

УПАТСТВО

ЗА ПРАКТИКУВАЊЕ НА МЕДИЦИНАТА ЗАСНОВАНА НА ДОКАЗИ ПРИ ИКТЕРИЧЕН ПАЦИЕНТ

Член 1

Со ова упатство се пропишува медицинско згрижување преку практикување на медицината заснована на докази кај иктеричен пациент.

Член 2

Начинот на третман на иктеричен пациент 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 иктеричен пациент 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 медицинското згрижување, при што истото од страна на докторот 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. 07-6462/1

13 август 2012 година

Скопје

МИНИСТЕР

Никола Тодоров

ИКТЕРИЧЕН ПАЦИЕНТ

МЗД упатство

15.11.2010

- Основни правила
- Дефиниција
- Патофизиолошка класификација на иктеричниот синдром
- Историја на пациентот
- Наоди
- Горноабдоминална сонографија на абдомен
- Лабораториски испитувања
- Други испитувања
- Поврзани извори

ОСНОВНИ ПРАВИЛА

- Треба промптно да се идентифицираат пациенти со опструктивен иктерус кои може да се лекуваат хируршки или ендоскопски. Кај пациенти со акутен иктерус потребно е да се направи горноабдоминална ултрасонографија, пожелно во првите 24 часа од појавата.
- Испитувањата се прават за да се открие дали пожелтувањето се должи на хепатоцелуларна оштета од акутна или хронична црнодробна болест.
- Да се дијагностицира хемолиза (в. хемолитична анемија)
- Вистинскиот иктерус треба да се диференцира од Gilbert-ов синдром и од хиперкаротинемија што се наоѓа кај пациенти што јадат многу моркови.

ДЕФИНИЦИЈА

- Жолтицата се детектира на склерите или кожата, или ако серумскиот билирубин е >40

ПАТОФИЗИЛОШКА КЛАСИФИКАЦИЈА НА ИКТЕРИЧНИОТ СИНДРОМ

Хемолиза или Gilbert-ов синдром

- Билирубинот е **неконјугиран** (вкупен билирубин наголемен, конјугираниот е нормален). Концентрацијата на аминотрансферазите е нормална.

Паренхиматозен иктерус

- Покачен конјугиран билирубин
- Акутна жолтица
 - Акутен вирусен хепатитис
 - Медикаментозен хепатитис или хепатитис од хербални продукти
 - Десна срцева слабост
 - Постоперативно жолтило
 - Сепса

- Интравенска исхрана
- Хронична жолтица
 - Алкохолен хепатитис
 - Црнодробна цироза
 - Автоимун хепатитис
 - Хроничен вирусен хепатитис (ХБВ,ХЦВ)
 - ХЦЦ - хепатоцелуларен карцином
 - Интрахепатичен холангиокарцином
 - Метастатски депозит во црниот дроб

Опструктивен иктерус

- Холедохолитијаза
- Холециститис
- Карцином на панкреас
- Холангиокарцином на екстрахепатични жолчни патишта
- Акутен или хроничен панкреатитис
- Спазам на Одиев сфинктер
- Постоперативна стриктура на билијарното стебло

Иктерус од хиперкаротинемија

- Нема жолтило на склерите
- Црнодробните функционални тестови се нормални; обично анамнезата и физикалниот наод се доволни за да се постави дијагноза.

ИСТОРИЈА НА ПАЦИЕНТОТ

- Времетраење на жолтицата
- Јадеж (знак за опструктивен иктерус или интрахепатична холестаза)
- Болка во stomachот (честа при опструкција, но може да се јави и кај алкохолниот хепатитис)
- Холецистектомија
- Намален апетит (вирусен хепатит)
- Слабење (малигнитет)
- Патување во странство, контакт со иктеричен пациент, трансфузија
- Лекови
- Консумирање на алкохол; прашајте пријатели или фамилија)

Наоди

- Осетливост (холециститис)
- Наголемен црн дроб (алкохолна стеатоза, хепатитис, тумор)
- Конзистенција на црниот дроб
- Знаци за портална хипертензија: спајдер невуси, палмарен еритем, гинекомастија, спленомегалија, асцитес
- Палпабилно безболно жолчно кесе (карцином на панкреас).
- Лузни од инјекции

УЛТРАЗВУК НА АБДОМЕН

- Пациент со акутен иктеричен синдром треба да се упати во болница до следниот ден. Ако опструктивниот иктерус трае повеќе од три недели може да настане трајна оштета на црниот дроб. Опструкцијата треба да се отстрани пред тоа.
- Ултразвучниот преглед може да диференцира опструктивен од паренхиматозен иктерус: кај опструктивниот иктерус интрахепатичните жолчни канали обично се дилатирани (може да бидат нормални во првите неколку дена). Може да се визуализираат жолчни камчиња, холециститис и црнодробни метастази .

ЛАБОРАТОРИСКИ ИСПИТУВАЊА

- Крвна слика, CRP¹, билирубин вкупен, конјугиран билирубин², ALT, AST, алкална фосфатаза³, GGT, амилази во серум и урина, албумини⁴, протромбинско време или ИНР⁵, HAV (хепатитис А вирус) IgM антитела, HBsAg , анти HCV антитела(хепатитис Ц вирус).
- За да се утврди хемолиза во серумот се одредуваат број на ретикулоцити⁶, лактат дехидрогеназа (ЛДХ)⁷ и концентрација на хаптоглобин⁸.
- Интерпретација
 - Покачена AP>150 U/L е наод сугестибилен за опструктивен иктерус
 - Покачен MCV⁹, зголемен GGT/AP однос, покачен AST/ALT сооднос сугерира алкохолна црнодробна болест
 - Намален серумски албумин со продолжено протромбинско време сугерира паренхиматозна болест.
- Ако интрахепатичните билијарни канали не се дилатирани и не е јасна причината за жолтицата, по направените испитувања набројани погоре, одреди го серумскиот ИгГ, ИгА и ИгМ¹⁰, антинуклеарни антитела, анти-глаткомускулни антитела, антимиохондријални антитела¹¹, можно и други тестови што се однесуваат на вирусни хепатитиси (ЦМВ и ЕБВ антитела)¹².

Други испитувања

- МРИ¹³ холангиографија е метода за скрининг на причината за опструкција пред ЕРЦП ако е веројатноста за холелитијаза мала или умерена.
- Ендоскопска ретроградна холангиографија ЕРЦП¹⁴ е најдоброто испитување ј во евалуација на локацијата и типот на опструкција на билијарното стебло. Ако е потребно,

¹ Недостапно на ниво на ПЗЗ

² Недостапно на ниво на ПЗЗ

³ Недостапно на ниво на ПЗЗ

⁴ Недостапно на ниво на ПЗЗ

⁵ Недостапно на ниво на ПЗЗ

⁶ Недостапно на ниво на ПЗЗ

⁷ Недостапно на ниво на ПЗЗ

⁸ Недостапно на ниво на ПЗЗ

⁹ MCV- среден корпускуларен волумен на еритроцити

¹⁰ Недостапно на ниво на ПЗЗ

¹¹ Недостапно на ниво на ПЗЗ

¹² Недостапно на ниво на ПЗЗ

¹³ МРИ-магнетна резонанца; Недостапно на ниво на ПЗЗ

опструкцијата може да се реши со екстракција на калкулоза или стентирање на малигна стриктура.

- Доплер ултразвук¹⁵ (промени или опструкција на протокот во портната вена и хепатичните вени), КТ или МРИ се прават во специјални случаи (хемокроматоza, тумори)
- Биопсија на црн дроб¹⁶ е најдобар начин за евалуација на етиологијата, тежината и прогнозата на хронична црnodробна болест (зголемена концентрација на црnodробните ензими >6 месеци).

ПОВРЗАНИ ДОКАЗИ

- Пациенти кај кои се изведува ендоскопска ретроградна холангиографија (ЕРЦП) под седација со пропофол се седираат побрзо, подобро ја толерираат процедурата и побрзо се опоравуваат во споредба со оние пациенти што примаат седација со мидазолам и меперидин. Изгледа дека нема разлика меѓу групите во однос на морталитетот, хипоксемијата, хипотензијата или стапката на завршување на процедурата (ннд-С).
- Тамохифен нема ефект на преживувањето кај пациенти со хепатоцелуларен карцином(ннд-А):
- Сфинктеротомијата може да е од корист кај пациент со дисфункција на Одиев-иот сфинктер кај кои е наголемен притисокот на сфинктерот (>40mmHg), но не кај пациенти со нормален базален притисок (ннд-В).
- Предоперативна билијарна дренажа нема поволен ефект врз морталитетот и компликациите кај пациенти со опструктивна жолтица кај кои е потребна хирургија. Во некои специфични места на лезијата таа може да предизвика повеќе компликации (ннд-С).

ДРУГИ РЕЗИМЕА НА ДОКАЗИ

- Нема третмани што изгледа дека се ефективни за хепатоцелуларниот карцином. Тамоксифен, имунотерапија со интерферон и емболизација бараат понатамошни испитувања (ннд-Д).
- ЕРЦП е еднакво важен во дијагноза на холедохолитијаза или во малигни панкреатобилиарни опструкции како и МРЦП (магнетнорезонантна холангиопанкреатографија) и ЕУС (ендоскопски ултразвук) (ннд-С).

ИЗВОРИ ОД ИНТЕРНЕТ

- Cholangiocarcinoma. Orphanet ORPHA70567 1

Автори: Pekka Pikkarainen and Ritva Koskela-Rautio
Article ID: ebm00212 (009.010)

© 2012 Duodecim Medical Publications Ltd

This article is created and updated by the EBMG Editorial Team
Article ID: rel00384 (009.010)

© 2012 Duodecim Medical Publications Ltd

¹⁴ Се изведува само во специјализирани болнички установи

¹⁵ Се изведува само од обучени ехографисти во специјализирани центри

¹⁶ Се изведува само во специјализирани болнички установи

РЕФЕРЕНЦИ

1. Simonetti RG, Liberati A, Angiolini C, Pagliaro L. Treatment of hepatocellular carcinoma. *Ann Oncol* 1997;8:117-136
2. The Database of Abstracts of Reviews of Effectiveness (University of York), Database no.: DARE-970453. In: *The Cochrane Library*, Issue 4, 1999. Oxford: Update Software
3. Craig AG, Toouli J. Sphincterectomy for biliary sphincter of Oddi dysfunction. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, Cochrane Library number: CD001509. In: *The Cochrane Library*, Issue 2, 2002. Oxford: Update Software. Updated frequently
4. Pekka Pikkarainen Article ID: ebm00212 (009.010) © 2005 Duodecim Medical Publications Ltd

1. **EBM Guidelines, 15.11.2010, www.ebm-guidelines.com**
2. **Упатството треба да се ажурира еднаш на 4 години**
3. **Предвидено следно ажурирање до ноември 2014 год.**