendazole in pregnant women for birth outcomes. Congenit Anom (Kyoto) 2005 Sep;45(3):85-8.
2. Dold C, Holland CV. Ascaris and ascariasis. Microbes Infect 2011;13(7):632-7. PubMed

1. **EBM Guidelines, 07.11.2013, www.ebm-guidelines**
2. **Упатството треба да се ажурира после 3 години.**
3. **Предвидено е следно ажурирање во 2017 година.**

Упатството го ажурирал: Проф. Др. И. Кондова Топузовска
Координатор: Проф. Др. К. Зафировска

1519.

Врз основа на член 27 став (1) од Законот за здравствената заштита („Службен весник на Република Македонија“ број 43/12, 145/12, 87/13, 164/13, 39/14, 43/14, 132/14, 188/14 и 10/15), министерот за здравство донесе

У П А Т С Т В О
ЗА МЕДИЦИНСКОТО ЗГРИЖУВАЊЕ ПРИ ЕНЦЕФАЛИТИС

Член 1

Со ова упатство се утврдува медицинското згрижување при енцефалитис.

Член 2

Начинот на медицинското згрижување при енцефалитис е даден во прилог, кој е составен дел на ова упатство.

Член 3

Здравствените работници и здравствените соработници ја вршат здравствената дејност на медицинското згрижување при енцефалитис по правило согласно ова упатство.

По исклучок од став 1 на овој член, во поединечни случаи по оценка на докторот може да се отстапи од одредбите на ова упатство, со соодветно писмено образложение за причините и потребата за отстапување и со проценка за натамошниот тек на згрижувањето, при што истото од страна на докторот соодветно се документира во писмена форма во медицинското досие на пациентот.

Член 4

Со денот на влегувањето во сила на ова упатство престанува да важи Упатството за практикување на медицина засновано на докази при енцефалитис („Службен весник на Република Македонија“ бр. 12/13)..

Член 5

Ова упатство влегува во сила наредниот ден од денот на објавувањето во „Службен весник на Република Македонија“.

Бр. 17-2486/1
27 февруари 2015 година
Скопје

Министер,
Никола Тодоров, с.р.

Прилог

ЕНЦЕФАЛИТИС

МЗД Упатство
10.07.2013 • Последна промена 26.5.2014
Olli Häppölä

- Основни податоци
- Симптоми
- Етиологија
- Диференцијална дијагноза
- Херпес енцефалитис
- Енцефалитис кој се јавува во склоп на варицела
- Tick-borne енцефалитис
- Хронична невроборелиоза
- Сифилис на нервниот систем
- Поврзани извори

ОСНОВНИ ПОДАТОЦИ

- За енцефалитис се сомневаме кога кај пациент со акутна главобока, нагло ќе настапи конфузија или ступор, а нема друга евидентна причина за таквата состојба.
- Ако постои сомнение за енцефалитис, индицирана е веднаш хоспитализација за спроведување на соодветни дијагностички процедури.
- Дијагнозата на енцефалитисот во акутната фаза е клиничка, и одлуката за третман треба да се базира врз клиничката слика.

СИМПТОМИ

- Главоболка
- Нарушување на свеста, конфузност
- Температура
- Промена на личноста
- Когнитивни промени
- Психијатриски симптоми, како халуцинации
- Напади со конвулзии и губење на свест
- Локални симптоми: дисфазија, ретко хемипарези или наоди сврзани со кранијални нерви
- Општи симптоми како кај инфективна болест

ЕТИОЛОГИЈА

- Најчест облик на енцефалитис се менингоенцефалитисите, кога процесот се шири од менингите на мозочното ткиво.
- Најчести причинители се:
  - херпес симплекс вирусот (ХСВ)
  - ентеровирусите во доцно лето
  - tick-borne енцефалитис
- Останати причинители:
  - cytomegalovirus, Ebstein-Barr virus, varicella, adenovirus, influenza virusi и flavivirusi (јапонски енцефалитис).

- ХИВ инфекцијата може да биде здружена со хроничен енцефалитис причинет од самиот хуман имунодефициентен вирус (ХИВ) или бидејќи се работи за имуносупримирани болни, од некои други микроорганизми, особено toxoplasma.
- Бактериски инфекции со енцефалитична манифестација
  - листериоза
  - микоплазма инфекции
  - борелиоза
  - Chlamidia pneumoniae
  - туберкулоза
  - сифилис.

ДИФЕРЕНЦИЈАЛНА ДИЈАГНОЗА

- Други церебрални и системски заболувања се исклучени.
- Полиморфонуклеарната леукоцитна реакција која се јавува неколку дена после субарахноидална или церебрална хеморагија, како и паралелната појава на ниски нивоа на гликозата, може да претставуваат диференцијално дијагностички проблем.

ХЕРПЕС ЕНЦЕФАЛИТИС

- Болеста предизвикана од ХСВ-1 вирусот, каде треската, заморот и главоболката, се често асоцорани со симптоми кои укажуваат на оштетување на темпоралната регија:
  - конфузија и халуцинации
  - епилептични напади
  - дисфазија
  - нарушена свест
  - промена на личноста

ДИЈАГНОЗА

- Ликворниот наод е типичен за вирусен менингитис, а нивото на гликоза е нормален.
- Енцефалитисот е малку веројатен доколку пациентот е афебрилен и ликворниот наод е нормален. Сепак, во 10% од пациентите со енцефалит првиот примерок од ликвор е нормален.
- Во акутната фаза, вирусот може да биде детектиран, со користење на полимераза верижна реакција (ПСР) техника.
- Енцефалоелектрограм (ЕЕГ) е абнормален и покажува оштетување на едниот или обата темпорални лобуса. Типичната периодична промена во наодот е случајна манифестација.
- Промените видени на компјутеризирана томографија (КТМ) обично се многу благи во почетокот, но приближно за една недела, промените можат да се забележат во афектираната темпорална регија.
- Магнетна резонанца (МРИ) на мозокот е посензитивна од КТМ, наодите типични за енцефалитис обично се детектираат порано доколку се употреби МРИ или единечна фотонска емитирачка компјутеризирана томографија (SPECT).
- Подоцна дијагнозата се потврдува со наод на херпес вирусни антитела во цереброспиналниот ликвор. Промените во серумските антигени, или позитивни резултати од фарингеална култура, не би требало да се сметаат за сигнификантни. Во ретки случаи културата на вирусот од цереброспиналниот ликвор е позитивна.

ТРЕТМАН

- Во практика, третманот се започнува по поставувањето на клиничката суспекција, бидејќи морталитетот кај нетретираните случаи е околу 70%, а кај преживеаните случаи често остануваат тешки секвели.
- Потребно е третирање со acyclovir 10mg/kg x 3 и.в. во текот на 14 дена.

- Кога ќе се постави суспекција за херпес вирусен енцефалитис, многу е важно да се исклучат другите бактериски причинители. Во нејасните случаи, се препорачува истовремен третман, на пример против менингеална туберкулоза.

ПРОГНОЗА

- И покрај адекватниот третман, смртноста е околу 20%, а 50% до 60% од болните ќе оздравуваат комплетно или задоволително.
- Најчести секвели на енцефалитис се конгитивни нарушувања, епилепсија или психијатриски симптоми.

ЕНЦЕФАЛИТИС ВО СКЛОП НА VARICELLA

- Една од најчестите форми на педијатриски енцефалитис
- Типично се јавува 2 до 4 недели после појавата на другите симптоми на инфекцијата
- Терапија со acyclovir се применува и кога недостасуваат лабораториски докази.
- Вакцинација за varicela.

ЕНЦЕФАЛИТИС ПРЕДИЗВИКАН ОД КРЛЕЖ (TICK-BORNE)

- Настанува заради вирусна инфекција настаната после каснување од крлеж.
- Крлежите заразени со вирусот за енцефалитис се среќаваат, на пример, во Финскиот и Шведскиот архипелаг, во балтичките земји и на различни локации во централна Европа и во Русија.

Симптоми

- 10 до 30% од инфицираните лица имаат клинички манифестирана болест
- Инкубацијата е 7 до 14 дена
- Болеста се манифестира во 2 фази:
  - Иницијално се јавува болест слична на настинка, која трае околу 1 недела.
  - Потоа пациентот е без симптоми околу 1 недела, по што следи доцната фаза, која трае од 1 недела до 2 месеца, кога се јавуваат типични симптоми на менингоенцефалитис.

Прогноза, третман и превенција

- После прележаната болест чести се лесна иритабилност и други невропсихијатриски симптоми. Можни се, исто така, трајни оштетувања, како парализи.
- Третманот е симптоматски. Одмор во кревет и хоспитализација се препорачува во менингеалната фаза.
- Постои вакцина која содржи инактивиран вирус. Инокулациската серија вклучува една до три дози во интервал од 1 месец и бустер доза по 1 година. Во зависност од производителот на вакцината и возраста на пациентот бустер дозите се даваат на секои 3 до 5 години. Забрзано спроведување на имунизацијата е можно со проман на распоредот на дозите. Вакцината обезбедува добра заштита и несаканите ефекти се минорни (ннд- **B**).

ХРОНИЧНА НЕУРОБОРЕЛИОЗА

- Можни манифестации на болеста вклучуваат:
  - прогресивна деменција
  - клиничка презентација слична на мултипла склероза
  - атаксија
  - пареза на кранијалните нерви
  - хронични пароксизмални вертигинозни испади

- губење на слух
- миелитис
- полирадикулитис
- полиневропатија
- различни психолошки симптоми

- Серолошката дијагноза и третманот се исти како кај борелиозните менингитиси.

СИФИЛИС НА НЕРВНИОТ СИСТЕМ

- Можноста за постоење на сифилис на нервниот систем треба да се разгледа во следните случаи:
  - Менингитис
  - Диференцијална дијагноза на миелитис или спинален менингитис
  - Дијагностицирање на прогресивни васкуларни симптоми
- Dementia paralytica е класична манифестација на деменција асоцирана со доцен стадиум на сифилис.
- Tabes dorsalis вклучува губење на сензориумот причинет од оштетување на системот на дорзалното стебло, атаксија како и невралгична болка.
- Серумскиот Treponema palidum хемаглутинациски тест (TPHA) или есеј за детекција на трепонемските антитела може да се употребуваат како дијагностички скрининг-тестови.

Претходни автори:
Jussi Kovanen
Последен пат прегледано за ажурирање 10.7.2013• Последна промена 26.5.2014
Article ID: ebm00774 (036.032)
© 2012 Duodecim Medical Publications Ltd

ЕНЦЕФАЛИТИС – ПОВРЗАНИ ИЗВОРИ

Поврзани извори
27.1.2009

ЛИТЕРАТУРА

1. Aksamit AJ. Herpes Simplex Encephalitis in Adults and Older Children. Curr Treat Options Neurol 2005 Mar;7(2):145-150. PubMed
2. Scheld WM, Whitley RJ, Marra CM (edit). Infections of the central nervous system. 3rd edition 2004, Lippincott Williams et Wilkins Philadelphia, USA

1. **EBM Guidelines, 10.07.2013, www.ebm-guidelines.com**
2. **Упатството треба да се ажурира после 3 години**
3. **Предвидено е следно ажурирање во 2016 година.**

Упатството го ажурирал: Проф. Др. И. Кондова Топузовска
Координатор: Проф. Др. К. Зафировска

1520.

Врз основа на член 27 став (1) од Законот за здравствената заштита („Службен весник на Република Македонија“ број 43/12, 145/12, 87/13, 164/13, 39/14, 43/14, 132/14, 188/14 и 10/15), министерот за здравство донесе

У П А Т С Т В О
ЗА МЕДИЦИНСКОТО ЗГРИЖУВАЊЕ ПРИ ЕГЗАНТЕМА СУБИТУМ

Член 1

Со ова упатство се утврдува медицинското згрижување при егзантема субитум.

Член 2

Начинот на медицинското згрижување при егзантема субитум е даден во прилог, кој е составен дел на ова упатство.

Член 3

Здравствените работници и здравствените соработници ја вршат здравствената дејност на медицинското згрижување при егзантема субитум по правило согласно ова упатство.

По исклучок од став 1 на овој член, во поединечни случаи по оценка на докторот може да се отстапи од одредбите на ова упатство, со соодветно писмено образложение за причините и потребата за отстапување и со проценка за натамошниот тек на згрижувањето, при што истото од страна на докторот соодветно се документира во писмена форма во медицинското досие на пациентот.

Член 4

Со денот на влегувањето во сила на ова упатство престанува да важи Упатството за практикување на медицина засновано на докази при егзантема субитум („Службен весник на Република Македонија“ бр.12/13).

Член 5

Ова упатство влегува во сила наредниот ден од денот на објавувањето во „Службен весник на Република Македонија“.

Бр. 17-2485/1
27 февруари 2015 година
Скопје

Министер,
Никола Тодоров, с.р.

Прилог

ЕГЗАНТЕМА СУБИТУМ

МБЗ Упатства
10.5.2013 • Последна промена 10.5.2013
Marjo Renko

- Основни податоци
- Етиологија
- Клиничка слика
- Диференцијална дијагноза
- Референци

ОСНОВНИ ПОДАТОЦИ

Посериозни болести треба да се исклучат како причина за температура.

ЕТИОЛОГИЈА

- Хуман херпес вирус 617 (HHV) (1).

КЛИНИЧКА СЛИКА

- Најпогодени се децата на возраст од 6 месеци до 2 години. Инфекцијата е ретка кај доенчињата под 3 месеци и кај децата над 3-годишна возраст.
- Инкубациониот период е 5 до 15 дена. Инфекцијата, најверојатно, се шири кога бебето се држи во раце.
- Болеста започнува со висока температура која трае 3 до 5 дена, потоа температурата брзо се намалува и во исто време се појавува исип. Кај мал дел од децата исипот се појаваува за време на температурата, и во речисти ист процент постои интервал од еден ден помеѓу температурата и исипот. Исипот трае од неколку часа до неколку денови.
- Исипот се појавува најпрво околу ушите како посебни, мали, црвени макули или макулопапуларни лезии и се шири на лицето, вратото и трупот.
- Дополнителен наод претставува конјунктивитис, едем на очните капаци, мали папули, како точки, на увулата и непцето, лимфаденопатија на вратот и окципиталната област и напната фонтанела.
- Само мал дел од децата со HHV инфекција развиваат типична клиничка слика на егзантема субитум (ннд-С). Во повеќето случаи инфекцијата се манифестира со висока температура без очигледна локализација на симптомите (1).
- Фебрилни конвулзии, кои се јавуваат кај 10 до 15% од инфекциите, се најсериозни компликации.
- Кај децата, HHV може да предизвика енцефалитис (2). Вирусот може да остане латентен и да се реактивира при трансплантација на орган или друга имунодефициентна состојба (3).

ДИФЕРЕНЦИЈАЛНА ДИЈАГНОЗА

Види го упатството кое се однесува на деца со температура.

- Неопходен е примерок од урина за да се исклучи пиелонефритис.
- Во иницијалната фаза, крвната слика кај повеќето пациенти со егзантема субитум покажува леукопенија.
- Ниските вредности на Ц- реактивен протеин (ЦРП) помагаат во исклучување на бактериска инфекција доколку болеста траела повеќе од 12 часа. Кај егзантема субитум ЦРП воопшто не се покачува, за разлика од септичните инфекции каде што е јасно покачен.

РЕФЕРЕНЦИ

1. Kimberlin DW. Human herpesviruses 6 and 7: identification of newly recognized viral pathogens and their association with human disease. Pediatr Infect Dis J 1998 Jan;17(1):59-67; quiz 68. PubMed
2. Ward KN. Human herpesviruses-6 and -7 infections. Curr Opin Infect Dis 2005 Jun;18(3):247-52. PubMed
3. Caserta MT, Mock DJ, Dewhurst S. Human herpesvirus 6. Clin Infect Dis 2001 Sep 15;33(6):829-33. PubMed

Претходни автори:
Hannu Jalanko
Последен пат прегледано за ажурирање 10.5.2013• Последна промена10.5.2013
Article ID: ebm00609 (029.057)
© 2012 Duodecim Medical Publications Ltd

1. **EBM Guidelines, 10.5.2013, www.ebm-guidelines.com**
2. **Упатството треба да се ажурира после 3 години.**
3. **Предвидено е следно ажурирање во 2016 година.**

Упатството го ажурирал: Проф. Др. И. Кондова Топузовска
Координатор: Проф. Др. К. Зафировска

Службен весник на Република Македонија

www.slvesnik.com.mk contact@slvesnik.com.mk

Издавач: ЈП СЛУЖБЕН ВЕСНИК НА РЕПУБЛИКА МАКЕДОНИЈА, ц.о. – Скопје
бул. „Партизански одреди" бр. 29. Поштенски фах 51.
в. д. директор и одговорен уредник – м-р Тони Трајанов
телефон: +389-2-55 12 400
телефакс: +389-2-55 12 401

Претплатата за 2015 година изнесува 10.100 денари.
„Службен весник на Република Македонија" излегува по потреба.
Рок за рекламации: 15 дена.
Жиро-сметка: 300000000188798.
Депонент на Комерцијална банка, АД – Скопје.
Печат: ГРАФИЧКИ ЦЕНТАР ДООЕЛ, Скопје.

Цената на овој број е 450 денари.

ISSN 0354-1622
2015041