

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 ХОЛЕЛИТИЈАЗА

Член 1

Со ова упатство се утврдува медицинското згрижување при холелитијаза.

Член 2

Начинот на медицинското згрижување при холелитијаза 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 холелитијаза 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 холелитијаза („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. 17-2432/1
27 февруари 2015 година
Скопје

МИНИСТЕР
Никола Тодоров

ХОЛЕЛИТИЈАЗА

МЗД Упатство

2.01.2014 • Последна промена 2.01.2014

По мо Kellokumpu

- Основни правила
- Фактори на ризик
- Клиничка слика
- Дијагноза
- Компликации
- Индикации и итност на третманот
- Постоечки третман и терапевтски методи на избор
- Абдоминална болка по холецистектомија
- Поврзани извори
- Референци

ОСНОВНИ ПРАВИЛА

- Идентификувај го пациентот со болка предизвикана од калкулоза во жолчно кесе за што е потребна хируршка интервенција.
- Компликациите се ретки при асимптоматско калкулозно жолчно кесе и хируршка интервенција најчесто не е индицирана.
- Акутниот холециститис и другите компликации на холелитијазата (опструктивен иктерус, суперативен холангитис, емпием или, гангрена на жолчното кесе, ентеробилијарна фистула, илеус од калкулоза) треба да се лекуваат што е можно побргу по појавата на симптомите (ннд-А).
- Пациентите со холелитијаза често имаат други болести (како пептичен улкус, ГЕРБ¹, лактозна интолеранција, целијакија, функционална диспепсија, синдром на иритабилно црево, панкреатитис или канцер). Кој било симптом што сугерира некоја од овие болести, пред хируршката интервенција обично бара ендоскопски, лабораториски или imaging испитувања.

РИЗИК ФАКТОРИ

- Возраст.
- Женски пол.
- Наследност.
- Обезитас.
- Претходни гравидитети.
- Дијабетес мелитус.
- Хипотироидизам (особено холедохолитијаза).
- Болести на илеум.
- Тотална парентерална исхрана.

¹ Гастроезофагеална рефлуксна болест.

КЛИНИЧКА СЛИКА

- Две третини од пациентите со холелитијаза се асимптоматски.
 - Болката често се шири кон грбот и кон рамото. Нападот е често придружен со гадење и со повраќање.
 - Билијарната болка која трае повеќе од 12 часа, проследена со покачена температура или пожелтување, е сомнителна за холециститис или холангитис.

ДИЈАГНОЗА

- Метода на избор за дијагноза на некомплицирани и комплицирани случаи е ултразвучен преглед на стомакот. Се детектира холелитијаза со сензитивност од 90%, но сензитивноста во откривањето на холедохолитијазата е само 25%.
- Специјални испитувања
 - ERCP (ендоскопска ретроградна холангиопанкреатографија) може да се користи и за дијагноза и за екстракција на калкули од холедохот.
 - Покачени вредности на АЛТ (аланин-аминотрансфераза), АФ(алкална фосфатаза) и билирубин, придружени со болки, се индикативни за холедохолитијаза. Меѓутоа, околу 40-60% од ЕРЦП испитувања, направени само поради покачени црнодробни тестови, имаат нормален наод.
 - За дијагноза на холециститис и за проценка на неговата тежина, заедно со клиничкиот преглед, треба да се одредат ЦРП (Ц-реактивен протеин) во серумот и црнодробни тестови (АЛТ, алкална фосфатаза, билирубин). Концентрацијата на серумската амилаза и ултразвучен преглед на абдоменот се користат за исклучување на панкреатитис.

КОМПЛИКАЦИИ

- Акутен холециститис: билијарна болка подолго од 12 часа, температура и покачен ЦРП.
- Акутен холангитис: покачена температура, треска, болка, пожелтување.
- Акутен панкреатитис: силна болка, зголемена амилаза во крвта и урината (или трипсиноген-2 во урината), нарушени црнодробни тестови, анамнеза.
- Пожелтување.
- Карцином на жолчно кесе.
- Илеус од жолчна калкулоза (големи калкули минуваат во дуоденум преку холецисто-дуоденална фистула и го оклудираат цревата). Клиничката слика е типична за интестинална опструкција. Нативна рендгенграфија на абдоменот може да покаже воздух во жолчните канали.

ИНДИКАЦИИ И ИТНОСТ НА ТРЕТМАНОТ

- **Асимптоматска калкулоза** во жолчното кесе не е потребно да се лекува (со исклучок на целосно калцифицирано “порцеланско” жолчно кесе кое е ризик фактор за калкулоканцер, имуносупресивни лекови).
- Пациенти со повторувачки епизоди на **билијарна колика** треба да се оперираат во рамките на неколку месеци, а оние со тешки симптоми, поитно. Да избегнуваат храна која ја провоцира болката додека ја чекаат операцијата. За ублажување на болките се даваат НСАИЛ² или спазмолитици.
- **Акутен холециститис** се лекува хируршки во рамките на 2-7 дена од почетокот на симптомите (**инд-А**). Старите пациенти и оние со лоша општа здравствена состојба треба, исто така, да се упатат за хируршка евалуација. Како иницијална терапија се користат

² Нестероидни антиинфламаторни лекови.

инфузии и аналгетици. Треба да се аплицира антибиотик како што е цефуроксим 1.5 гр три пати на ден (причинител е обично E. coli).

- Пациенти со **акутен билијарен панкреатит** треба веднаш да се упатат во болница. Како почетна терапија им се даваат инфузии и аналгетици. За проверка на присуството на холедохолитијаза се прави МРЦП (магнетна резонансна холангио-панкреатографија) или ЕРЦП. Доколку се открие заглавен калкул или холангитис во текот на ургентен ЕРЦП (во првите 48 часа), се изведува сфинктеротомија и отстранување на калкулозата. Холецистектомија се врши во текот на еден месец за да се превенира повторен панкреатитис.
- Иктеричен пациент треба да се упати во болница за испитувања и третман во текот на следните 24 часа.
- Калкулоканцер често е случаен наод при холецистектомија. Тој може случајно да се дијагностицира кај пациенти со иктер или со други тешки билијарни симптоми. Во однос на понатамошните испитувања и хируршки третман, треба да се носат индивидуални одлуки.

ПОСТОЕЧКИ ТРЕТМАН И ТЕРАПЕВТСКИ МЕТОДИ НА ИЗБОР

- Компликациите од холелитијазата треба да се лекуваат хируршки во текот на неколку дена од почетокот на симптомите.
- Дури и многу стари пациенти и пациенти со лоша општа здравствена состојба може да се лекуваат со конвенционални оперативни мерки или со помалку инвазивни понови методи (радиолошки и ендоскопски методи).
- Лапароскопската холецистектомија сè повеќе се користи за холецистектомија и отстранување на калкули од холедохот (ннд-С). Предноста на овој пристап се состои во пократката должина на хоспитализација и боледување. Лапароскопска холецистектомија мора понекогаш да биде конвертирана во отворена хирургија во текот на самата процедура (ннд-С).
- Холедохолитијаза се отстранува со ЕРЦП. Во некои случаи можно е жолчното кесе да се остави *in situ* - кај стари лица и пациенти со лошо општо здравје. Меѓутоа, половина од пациентите ќе продолжат да добиваат болни атаки, што ќе доведе евентуално до холецистектомија кај околу една третина од пациентите.
- Резидуална или рецидивантна калкулоза по холецистектомија може да се отстрани со ЕРЦП.
- Асимптоматската калкулоза не се лекува хируршки, со оглед на тоа дека оперативниот ризик (иако минимален) го надминува очекуваниот бенефит.
- Медикаментозната дисолуциона терапија и другите експериментални методи сè уште не станаа рутинска практика. (ннд-А)

АБДОМИНАЛНА БОЛКА ПО ХОЛЕЦИСТЕКТОМИЈА

- Абдоминалната болка по холецистектомија може да биде причинета од резидуална или од рекурентна калкулоза во билијарниот тракт, билијарна стриктура или спазми. Покачени концентрации на АЛТ во плазмата или алкалната фосфатаза може да сугерираат ваква состојба.
- Симптомите може да не се од билијарно потекло, како на пр. болести на желудникот или дебелото црево. Доколу е потребно, треба да се вршат специјалистички испитувања (ендоскопски, имицинг методи и лабораториски испитувања) или на пациентот може да му е потребна специјалистичка консултација (секогаш кога лабораториските тестови се абнормални).

ПОВРЗАНИ ИЗВОРИ

МЗД Упатства
30.09.2010

КОХРАНОВИ ПРЕГЛЕДИ

- Отворена хирургија на жолчниот канал е супериорна во однос на ЕРЦП, и лапароскопската интервенција е подеднакво ефективна како ЕРЦП во третирање на холедохолитијаза. ЕРЦП резултира со зголемен број на тотални процедури (ннд – **A**).
- Смртноста при лапароскопска холецистектомија е во опсег 9-16 на 10 000, повреди на холедокус 35-45 на 10 000, и честота на конверзија во отворена холецистектомија околу 5% (ннд – **C**).
- Дреновите ја зголемуваат штетата за пациентот, без да им пружат каква било дополнителна корист на пациентите подложени на отворена или на лапароскопска холецистектомија и треба да се избегнуваат (ннд-**A**).
- Профилактичката холецистектомија го намалува ризикот од смрт или од компликации од калкулите кај пациенти чија холедохолитијаза била исчистена со ендоскопска ретроградна холангиопанкреатографија (ЕРЦП) и ендоскопска сфинктеротомија (ннд-**A**).
- Подигањето на stomачниот ѕид нема јасна предност над пнеумоперитонеумот кај пациенти со блага или без системска болест што се подложуваат на лапароскопска холецистектомија. Тоа може да ги намали кардиопулмоналните промени, но нема влијание на морбидитетот и го продолжува оперативното време (ннд-**C**).
- Раната лапароскопска холецистектомија (<24 часа од дијагнозата на билијарна колика) изгледа дека го намалува морбидитетот за време на период на чекање за елективна лапароскопска холецистектомија, стапката на конверзија во отворена холецистектомија, оперативното време и болничкиот престој, но доказите се недоволни (ннд-**D**).
- Холецистектомија при дискинезија на жолчното кесе веројатно ги подобрува симптомите на болка, но, недостасуваат докази од соодветно дизајнирани студии (ннд – **D**).
- Лапароскопска холецистектомија асистирана од робот изгледа дека е безбедна, но не нуди никаква предност пред човечка асистенција при лапароскопска холецистектомија, иако доказите се недоволни (ннд-**D**).

ДРУГИ ИЗВОРИ НА ИНТЕРНЕТ

- Carcinoma of the gallbladder. Orphanet ORPHA56044

ЛИТЕРАТУРА

- Martin DJ, Vernon DR, Toouli J. Surgical versus endoscopic treatment of bile duct stones. Cochrane Database Syst Rev 2006 Apr 19;(2):CD003327. «PMID: 16625577»PubMed
- Williams EJ, Green J, Beckingham I, Parks R, Martin D, Lombard M, British Society of Gastroenterology. Guidelines on the management of common bile duct stones (CBDS). Gut 2008 Jul;57(7):1004-21. «PMID: 18321943»PubMed
- Strasberg SM. Clinical practice. Acute calculous cholecystitis. N Engl J Med 2008 Jun 26;358(26):2804-11. «PMID: 18579815»PubMed
- Neoptolemos JP, Carr-Locke DL, London NJ, Bailey IA, James D, Fossard DP. Controlled trial of urgent endoscopic retrograde cholangiopancreatography and endoscopic sphincterotomy versus conservative treatment for acute pancreatitis due to gallstones. Lancet 1988 Oct 29;2(8618):979-83. «PMID: 2902491»PubMed
- Fan ST, Lai EC, Mok FP, Lo CM, Zheng SS, Wong J. Early treatment of acute biliary pancreatitis by endoscopic papillotomy. N Engl J Med 1993 Jan 28;328(4):228-32. «PMID: 8418402»PubMed

- Fölsch UR, Nitsche R, Lüdtkе R, Hilgers RA, Creutzfeldt W. Early ERCP and papillotomy compared with conservative treatment for acute biliary pancreatitis. The German Study Group on Acute Biliary Pancreatitis. N Engl J Med 1997 Jan 23;336(4):237-42. «PMID: 8995085»PubMed
- Karjalainen J, Airo I, Nordback I. Routine early endoscopic cholangiography, sphincterotomy and removal of common duct stones in acute gallstone pancreatitis. Eur J Surg 1992 Oct;158(10):549-53. «PMID: 1360828»PubMed
- Liu CL, Lo CM, Fan ST. Acute biliary pancreatitis: diagnosis and management. World J Surg 1997 Feb;21(2):149-54. «PMID: 8995070»PubMed

Article ID: rel00479 (009.024)

© 2012 Duodecim Medical Publications Ltd

РЕФЕРЕНЦИ

1. Johnson CD. ABC of the upper gastrointestinal tract. Upper abdominal pain: Gall bladder. BMJ 2001 Nov 17; 323(7322):1170-3. **PubMed**
2. Boerma D, Rauws EA, Keulemans YC, et al. Wait-and-see policy or laparoscopic cholecystectomy after endoscopic sphincterotomy for bile-duct stones: a randomised trial. Lancet 2002 Sep 7; 360(9335):761-5. **PubMed**
3. Gibney EJ. Asymptomatic gallstones. Br J Surg 1990 Apr; 77(4):368-72. **PubMed**
4. Attili AF, De Santis A, Capri R, Repice AM, Maselli S. The natural history of gallstones: the GREPCO experience. The GREPCO Group. Hepatology 1995 Mar; 21(3):655-60. **PubMed**

Последен пат прегледано за ажурирање на 2.01.2014 • Последна промена 2.01.2014

Article ID: ebm00219 (009.024)

© 2014 Duodecim Medical Publications Ltd

1. **EBM Guidelines, 2.01.2014, www.ebm-guidelines.com**
2. **Упатството треба да се ажурира еднаш на 3 години.**
3. **Предвидено е следно ажурирање во 2017 година.**

**Упатството го ажурирала Доц. Д-р. Марија Вавлукис
Координатор: Проф. Д-р. Катица Зафировска**