

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 ИКТЕРИЧЕН ПАЦИЕНТ

Член 1

Со ова упатство се утврдува медицинското згрижување при иктеричен пациент.

Член 2

Начинот на медицинското згрижување при 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 медицинското згрижување при 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 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 иктеричен пациент („Службен весник на Република Македонија“ бр.39/15).

Член 5

Ова упатство влегува во сила наредниот ден од денот на објавувањето во „Службен весник на Република Македонија“.

Бр. 17-5487/1
04 мај 2015 година
Скопје

МИНИСТЕР
Никола Тодоров

ИКТЕРИЧЕН ПАЦИЕНТ

МЗД упатство

17.05.2013 • Последна промена 21.2.2011

Pekka Pikkarainen и Ritva Koskela

- 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 хемолита (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 на кожата или ако серумскиот билирубин е >40 .

ПАТОФИЗИОЛОШКА КЛАСИФИКАЦИЈА НА ИКТЕРИЧНИОТ СИНДРОМ

Хемолита 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 панкреасот.
- Холангиокарцином на екстрахепатичните 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).
- Слабеење (малигнитет).
- Патување во странство, контакт со иктеричен пациент, трансфузија.
- Лекови.
- Консумирање на алкохол; прашајте ги пријателите или фамилијата).

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 трајно оштетување 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, CRP, билирубин вкупен, конјугиран билирубин, ALT, AST, алкална фосфатаза, GGT, амилази во серум и урина, албумини, протромбинско време или ИНР, HAV (хепатитис А вирус), IgM антитела, HBsAg, анти HCV антитела (хепатитис Ц вирус).
- За да се утврди хемолита во серумот се одредуваат бројот на ретикулоцити, лактат дехидрогеназа (ЛДХ) и концентрацијата на хаптоглобин.
- Интерпретација
 - Покачена AP > 150 U/L е наод сугестивен за опструктивен иктерус.
 - Покачен MCV¹, 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, одредете го серумскиот ИгГ, ИгА и ИгМ, антинуклеарни антитела, анти-глаткомускулни антитела, антимиохондријални антитела, можно и други тестови што се однесуваат на вирусни хепатитиси (ЦМВ и ЕБВ антитела).

Други испитувања

- МРИ² холангиографија е метод за скрининг на причината за опструкција пред ЕРЦП ако е веројатноста за холелитијаза мала или умерена.
- Ендоскопска ретроградна холангиографија ЕРЦП е најдоброто испитување во евалуација на локацијата и типот на опструкција на билијарното стебло. Ако е потребно, опструкцијата може да се реши со екстракција на калкулоза или стентирање на малигна стриктура.
- Доплер ултразвук (промени или опструкција на протокот во портната вена и хепатичните вени), КТ или МРИ се прават во специјални случаи (хемокроматоза, тумори).
- Биопсија на црниот дроб е најдобар начин за евалуација на етиологијата, тежината и прогнозата на хронична црнодробна болест (зголемена концентрација на црнодробните ензими > 6 месеци).

ПОВРЗАНИ ДОКАЗИ

- Пациенти кај кои се изведува ендоскопска ретроградна холангиографија (ЕРЦП) под седација со пропофол се седираат побргу, подобро ја толерираат процедурата и побргу заздравуваат 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).
- Тамоxifen 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 кој е наголемен притисокот на сфинктерот (>40mmHg), но не кај пациенти со нормален базален притисок (ннд-В).
- Предоперативната 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).

¹ MCV- среден корпускуларен волумен на еритроцити.

² МРИ-магнетна резонанца.

ДРУГИ РЕЗИМЕА НА ДОКАЗИ

- Нема третмани што изгледа дека се ефективни за хепатоцелуларниот карцином. Тамоксифен, имунотерапија со интерферон и емболизација бараат понатамошни испитувања (ннд-**D**).
- ЕРЦП е еднакво важен во дијагнозата на холедохолитијаза или во малигни панкреатобилијарни опструкции како и МРЦП (магнетнорезонантна холангио-панкреатографија) и ЕУС (ендоскопски ултразвук) (ннд-**C**).

ИЗВОРИ ОД ИНТЕРНЕТ

- Cholangiocarcinoma. Orphanet ORPHA70567 **1**

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

Последен пат прегледано за ажурирање на 17.05.2013 • Последна промена 21.2.2011

Article ID: ebm00996 (020.050)

© 2014 Duodecim Medical Publications Ltd

1. **EBM Guidelines, 17.05.2013, 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 ажурираше Доц. Д-р. Марија Вавлукис
Координатор: Проф д-р Катица Зафировска**