

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

У П А Т С Т В О
ЗА ПРАКТИКУВАЊЕ НА МЕДИЦИНА ЗАСНОВАНА НА ДОКАЗИ ПРИ
УЛЦЕРОЗНИОТ КОЛИТИС

Член 1

Со ова упатство се пропишува приодот кон дијагнозата и терапијата на улцерозниот колитис.

Член 2

Начинот на дијагноза и на терапија на улцерозниот колитис е даден во прилог, кој е составен дел на ова упатство.

Член 3

Здравствените работници и здравствените соработници ја вршат здравствената дејност на дијагностицирање и на терапија на улцерозниот колитис во гастроентерохепатологијата 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 улцерозниот колитис, при што од страна на докторот тоа соодветно се документира во писмена форма во медицинското досие на пациентот.

Член 4

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

Бр. 07-9021/2
30 ноември 2013 година
Скопје

МИНИСТЕР
Никола Тодоров

УЛЦЕРОЗЕН КОЛИТИС

МЗД упатства
20.3.2012

- Основни правила
- Епидемиологија
- Симптоми и знаци
- Дијагноза и испитувања
- Диференцијална дијагноза
- Третман
- Спроведување на лекувањето
- Следење
- Поврзани извори
- Референци

ОСНОВНИ ПРАВИЛА

- Улцерозниот колитис може да биде причина за повторувачки или за пролонгиран (крвав) пролив.
- За пациенти со акутен тежок колитис е потребна хоспитализација.
- Тераписките одлуки и избор на лекови се базираат на тежината на симптомите и степенот на раширеност на колитот (проктитис, дистален колитис, левостран колитис или суптотален колитис).
- Поради зголемен ризик за развој на карцином, кај улцерозниот колитис е индициран редовен ендоскопски скрининг.

ЕПИДЕМИОЛОГИЈА

- Улцерозниот колитис е почест на западната и северна хемисфера. Годишната инциденција во Финска е околу 25 нови случаи/100,000 жители, а преваленцата е околу 450/100,000.
- Патогенетскиот механизам не е јасен.
- Постоење на блиски роднини со инфламаторна цревна болест го зголемува ризикот од развој на улцеративниот колитис.

СИМПТОМИ И ЗНАЦИ

- Дијареја, столица помешани со крв и слуз, понекогаш абдоминална болка. Симптомите обично траат во текот на неколку недели или месеци.
- Повторувачки релапси, како и ремисии се типични, било да се спонтани или индуцирани со лекови. Околу 10-20% од пациентите имаат континуирани симптоми.
- Болеста може да се подели на блага, умерена и тешка форма (табела 1).

Табела 1. Тежина на улцеративниот колитис

Тежина	Дефиниција
Благ колитис	Дијареја <4 пати/24 часа (со или без крв), без системски симптоми, Hb >115g/L, нормални маркери за инфламација
Умерен колитис	Дијареја >4 пати/24 часа, отсутни или благи системски симптоми, Hb >105g/L, нормални маркери за инфламација
Тежок колитис	Дијареја ≥ 6 пати/24 часа и тахикардија, температура, Hb <105g/L покачени инфламаторни маркери (СЕ и/или ЦРП ¹)

- Можно е екстраинтестинално засегање (артритис, увеитис, еписклеритис, еритема нодозум, пиодерма гангренозум и примарен склерозантен холангитис).

ДИЈАГНОЗА И ИСПИТУВАЊА

- Колоноскопија со биопсии е неопходна, дури и ако лигавицата на дебелото црево има нормален изглед.
- Крвна слика, СЕ, ЦРП, фекален калпротектин.
- Хистолошките наоди се типични, но не се специфични за улцеративен колитис (дифузна инфламација ограничена на мукоза и субмукоза; улцерации при влошување на воспалението).
- Абдоминален КТ скен или нативна рендгенграфија на абдоменот доаѓаат предвид при тежок колитис, ако постои сомнение за компликации.
- Клинички критериуми за тежок колитис.
 - Дијареја >6 пати/24 часа и еден од следниве параметри:
 - Температура > 37.5°C.
 - Тахикардија > 90/min.
 - Анемија, Hb <105 g/L.
 - СЕ >30 mm/h.

ДИФЕРЕНЦИЈАЛНА ДИЈАГНОЗА

Табела 2. Диференцијална дијагноза на улцеративниот колитис и Кроновата болест

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

ТРЕТМАН

- Тежината на симптомите и степенот на раширеност влијаат на третманот на улцерозниот колитис.
- Болест ограничена на ректумот (проктитис) или на сигмоидниот колон се лекуваат со топична терапија.
 - Месалазин супозитории кај проктитис.
 - 5-АСА (5-аминосалицилна киселина) клизма. (ннд-А)
 - Хидрокортизонска аеросол пена.

¹ Ц-реактивен протеин.

- Будезонидска клизма.
- Благ колитис
 - Месалазин 1.6-4.0 гр/ден (или олсалазин 500 мг 2-4 пати на ден) или сулфасалзин 3-4 гр/ден. **(ннд-А)**
- Ако терапијата со 5-АСА не ги подобри симптомите промптно кај умерена болест, на третманот се додаваат кортикостероиди.
 - Преднизон или преднизолон 30-40мг/ден за 1-2 недели со последователна редукција на дозата и комплетирање на третманот за 4-12 недели.
- Кај стероидно-зависен улцеративен колитис, како одржувачка терапија се вклучува тиопурин (азатиоприн или 6-меркаптопурин). **(ннд-В)**
 - Лабораториски тестови во 0, 2, 4, 6 и 8 недела, а потоа на секои 3 месеци: комплет крвна слика, АЛТ, алкална фосфатаза.
- Водењето на тежок улцерозен колитис се спроведува во специјалистички центри.
 - Циклоспорин **(ннд-С)** или инфликсимаб **(ннд-А)**, може да се користат за индукција на ремисија кај тежок колитис, рефрактерен на интравенски стероиди.
 - Неопходни се трансфузии на еритроцити и парентерална исхрана.
 - Мора да се бара хируршко мислење веднаш штом се видат знаци за цревна дилатација.
 - Нелекуван тежок колитис може да резултира со токсична дилатација на дебелото црево (токсичен мегаколон) кој има ризик од перфорација.
- Кај улцерозен колитис рефрактерен на медикаментозна терапија, хируршка опција е панпроктоколектомија со формирање на илео-анална анастомоза.

ПЛАНИРАЊЕ НА ЛЕКУВАЊЕТО

- Индикации за упатување на специјалист:
 - Симптомите на рекурентна епизода не се подобруваат во текот на 1-2 недели.
 - Кортикостероидите не може да се исклучат по 3 месеци лекување.
 - Бременост, дури и ако не се присутни симптоми.
 - Екстраинтестинални манифестации (црн дроб, кожа, зглобови, `рбет, очи).

СЛЕДЕЊЕ

- Ендоскопски мониторинг
 - Активноста на симптоматска болест се следи со колоноскопија, зависно од конкретниот случај.
 - Поради ризикот за малигнитет, колоноскопија треба да се направи кај пациенти кои имаат улцеративен колитис на цел колон 8 години по почетокот на болеста, потоа колоноскопијата треба да се повторува на 1-3 години, зависно од времетраењето на болеста и активноста, за детекција на дисплазија. **(ннд-С)** Хируршки третман е индициран ако се детектира дисплазија од висок степен.
- Лабораториски мониторинг
 - Мониторинг на клиничката активност: Нб, SE, ЦРП и фекален калпротектин.
- Мониторинг на медикаментозната терапија: основна крвна слика со тромбоцити (вклучително неутрофили за време на терапија со азатиоприн), АЛТ, алкална фосфатаза, креатинин (за време на терапија со 5-АСА).

ПОВРЗАНИ ИЗВОРИ

КОХРАНОВИ ПРЕГЛЕДИ

- Никотин трансдермално, се чини, дека е супериорен во однос на плацебо за индукција на ремисија кај пациенти со улцеративен колитис, но нема докази за каква било значајна предност во споредба со стандардната медикална терапија. (ннд-**B**)
- Нецревни обложени омега 3 масни киселини (рибино масло) веројатно не се ефикасни во одржување на ремисија кај улцерозниот колитис. (ннд-**C**)
- Рибиното масло може да има корисен ефект како дополнителна терапија за индукција на ремисија кај улцерозниот колитис. (ннд-**C**)
- Нема доволно докази за ефектот на пробиотици, комбинирани со конвенционална терапија, за индукција на ремисија кај улцерозниот колитис. (ннд-**D**)
- Ниски дози на метотрексат не се ефикасни за индукција на ремисија кај активниот улцерозен колитис. (ннд-**C**)
- Ниски дози на орален метотрексат не се ефикасни за одржување на ремисијата кај улцерозниот колитис. (ннд-**C**)
- Такролимус може да биде ефикасен за краткорочно подобрување на симптомите кај пациенти со улцерозен колитис резистентен на лекување и во однос на чинењето на потенцијално сериозни странични ефекти. Недостаток на лекувањето и интервалите на следење спречуваат каков било заклучок во однос на долгорочната безбедност и ефикасност. (ннд-**C**)
- MLN-02 може да биде ефикасен за индукција на клинички одговор и ремисија кај пациенти со умерено тежок улцерозен колитис. Во моментот не можат да се извлечат цврсти заклучоци за безбедноста. (ннд-**C**)
- Нема разлики во стапката на морталитет или компликациите меѓу отворен и лапароскопски пристап за pouch хирургија кај пациенти со улцерозен колитис и фамилијарна аденоматозна полипоза, но лапароскопскиот пристап може да резултира со подобар козметски изглед. (ннд-**C**)
- Нема доволно докази за влијанието на специјализирани сестрински интервенции во негата и во водењето на пациенти со инфламаторна болест на цревето. (ннд-**D**)

ДРУГИ РЕЗИМЕА НА ДОКАЗИ

- Пациенти со инфламаторна болест на цревето што примаат имуномодулаторни лекови може да имаат повисок ризик од лимфом во однос на општата популација. Зголемениот ризик може да се должи на лекот, активоста на болеста или на двете. (ннд-**C**)

ИЗВОРИ ОД ИНТЕРНЕТ

- Ulcerative colitis. Orphanet ORPHA 771
- Collagenous colitis. Orphanet ORPHA 36205
- Microscopic colitis. Orphanet ORPHA 58220

РЕФЕРЕНЦИ

1. Jussila A, Virta LJ, Kautiainen H et al. Increasing incidence of inflammatory bowel diseases between 2000 and 2007: A nationwide register study in Finland. *Inflamm Bowel Dis* 2011. [PubMed](#)
2. Stange E, Travis S, Vermeire S et al; for the European Crohn's and Colitis Organisation (ECCO). European evidence-based Consensus on the diagnosis and management of ulcerative colitis: Definitions and diagnosis. *J Crohns Colitis* 2008; 2(1):1-23. [PubMed](#)

3. Travis S, Stange E, Lémann M et al; for the European Crohn's and Colitis Organisation (ECCO). European evidence-based Consensus on the management of ulcerative colitis: Current management. J Crohns Colitis 2008; 2(1):24-62. **PubMed**

Автори:

Taina Sipponen

Претходни автори:

Pekka Pikkarainen

Article ID: ebm00194 (008.079)

© 2012 Duodecim Medical Publications Ltd

1. **EBM Guidelines, 20.3.2012, www.ebm-guidelines.com**
2. **Упатството треба да се ажурира еднаш на 3 години.**
3. **Предвидено е следно ажурирање во март 2015 година.**