

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

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, Кронева болест, микроскопски колитис (Види упатство за улцеративен колитис)).
- Треба да се има на ум можноста за малигнитет, доколку проливот не трае релативно долго. Колоноскопијата е прва линија на испитување, доколку постои суспекција за малигнитет.
- Важно е да се идентификува иритабилен црвен 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 верифицира 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 (водести 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, гастрином, V IP –ом).
- Воспалителни цревни болести
 - Улцеративен колитис (пролив со крв) и Кронева 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 панкреас, 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 пролонгиран 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 колитис 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 ерадираат спорите на бактериите.
 - Пролив, асоциран со кардијаза, 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.
- Ишемичен 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. Ишемичниот 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 повремени проливи. Дијагнозата се базира на клиничката слика и на исклучувањето на органска болест. Обемот на истражувања кои исклучуваат органско засагање 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 апсорптивната 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 почнуват 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 пошироки микробиолошки испитувања.
- Треба да се имаат предвид лековите кои пациентот ги зема и претходните 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 интолеранцијата на лактоза е асоцирана со синдромот на иритабилно црево, што ја чини интерпретацијата на терапискиот тест тешка.
- Одредување на фекален calprotectin³ се употребува во прелиминарна дијагноза на улцеративен колитис и Крнова 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 црево, 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 температура и покачена седиментација на еритроцитите.
- Може да се спроведе третман со антимикробни лекови: користете метронидазол или, доколку не постои сомнение за *Clostridium difficile*, цiproфлосацин.

Мал волумен на изметот и честа дефекација

- Сугестивно за дистален колитис или проктитис.
- Слuz или слuz помешана со крв често е присутна на површината на изметот.
- 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 црево.
- 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 антиминобен третман додека не се идентификува причинителот.

Сериозни симптоми и знаци кои бараат дијагностички испитувања и следење без терапевтски 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 Кронава 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**