

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 и сигмоидоскопија.

Член 2

Начинот на медицинското згрижување при колоноскопија и 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 и 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

КОЛОНОСКОПИЈА И СИГМОИДОСКОПИЈА

МЗД Упатство

8.12.2009 • Последна промена 8.12.2009

Ппка Куппато

- 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 крвање 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 крвање во изметот.
- Сигмоидоскопија е најчесто доволна во испитувањето на крвава дијареја, пролонгирана дијареја или свежа крв од анусот, ако причината за крвање 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 крвање (упатство за испитување на пациент со ректално крвање).
 - 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 крвање 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 Кронава болест) според симптомите на пациентот.

- Ако пациентот има дијареја или крвава дијареја, по третманот со антибиотици, тогаш како иницијално испитување за Clostridium 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 херeditарен 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 цревата 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 ИБД¹, 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 крвање.
- Петехии или контактно крвање 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:

Пikka 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