

# medicus



ISSN 1857-5994

ИНФОРМАТИВЕН ГЛАСНИК НА ЈАВНОТО ЗДРАВСТВО - ШТИП, Година 6, Број 12, Септември 2011

**ПРИСТИГНА НОВА ОПРЕМА  
ЗА ОЧНОТО ОДДЕЛЕНИЕ**

**ОБЈЕКТОТ ЗА СМЕСТУВАЊЕ НА  
РЕНТГЕН АПАРАТУРАТА ВО ЗАВРШНА ФАЗА**

**ИНТЕРВЈУ СО ПРОФ. Д-Р ВИТОМИР МИЦЕВ**

**СПЕЦИЈАЛЕН ПРИЛОГ:  
МЕНО И АНДРОПАУЗА**

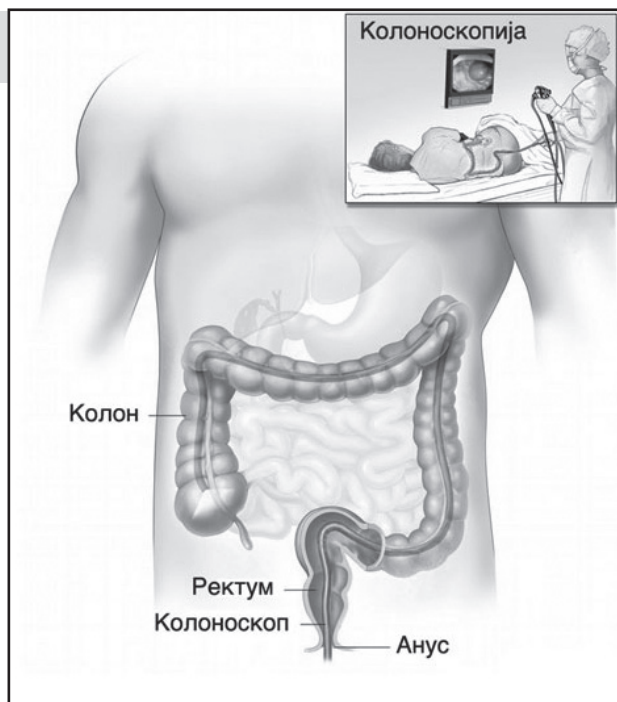
д-р Илија Милев, спец. хирург

## КОЛОРЕКТАЛЕН КАРЦИНОМ, СОВРЕМЕНИ ГЛЕДИШТА И СТАВОВИ (втор дел)

Лекувањето на колоректалниот карцином започнува уште со колоноскопската полипектомија, која е од големо значење ако се земе во предвид теоријата за аденом - карцином секвенцата каде секој колоректален карцином се развива од аденоматозен полип

### Клиничка слика и дијагноза

Колоректалниот карцином клинички најчесто се презентира со постепен развој на хронична симптоматологија, а поретко во форма на нагла појава на дебелоцревна опструкција – околу 15% од случаевите или перфорација на дебелото црево – околу 9% од случаевите. Од хроничните симптоми, најчест е симптомот на крвавење преку столицата, било окултно или манифестно, со 60% застапеност во клиничката слика, понатаму абдоминалната болка со 40% застапеност, промена на навики на дефекација со 30% застапеност, а нешто поретко во клиничката слика може да доминираат симптомите на анемија или необјаснет губиток на телесната тежина. Кога ќе се појават вакви симптоми веќе се работи за напреднат карцином со ограничена можност за излекување, што додатно ја потенцира важноста на скринингот. Во поставувањето на дијагнозата, деталната анамнеза со осврт кон главните симптоми и деталниот физикален преглед со задолжителниот дигиторектален преглед имаат огромно значење. Кога при ова ќе се најде на симптоми знаци за можно постоење на колоректален карцином, треба да се следи комплетен преглед на целото дебело црево, кој треба да го утврди постоењето на малигномот и неговите особини и да исклучи постоење на инфламаторна или истовремено малигна лезија на останатиот дел од колонот. Иако во овој контекст постојат повеќе дијагностички методи,



како ригидната и флексибилната ректосигмоидоскопија, двојно контрастната иригографија или современите КТ колонографија и преглед со микрокапула, сепак колоноскопијата е суверена метода во оваа фаза на прегледот. Во наредната фаза треба да се утврди локалната раширеност на туморот и евентуалното постоење на метастатски промени. Додека за ректалниот карцином, ендоректалниот ехосонографски преглед, КТ прегледот или магнетната резонанца се задолжителни за проценката на локалната раширеност, кај карциномот на колонот доволен е КТ прегледот за евалуација на можни метастатски промени во хепар, хидронефроза, изразена зафатеност на пара-аорталите лимфни јазли или пропратни болести како на пример, холелитијаза. Во овој контекст може да се користи и магнетната резонанца, а некогаш може да биде доволен и само ехо прегледот. За можни метастатски промени на

белите дробови задолжително е рентген иследување, што ако се покаже сомнително треба да води кон КТ иследување на белите дробови.

Во последната фаза се прави предоперативна проценка за способноста на пациентот да го издржи оперативниот зафат, преку комплет лабораториски иследувања и проценка на кардиопулмоналната функција. Во оваа фаза пожелно е да се испитат и тумор-маркерите специфични за дебелото црево (СЕА и СЕА 19-9), чија вредност иако нема некој поголем удел на оперативниот зафат, имаат дијагностичка постоперативна вредност за оценка на успешноста на отстранувањето на целото туморско ткиво и значење во постоперативната евалуација за можна појава на рецидиви.

### Локализација и ширење

Колоректалниот карцином најчесто е локализиран на сигмоидниот колон (40%), на ректум (10-15%), на цекум и асцендентен колон (25-30%), а останатите локализации се со подеднаква застапеност. Се шири со локална инвазија, при што со пробивање на серозата може да ги зафати локалните ткива и органи, понатаму по лимфоген пат во локорегионалните лимфни јазли и хематогено низ порталната циркулација, при што дава метастатски промени на хепар, а на второ место за хематогени метастази се белите дробови. Поретко хематогено се шири во коски, бубрези, мозок и тн. Познат облик на ширење е трансперитонеалното расејување со локална или генерализирана карциноза на перитонеумот. Околу

20% од пациентите поседуваат далечни метастази во моментот на откривањето.

### Лекување и постоперативен третман

Лекувањето на колоректалниот карцином започнува уште со колоноскопската полипектомија, која е од големо значење ако се земе во предвид теоријата за аденом - карцином секвенцата каде секој колоректален карцином се развива од аденоматозен полип. Најголемиот број од полипите на кои се наидува при колоноскопскиот преглед треба да бидат отстранети. Ако потоа патохистолошкиот преглед докаже дека полипектомијата е изведена доволно во здраво и дека не постои инвазивен колоректален карцином, според точно одредени правила, само полипектомијата е доволна за излекување, а во спротивно е потребна онколошка ресекција, која што има посебни карактеристики зависно од локализацијата на малигномот, на колонот и ректумот во кои нема подетално да

навлегуваме.

За помалку напреднати лезии на ректумот во обзир доаѓа и трансаналната ексцизија. По правилно изведената онколошка ресекција, продолжетокот на лекувањето зависи од постоперативниот третман за раширеноста на болеста, каде што најважна улога има TNM - класификацијата иако се употребуваат и класификацијата по Dukes и модифицираната Astler-Coller класификација.

Кај карциномот на колон, неоадјувантната хемотерапија не се применува, а радиотерапијата се применува постоперативно само во одредени случаеви кога лезијата била фиксирана за ретроперитониумот или абдоминалниот и карличниот сид, а и кога не било можно комплетно отстранување на малигномот. Адјувантната хемотерапија е индицирана почнувајќи од третиот стадиум на болеста, како и во одредени случаи на втор стадиум со недоволно патохистолошки обработени лимфни јазли, T4 лезии или лошо диференцирани лезии.

И покрај големиот број студии се уште не постои консензус за предоперативната и постоперативната радио и хемотерапија кај карциномот на ректум. Кај еден од препорачаните протоколи, во првиот стадиум не е потребна никаква адјувантна терапија, а кај вториот и третиот стадиум и лезии на долниот или средниот дел од ректумот, се оди со предоперативна постоперативна хеморадиотерапија по соодветен протокол, а кај лезии во горната третина се оди само со постоперативна хемотерапија. Во четвртиот стадиум се препорачува палијативна ресекција со постоперативна хемотерапија.

### Референци

- [1] P. H. Gordon, S. Nivatvongs: Principles and Practice of Surgery for the Colon, Rectum and Anus. 3rd Edition, Informa Healthcare USA, Inc., 2007.
- [2] M. J. Zinner, S. W. Ashley: Maingot's Abdominal Operations. 11th Edition, McGraw Hill, 2007. и др.

д-р Ирена Алексоска, д-р Наташа Алексоска, Ас. д-р Саша Јовчевски, Ас. д-р. Искра Крстевска

## СЕКСУАЛНО ПРЕНΟΣЛИВИ БОЛЕСТИ (СПБ)

(Chlamydia trachomatis, Neisseria gonorrhoeae, Trichomonas vaginalis, Human papilloma virus, HIV, Herpes simplex virus tip 2, Хепатитис Б, асимптоматски уретрит)

**Сексуално преносливите болести (СПБ) уште познати како сексуално преносливи инфекции (СПИ) или венерични болести, претставуваат болести кои се пренесуваат најчесто преку сексуален контакт вклучувајќи вагинален однос, орален или анален секс. Денес се почесто се употребува терминот СПИ бидејќи лицето може да биде инфицирано и постои можност да зарази други лица, без притоа да покажува одредени симптоми на болест. Покрај сексуалниот контакт некои од овие болести можат да се пренесат и на друг начин и тоа интравенски преку трансфузија на крвни деривати или употреба на заразена игла, преку породување или доење.**

Според Светската здравствена организација (СЗО) повеќе од еден милион лица се заразуваат дневно.

Најчесто се јавуваат кај лица помлади од 25 годишна возраст. Постојат повеќе од 25 типови на инфекции кои се пренесуваат преку сексуален контакт.

Најчести СПБ меѓу сексуално активните женски лица, со или без симптоми на низок генитален тракт се Chlamydia trachomatis, Neisseria gonorrhoeae, Trichomonas vaginalis, Human papilloma virus, HIV, Herpes simplex virus tip 2, Hepatitis B и бактериска вагиноза. Кај машките лица најчесто се работи за појава на асимптоматски уретрит предизвикан од Chlamydia trachomatis, Neisseria gonorrhoeae.

Некои од овие СПБ доколку не се третираат, можат да доведат до појава на сериозни последици, посебно кај женските лица. Заради тоа од огромна важност е редовно тестирање, земање на микробиолошки брисеви и серолошко испитување за нивно навре-

мено откривање. Доколку не се откријат во време и истите не се третираат, можат да предизвикаат воспаление на карличното дно, кое може да доведе до појава на атхезии и понатаму може да предизвика појава на инфертилитет, а некои од нив можат да бидат дури и фатални. Заради тоа треба посебен акцент да се стави на превенцијата и спроведувањето на посебни програми за сексуално однесување и употреба на одредени контрацептивни методи кои превенираат трансмисија на овие заболувања.

**Хуман папилома вирус (ХПВ)** е папилома вирус, кој го зафаќа а стратифицираниот епител на кожата или мукозната мембрана. Најчесто се пренесува по сексуален пат, но може да се пренесе и по директен контакт со заразена кожа и слuzница. До денес се познати околу 130 типови ХПВ вируси, од