

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 ЦАРДИЈАЗА

Член 1

Со ова упатство се пропишува медицинско згрижување на цардијазата преку практикување на медицина заснована на докази.

Член 2

Начинот на дијагностицирање и третман на цардијазата е даден во прилог, кој е составен дел на ова упатство.

Член 3

Здравствените работници и здравствените соработници ја вршат здравствената дејност на медицинско згрижување на цардијазата 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 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. 07-8903/2

30 ноември 2013 година

Скопје

МИНИСТЕР

Никола Тодоров

GIARDIASIS

МБД Упатство
26.5.2010

- Инфективен агенс
- Епидемиологија
- Трансмисија
- Симптоми
- Дијагноза
- Диференцијална дијагноза
- Третман и прогноза
- Поврзани извори

ИНФЕКТИВЕН АГЕНС

- *Giardia lamblia* (*G.intestinalis*, *G.duodenalis*) е протозоа - флагелат кој живее прицврстен за дуоденалната и јејуналната мукоза.

ЕПИДЕМИОЛОГИЈА

- *Giardia* се наоѓа насекаде во светот со варијабилна преваленција од висока (5-50% во земјите во развој) до умерена (0,5-7% во индустријализираните краеве).

ТРАНСМИСИЈА

- Трансмисијата на болеста настанува преку столица на инфицирано лице со ингестија на цисти во храна или вода или со директен контакт преку раце.
 - Додавањето на хлор во водата не го редуцира ризикот за инфекција, но филтрирањето на водата го намалува.
 - Цистите остануваат активни во ладна вода 2-3 месеци.
 - Одредени видови диви животни можат да ја пренесуваат болеста.
 - Висок е ризикот за трансмисија меѓу децата, на пример во центри за дневен престој.

СИМПТОМИ

- Варира од асимптоматски случаи до тежок акутен гастроентеритис и хронична малапсорпција. Абдоминалните грчеви и дијарејата се доминантни знаци.
- Специфичната дијагноза не може да се базира на клиничката слика.
- Симптоми на акутна кардијаза:
 - Симптомите обично започнуваат 1-3 недели по инфекцијата.
 - Епигастични грчеви, наузеја.
 - Столиците може да варираат од водени до оформени, може да бидат профузни, смрдливи, светли.
 - Тенезми се присутни посебно наутро и по оброци.
 - Надуеност, флатуленција, анорекија, губење на тежина.
- Симптоми на хронична форма на кардијаза:
 - Слични на акутната форма, но поблаги.
 - Симптомите флукутираат со симптоматски и асимптоматски периоди.

- Мозни се следниве компликации: секундарна малапсорпција, на пример лактозна интолеранција, дури и субтотална атрофија на цревните ресички, панкреатитис, холангитис, ретко застој во растот кај децата и исто така можен реактивен артритис, уртикарија и увеитис.

ДИЈАГНОЗА

- Базирана на детекција на цисти или трофозоити на протозоата.
- Примерокот од столицата се фиксира со формалин, а потоа се микроскопира во потрага по цистични форми на протозоата. Неколку примероци, во 3 до 4 дневни интервали, се неопходни за точна дијагноза.
- *Giardia*-та може да се дијагностицира со методот на антигенска детекција кој е посензитивен од микроскопскиот преглед, но не може да ги открие другите фекални паразити.
- Трофозоитите може да се бараат во дуоденален мукус или цревна промивка, добиена ендоскопски или со анализа на биоптичен материјал.
- Цардијазата се карактеризира со т.н. предманифестен период, што значи дека протозоата може да се детектира во столицата подоцна по трансмисијата. Инкубациониот период е обично пократок, што води кон лажно негативни примероци од столицата на почетокот од болеста.
- Кај хронична форма протозоите се помалку и детекцијата на цисти или антигени на *Giardia* во столицата е спорадично.

ДИФЕРЕНЦИЈАЛНА ДИЈАГНОЗА

- Други интестинални инфекции - треба да се земат предвид диференциално-дијагностички (откривањето на еден причинител не исклучува друг), како и болести на жолчните патишта, улкус, целијачна болест, други причини за малапсорпција или лактозна интолеранција.

ТРЕТМАН И ПРОГНОЗА

- Целта е да се ерадицираат, како симптомите, така и протозоата. Лицата без симптоми се третираат за:
 - Елиминирање на изворот за трансмисија.
 - Превенција на развој на идни растројства поврзани со цардијаза.
- Најефикасни лекови се tinidazol (ннд А)- единечна доза од 2 gr., или за деца единечна доза од 50 mg/kg ТТ, но вкупната доза не треба да биде поголема од 2 gr. и metronidazol како петдневна терапија (вообичаена доза е 250-750 mg три пати за возрасни и 15mg/kg/24h за деца, поделено во три дози). Овие лекови обезбедуваат излекување кај повеќе од 90% од пациентите. Посебни регулативи важат за препишувањето на tinidazol-от.
- За време на бременост, случај на цардијаза со благи симптоми може времено да остане нетретиран. Кај инфекција со тешки симптоми нересорбтибилен paromomycin p.o. (25-35 mg/kgТТ/ден, поделена во 3 дози) во текот на 7 дена е препорачлива. Како и да е, нема доказ за поврзаност на изложеност на метронидазолот во првиот триместер од бременоста и вродените аномалии кај плодот (ннд С).
- Релапсите се јавуваат во најголемиот број случаи 2 недели по третманот, иако може да бидат видени дури и по 2 месеци.
- Кај релапсите подолг третман со metronidazol и повисоки дози може да бидат ефикасни (до 750 mg x 3, во текот на 3 недели). Сензитивноста на *Giardia*-та на метронидазолот или тинидазолот може да биде намалена. Ако цистите на *Giardia*-та се најдат во фецесот и покрај неколкуте третмани и третманот на блиските контакти од инфектолог, може да биде препорачан третман со или quinacrine (100 mg x 3 во период од 5 дена) или nitazoxanide (500 mg x 2 во период од 3 дена).

- Релапсите, исто така, може да бидат асимптоматски. Контролни примероци може да се земат 1 до 2 месеци по третманот.
- Корисно е да се прегледаат и ако е потребно да се третираат сите членови на семејството кои живеат во исто опкружување, посебно во случај на релапси.
- Прогнозата е добра и по елиминацијата на протозоата ќе бидат излекувани и сите компликации и, можеби, нема само во екстремно ретки случаи реактивниот arthritis.

ПОВРЗАНИ ИЗВОРИ

13.1.2009

- Други Интернет извори
- Литература

Други интернет извори

1. Pennardt A. Giardiasis. eMedicine **1**

Литература

- Petri WA Jr. Therapy of intestinal protozoa. Trends Parasitol 2003 Nov;19(11):523-6. **PubMed**
- Escobedo AA, Cimerman S. Giardiasis: a pharmacotherapy review. Expert Opin Pharmacother 2007 Aug;8(12):1885-902. **PubMed**
- Buret AG. Mechanisms of epithelial dysfunction in giardiasis. Gut 2007 Mar;56(3):316-7. **PubMed**
- Fung HB, Doan TL. Tinidazole: a nitroimidazole antiprotozoal agent. Clin Ther 2005 Dec;27(12):1859-84. **PubMed**

Автори:

Овој извадок е креиран и ажуриран од Издавачкиот тим на ЕБМГ (EBMG Editorial Team), Article ID: rel00016 (001.061).

© 2012 Duodecim Medical Publications Ltd

РЕФЕРЕНЦИ

1. Sakari Jokiranta Article ID: ebm00026 (001.061)© 2012 Duodecim Medical Publications Ltd

1. **EBM Guidelines, 26.5.2010, www.ebm-guidelines.com,**
2. **Упатството треба да се ажурира еднаш на 5 години.**
3. **Предвидено е следно ажурирање во 2015 година.**