

До: Министерство за Здравство на Република Македонија

Презентација на нова здравствена метода или постапка, стекната во текот на

Стручното оспособување или усовршување во Истамбул – Турција

Од: Д-р Реџеп Даути, вработен во ЈЗУ “Општа Болница” - Струга

За време на едно месечната обука односно усовршување во Истамбул бев распореден во Кабинетот за Дијагностичка и Интервентна Гастроинтестинална Ендоскопија при Универзитетската Клиника за ГЕХ – Чапа во Истамбул. Во кабинетот се работеше на три Ендоскопски Унити и тоа две за горна и долна гастроинтестинална ендоскопија како и ЕУС додека третиот за ЕРЦП.

При извршување на дијагностички и интервентни процедури односно третмани учествував активно и со голема посветеност како обсервер особено при интервентната ендоскопија во која побројни беа случаите со третманот на езофагеалните варикси и тоа почесто банд лигатури и поретко склеротизација со глубран, потоа следуваат полипектомиите, ЕУС дијагностика со ФНА, ЕРЦП третманот на билијарниот тракт, третман и превенција на гастроинтестиналната хеморагија претежно со адреналин , хемоклипси и поретки случаи со АПК (аргон плазма коагулација), како и со blood stopper amp. Анкаферд (који од дистанца со испрскање се уфрлуваат во самата лезија, потоа трансендоскопска балон дилатација на одредени стеснувања и ахалзија на езофагот и ПЕГ- перкутана гастростомија

Од гореспоменати процедури делумно активно сум учествувал под супервизија на менторот на банд лигација на езофагеалните варикси и полипектомија на полипи од колонот.

Банд лигација на езофагеални варикси

Езофагеалните варикси се зголемени субмукози вени претежно на дисталниот дел на хранопроводот како последица на порталната хипертензија во поголемиот број на пациенти.

Порталната хипертензија е дефиниран како патолошки покачен портален венски притисок, каде ХВПГ (градиентот на хепатален венозен притисок) покачен изнад нормалните вредности (1-5 mmHg).

Вариксите на езофагусот се делаат според : 1/ димензија (испод 2мм - I, мали дијаметар али ендоскопски јасно видливи – II, 3-4мм - III и 5 мм и повеќе - IV), 2/ боја (бела, сива, црвена – red wale mark, cherry red spot, hemocystic spots), 4/ форма ———

(прави, зголемени и искривени, изразено зголемени и спиралиформни и 5/ локација-1/ дистални, 2/ дистални до средната третина на хранопроводот, 3/ дистални, средина на хронопровод и проксимални.

Езофагеална банд лигација е програма на која се внесоа пациентите со ризик на крварење од зголемени дистални езофагеални вени, односно од вториот степен и понатаму.

Процедурата на езофагеалната банд лигација се состои од ставање на еластични прстенови во зголемените варикси после нивно усисавање во празниот пластичен цилиндар кој е инсталиран во дисталниот дел на ендоскопот.

Приборот се викаше Saed Multi Band Ligator.

За време на една процедура се ставале претежно 5-6 еластични прстени.

Контрола се правеше после 3 – 4 недели.

Најчеста компликација беше улерација на местото на лигираните езофагеални варикси.

Полипектомија на полипи од дебело црево

Полипот на дебелото црево е маса од ткиво односно мала група на клетки која се формира на нејзината лигавицата. Поголемиот број не се опасни но со тек на времето можаат да се трансформираат на малигно неоплазма и се фатални ако се откријат во доцните стадиуми на развојот.

Тие се делаат на:

1. Аденоматозни – скоро 2/3 од сите полипи се аденоматозни. Само мал број од нив завршуваат со канцерогена трансформација, меѓутоа скоро сите малигни полипи се аденоматозни.

2. Сerrated односно Назабени (Serrated) – који во зависност од големината и локацијата можаат да бидат канцерогени. Малите полипи локализирани во долниот колон познати како хиперпластични се ретко малигни, додека големите локализирани во горните сегменти на колонот се сесилни и преканцерогени.

3. Инфламаторни – овие полипи се присатни претежно кај ИБД-Улцеративен колит и Кронава Болест. Иако сами од себе не се опасни присатноста на самата болест ја зголемува ризикот за дебелоцревна малигна неоплазма.

Се препорачува да се отстранат сите полипи који се гледаат при колоноскопскиот преглед и да се испитуваат хистопатолошки.

Техниката на полипектомија: да се прилагодува оптимално визивното поле и адекватно да се позиционира колоноскопот, односно базата на полипот да е на позиција во правец на 5

часот. Се работи скоро во сите полипектомии со hot snare(топла или жешка клопка) резекцијона техника за сите видови на полипи,иако може да се практикува и cold snare(студена клопка) односно pure cut polypectomy за полипи до 6-7мм.Сесилни полипи до 10мм се отстрануваат со една резекцијона постапка,додека поголемите полипи со piece meal technique.Во одредени случаи се употребува и внесување на физиолошки раствор во базата на сесилниот полип за негово издигнување од лигавица и посигурна резекција.Во други случаи се употребува и Адреналин особено во педункуларните полипи за да се избегнува постполипектомична хеморагија.

Колоноскопски надзор и скрининг после полипектомија

Се идентификуваат две големи ризични групи засновани на можноста за развивање на напредната неоплазија за време на скринингот, и тоа:

1. Ниско ризични аденоми , дефинирани како 1-2 тубуларни аденоми <10mm
2. Високо ризични аденоми, дефинирани како аденоми со вилозна хистологија, висок степен на дисплазија, >10mm или 3 и повеќе аденоми.

Препоначани временски интервали за надзор и скрининг се следните:

1. Мали хиперпластични полипи <10mm во ректум и сигмоиден колон – 10 години
2. 1 до 2 тубуларни аденоми <10mm – 5 до 10 години
3. 3 до 10 тубуларни аденоми – 3 години
4. Повеќе од 10 аденоми – помалку од 3 години
5. Еден или повеќе тубуларни аденоми $\geq 10\text{mm}$ – 3 години
6. Една или повеќе вилозни аденоми - 3 години
7. Аденоми со висок степен на диспазија – 3 години
8. Назабени(serrated) лези
 - i. Назабени сесилни полипи <10mm, без диспазија – 5 години
 - ii. Назабени сесилни полипи $\geq 10\text{mm}$ – 3 години
 - iii. назабени сесилни полипи со диспазија – 3 години
 - iv. традиционална назабена аденома – 3 години
9. Назабен полопозен синдром – 1 година