

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
ЕТИОЛОШКИ ПРИЧИНТЕЛИ, КЛИНИЧКА СЛИКА И ЛЕКУВАЊЕ НА
ДИЈАРЕЈА

Член 1

Со ова упатство се пропишува третман при етиолошки причинители, клиничка слика и лекување на дијареја.

Член 2

Начинот на третман при етиолошки причинители, клиничка слика и лекување на дијареја е даден во прилог, кој е составен дел на ова упатство.

Член 3

Здравствените работници и здравствените соработници ја вршат здравствената дејност на третман при етиолошки причинители, клиничка слика и лекување на дијареја 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 третманот, 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. 07-8858/2
30 ноември 2013 година
Скопје

МИНИСТЕР
Никола Тодоров

ЕТИОЛОШКИ ПРИЧИНТЕЛИ, КЛИНИЧКА СЛИКА И ЛЕКУВАЊЕ НА ДИЈАРЕЈА

МЗД Упатства
29.11.2010

- Основни податоци
- Третман на пациентот со дијареја без специфична дијагноза
- Индикации за испраќање во болница
- Платено отсуство од работа, следење на копрокултурите и лекување на бацилоносителите
- Совети за лична хигиена
- Ентеротоксигена Escherichia coli (ETEC)
- Ентерохеморагична Escherichia coli (EHEC)
- Salmonella alia
- Salmonella typhi
- Shigella
- Campylobacter
- Yersinia enterocolitica
- Clostridium difficile
- Пролив, предизвикан од вируси
- Giardia lamblia
- Entamoeba histolytica
- Cryptosporidium
- Candida albicans или spp
- Поврзани докази

ПРИНЦИПИ

- Препознавањето на причинителот и клиничката слика кај пациентот одлучуваат за третманот на пациентот. Дијагнозата на инфективната дијареја не може да се постави само врз база на клиничката слика.
- Покрај орална рехидтациона терапија (ОРТ) за специфична антибиотска терапија би размислувале при:
Пациент со симптоми, посебно при тежок болен со дијагностички резултати.
Симптоматски пациенти и асимптоматска трудница со Campylobacter инфекција.
За сите пациенти со изолирана Shigella и Yersinia enterocolitica.

ЛЕКУВАЊЕ НА ПАЦИЕНТОТ СО ДИЈАРЕЈА БЕЗ СПЕЦИФИЧНА ДИЈАГНОЗА

- Терапијата со орален рехидратационен раствор (ОРР) – е клучот на успехот. Дехидрацијата се совладува со вода која содржи сол и шеќер во точно одредени пропорции. Вообичаена грешка која се прави е пиењето само на засладени освежителни пијалоци, што може да резултира со појава на осмотска дијареја.
 - Совет за возрасните: „Испијте шолја чај, без млеко, со 2 кафени лажичиња шеќер и истовремено изедете 2 солени бисквити“. Како додаток може да се пие вода или минерална вода до исчезнувањето на жедта. Засладените освежителни пијалоци апсолутно се непотребни, но ако се пијат, не треба да бидат повеќе од 1/3 од потребните течности.“

- Нема докази дека постепењето е од корист кај возрасните, а уште помалку кај децата. Мали оброци може да се внесуваат додека трае дијарејата.
- Лекувањето со соодветни антибиотици може да го скрати траењето на патничката дијареја со покачена температура. Norfloxacin (400 mg) или ciprofloxacin (500 mg) може да се дадат 2x на ден во текот на 3 дена, како кратка терапија кога лекувањето почнува во текот на 24 часа од почетокот на покачената температура и дијареја кога причинителот не е познат. Може да се појават некои несакани проблеми:
 - Покачена резистенција на бактериите кон кинолони.
 - Слабиот ефект на флуорокинолоните кон кампилобактер се должи на широко распространетата резистенција.
 - Можност пациентот да стане носител во случаите на инфекција со Salmonella.

ИНДИКАЦИИ ЗА ИСПРАЌАЊЕ ВО БОЛНИЦА

- Силна болка во абдоменот, јасна болна осетливост при палпација на абдоменот. Потсетете се за хируршките индикации при диференцијалната дијагноза на дијарејата.
- Тешка дехидрација која бара интравенска терапија со течности, особено кај постарите пациенти.
- Carditis и pancreatitis.
- Arthritis со тешки симптоми, често дијарејата може да доведе до појава на артритис по 2–4 недели.
 - Тифоиден синдром. Тифоидната треска се јавува ретко кај дома лекуваните пациенти, но во 5–10% од другите салмонел инфекции лекувани во болница се појавува тифоиден синдром. Високата температура почнува со главоболка, чувство на болест, абдоминална болка, гадење, релативна брадикардија (пулс под 100 во минута) кога температурата е висока над 39°C, како и појава на дијареја или констипација (запек). Тифоиден синдром се манифестира и кај 1–2% болнички лекувани пациенти со Campylobacter ентеритис и мешана инфекција, предизвикана од цревни бактериски патогени. Трагањето по тифоидниот синдром ви помага во процената за испраќање во болница. Колку повеќе критериуми се исполнети, толку повеќе одлуката за болничко лекување е поиздржана.
- Појава на Guillain-Barré синдромот по Campylobacter ентеритис.

ПЛАТЕНО ОТСУСТВО ОД РАБОТА, СЛЕДЕЊЕ НА КОПРОКУЛТУРИТЕ И ЛЕКУВАЊЕ НА БАЦИЛОНОСИТЕЛИТЕ

- Платено отсуство од 1 недела е неопходно за лицата кои страдаат од дијареја, а работат со прехранбени продукти или приготвуваат храна или чуваат новороденчиња. За продолжување на платеното отсуство ќе се размислува кај оние пациенти кои продолжуваат да имаат симптоми до нивното губење и можноста да се вратат на работа.
 - По негативни 3 примероци од фецесот носителите на Salmonella или Shigella може повторно да започнат со работата со храна.
 - Во случаите на Campylobacter доволно е лицето да е асимптоматско, секако многу пациенти со покачена температура и дијареја имаат потреба од еднеделно платено отсуство заради здравување.
- Новиот пациент со салмонела, дури и асимптоматски, може да има потреба од платено отсуство од работа заради посочување на хигиенските мерки и ограничувањата при ракувањето со храна во овој период. Личност која работи на подготвување на храна и чување новороденчиња може да отпочне со работа по курата со антибиотици, но ракувачите со храна треба да постигнат негативизација во 3 примероци од столицата ако причинители се Salmonella или Shigella.

- Носителите на Salmonella, Shigella или ЕНЕС треба да се отстранат од ракувањето со храна. Треба да се почитуваат локалните регулативи во врска со одлуките за прашањата, како, на пример, исплата на плата.
- Преносливи дијарејални болести од интерес на јавното здравство се инфекциите, предизвикани од: Salmonella, Shigella, Salmonella paratyphi A, B или C, ЕНЕС и колерата. Овие заболувања подлежат на задолжително пријавување.
- Детето кое е носител на Salmonella или Shigella од центрите за дневен престој или градинка треба да се изолираат до исчезнувањето на симптомите и добивањето на една негативна копрокултура ако се под 5-годишна возраст. Над 5-годишна возраст треба да се изолираат до исчезнувањето на симптомите најмалку во текот на 24 часа. Ако причинителот е S. typhi, кај сите деца и персоналот во градинката треба да се земат копрокултури и детето може да се врати од изолација по добивањето на три негативни копрокултури.
- Примероците од столицата треба да се следат генерално само кај оние кај кои нема оздравување, кај оние кои ракуваат со храна и оние кои имаат Salmonella, Shigella или cholera.

СОВЕТИ ЗА ЛИЧНА ХИГИЕНА

- Нема докази дека дезинфекцијата на шолјата во тоалетот во домот на пациентот би го спречила ширењето на бактеријата. Миењето раце по дефекацијата е од голема важност, како и миењето раце пред да се почне да се приготвува храна (јадење). Рацете треба да се мијат со сапун и да се бришат со хартиени бришачи за една употреба.
- Здравствените работници кои се асимтоматски носители на интестинални патогени, може да останат недијагностицирани заради аномалии на жолчното кесе во кое може да се кријат патогените бактерии.
 - Кога проблемот ќе се препознае, носителите може да продолжат да работат само на строго одредени задолженија, а за нив треба да се обезбеди користење на посебен тоалет.
 - Ако се отпочне со антибиотици неколку дена по почетокот на дијарејата, тогаш има тенденција за пролонгирано носителство.
 - Дијареалните инфекции предизвикани од норвалк вирусите кај здравствените работници се посебен проблем, бидејќи асимптоматските личности го екскретираат вирусот во фецес 2-8 недели.

ЕНТЕРОТОКСИГЕНА ESCHERICHIA COLI (ETEC)

- Ентеротоксигената Escherichia coli е најчестиот причинител на патничките проливи. Болеста вообичаено е самоограничувачка и пациентот оздравува брзо.
- Стандардните копрокултури за Salmonella, Shigella, Yersinia enterocolitica и Campylobacter нема да ја откријат ETEC, која така останува субдијагностицирана.
- Кусиот третман со norfloxacin, 400 mg 2x на ден во текот на 3 дена, кога се отпочнува во рамките на 12 часа од почетокот на болеста, има некакви предности: околу 1 ден помалку дијареја, поретки релапси и субјективно оздравување почесто отколку при плацебо. За проблемите на краткиот третман, види погоре во делот за третман без специфична дијагноза.

ЕНТЕРОХЕМОРАГИЧНА ESCHERICHIA COLI (EHEC)

- Хемолитично-уремичниот синдром (ХУС) предизвикан од ЕНЕС може да е фатален.
- Бактеријата ЕНЕС може да се детектира во столиците на говедата, а бактеријата може да се изолира и од говедското месо.
- Нема потреба од антибиотски третман (ннд-**D**).
- Случаите со ЕНЕС подлежат на задолжително пријавување.

SALMONЕЛОЗИ

- Салмонелозата подразбира која било друга Салмонела, освен *Salmonella typhi*. Во моментот на дијагнозата секој умерено болен пациент со салмонелоза (*Salmonella alia*) или оние кои екскретираат *Salmonella alia* еден месец или подолго, може да се лекуваат со ciprofloxacin, 750 mg 2x на ден, или norfloxacin, 400 mg 2x на ден во текот на 15 дена. Лекувањето на бацилоносителството треба да се лекува според резултатот од осетливоста од антибиограмот. Аномалиите на жолчното кесе или шистозомијазата се можни објаснувања за пролонгираната екскреција.

SALMONELLA TYPHI

- Тифоидната треска треба да се лекува болнички врз основа на оправдано сомнение, откако ќе се земе крв за хемокултура. Лекувањето се состои од ciprofloxacin, 750 mg 2x дневно, norfloxacin, 400 mg x 2, chloramphenicol, 500 mg 3–4 пати на ден, или trimethoprim-sulpha, 160/800 mg 2 пати на ден во текот на 10–15 дена.
- Релапси (рецидиви) се јавуваат кај околу 5% од пациентите. Продолжувањето на третманот со chloramphenicol или trimethoprim-sulpha нема да го намали бројот на релапсите. Кинолоните доведуваат до побрзо надминување на симптомите, отколку традиционалните антибиотици.

SHIGELLA

- Сите shigella инфекции треба да се третираат со антибиотик В. Norfloxacin 400 mg 2x на ден или ciprofloxacin 500 mg 2x на ден во текот на 5–10 дена се поефикасни од традиционалните ампицилин или trimethoprim-sulpha во текот на 7 дена, а често антибиограмот е најосетлив на кинолоните. Дури и единечната доза од norfloxacin (800 mg) е подеднакво ефикасна како лекувањето со trimethoprim-sulpha 160/800 mg 2x на ден во текот на 5 дена. Асимтоматските пациенти, исто така, треба да се лекуваат. Pivmesillinam може да се користи кај децата.

CAMPYLOBACTER

- Campylobacter ентеритис, вообичаено, е селф-лимитинг и пациентот оздравува без интервенција. Пациентите се чувствуваат многу поболни отколку болните со патничка дијареја, предизвикана од ентеротоксигената *Escherichia coli*.
- Campylobacter може да се шири од едно лице на друго.
- Пациентот кој пројавува симптоми во моментот на дијагностицирање треба да прими 5-дневна антибиотска кура. Прв избор е erythromycin 150 mg × 2 × 10, но и други макролиди се ефикасни. Антибиотик од втор ред е doxycycline, а за децата clindamycin. Флуорокинолоните не се често користени заради појавата на многу резистентни соеви од Campylobacter.
- Трудниците треба да се лекуваат со макролиди.
- Во случаите со пролонгирана покачена температура, појава на компликации или имunosупресија, траењето на антибиотскиот третман се удвојува.
- Campylobacter ентеритис е втората по ред најчеста инфекција, по респираторните инфекции, која и претходи на појавата на Guillain-Barré синдромот, по неколку дена или дури по неколку недели.

YERSINIA ENTEROCOLITICA

- И симптоматските и асимптоматските пациенти треба да се лекуваат со флуорокинолони во текот на 7–10 дена. Тетрациклините во доза 500 mg 3x на ден, 10 дена се друг избор. Лекувањето не ја превенира појавата на реактивниот артритис. Децата треба да се лекуваат со trimethoprim-sulpha. За адултите дозата е 160/800 mg 2x на ден во текот на 10 дена.

CLOSTRIDIUM DIFFICILE

- Clostridium difficile може да предизвика псеудомембранозен ентероколитис или пролонгирана дијареја при антибиотско лекување (посебно со орален cefuroxim ахетил, други цефалоспорини, clindamycin и други антибиотици со широк спектар).
- Не е необично антибиотскиот третман на болнички лекуваните пациенти да предизвика пролонгирана дијареја по нивното отпуштање дома.
- Типичната слика на ректоскопија е појавата на кремasto препокриени полиња и водест фецес.
- Кај пациентите со умерени симптоми вреди да се обиде со обична терапија со ОРР, пред можната специфична антибиотска терапија за Clostridium difficile.
- Умерените случаи со пролонгирана, но без трески, Clostridium difficile дијареја може да се лекуваат дома со metronidazole 400 mg 3x на ден во текот на 2 недели, но случаите со покачена температура и тешките болни треба да се упатат во болница за да се лекуваат со metronidazole како е наведено погоре или со vancomycin орално⁵, 125–250 mg 3x на ден во текот на 2 недели (ннд-С). Зголемената употреба на vancomycin-от доведува до појава на епидемии со vancomycin резистентни Enterococci (VRE).

ПРОЛИВ ПРЕДИЗВИКАН ОД ВИРУСИ

- Дијарејата предизвикана од вируси какви што се: норовирусот (calicivirus), ротавирусот или аденовирусот се третираат симптоматски со ОРТ, бидејќи не постои специфичен третман.
- Норвалк вирусите обично предизвикуваат гастроентеритис со траење од 1-2 дена, а потоа пациентот го екскретира вирусот во фецес 2-8 недели.

GIARDIA LAMBLIA

- Giardia lamblia треба секогаш да се лекува. Најдобар лек е tinidazole (единечна доза 2000 mg), но исто така метронидазолот е погоден во единечна доза од 2400 mg, или 250–400 mg 3x на ден во текот на 7 дена (ннд- А). Потребна е претпазливост заради возможен антабус ефект. Можни се рецидиви.

ENTAMOEBA HISTOLYTICA

- Амебијазата е предизвикана од Entamoeba histolytica која е протозоа и припаѓа на Amoebae специесот. Тесно е поврзана со Entamoeba dispar која не предизвикува заболување.
- Доколку фекалната Entamoeba histolytica не е типизирана за патогеност, потребна е терапија и кај симптоматските и кај асимптоматските пациенти со metronidazole, 400 mg 2–3 пати на ден во текот на 10 дена. Рецидивите на амeбни апсцеси во црниот дроб или други апсцеси, бараат пролонгиран третман .

CRYPTOSPORIDIUM

- Ефикасен и специфичен третман не е познат. Пробано е со макролиди. Консултирајте специјалист за инфективни болести.

CANDIDA ALBICANS ИЛИ SPP. И ДРУГИ ФУНГАЛНИ ИНФЕКЦИИ

- Кандидијазата може ретко да се појави во цревата на здрави лица. Лекувањето е со единечна доза fluconazol (150 mg) или 50 mg еднаш дневно во текот на 7–14 дена. И дозата и времетраењето на терапијата треба да се удвојат кај имunosупримираните пациенти.
- Претходно здравите пациенти треба да се прашаат дали неодамна примале антибиотици од широк спектар. Појавата на кандидијаза во устата и во хранопроводот наведува на помислата за правење тест за ХИВ тест или правење размаска за диференцирање на леукоцитите за исклучување на можноста за појава на леукемии.
- Pneumocystis carinii може да предизвика дијареја, иако, обично, симптомите се во белите дробови. Pneumocystis carinii е придружник при имunosупресија и СИДА.

ПОВРЗАНИ ИЗВОРИ

- Cochrane- ови прегледи
- Литература

Тимот за ажурирање на МЗД упатства

Претходни автори:

Tapio Pitkänen

Article ID: ebm00175 (008.041)

© 2012 Duodecim Medical Publications Ltd

КЛИНИЧКА СЛИКА И ЛЕКУВАЊЕ НА ДИЈАРЕЈАТА КАЈ ВОЗРАСНИ ВО ЗАВИСНОСТ ОД ЕТИОЛОГИЈАТА- ПОВРЗАНИ ИЗВОРИ

Поврзани извори

23.9.2009

- Cochrane- ови прегледи
- Литература

COCHRANE- ОВИ ПРЕГЛЕДИ

- Кај луѓето со колера, ОРР со редуцирана осмоларност може да се доведе во врска со појавата на хипонатремија, во споредба со стандардниот ОРР, но обезбедува подобрувања во однос на другите исходи (ннд-С).
- Азитромицинот може да е супериорен наспроти флуорокинолоните и цефтриаксоне во третманот на некомплицирани пациенти со тифоидната и паратифоидна треска во земјите со низок и среден буџет. Треба да се води сметка за превенирање на создавање на резистентни соеви на азитромицин (ннд- С).
- Флуорокинолоните, изгледа, имаат слични ефекти во однос на клиничкиот и на микробиолошкиот неуспех како другите антибиотици во третманот на тифоидната и на паратифоидна треска. Студиите кај деца се неколку (ннд- В).

ЛИТЕРАТУРА

Клинички практични прегледи

- Pennington H. Escherichia coli O157. Lancet 2010 Oct 23;376(9750):1428-35. [PubMed](#)
- DuPont HL. Clinical practice. Bacterial diarrhea. N Engl J Med 2009 Oct 15;361(16):1560-9. [PubMed](#)
- Grimwood K, Buttery JP. Clinical update: rotavirus gastroenteritis and its prevention. Lancet 2007 Jul 28;370(9584):302-4. [PubMed](#)

Автори:

Тимот за ажурирање на МЗД упатствата

Article ID: rel00515 (008.041)

© 2012 Duodecim Medical Publications Ltd

- 1. EBM Guidelines, 29.11.2010, www.ebm-guidelines.**
- 2. Упатството треба да се ажурира еднаш на 4 години.**
- 3. Предвидено е следно ажурирање до декември 2014 година.**