

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 ИНГЕСТИЈА НА КОРОЗИВНИ МАТЕРИИ

Член 1

Со ова упатство се утврдува медицинското згрижување при ингестија на корозивни материи .

Член 2

Начинот на медицинското згрижување при ингестија на корозивни материи 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 ингестија на корозивни материи 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

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

Бр. 17-2766/1
27 февруари 2015 година
Скопје

МИНИСТЕР
Никола Тодоров

ИНГЕСТИЈА НА КОРОЗИВНИ МАТЕРИИ

МЗД Упатства
17.03.2005

- Ингестија на алкални материи
- Ингестија на киселини
- Референци

ИНГЕСТИЈА НА АЛКАЛНИ МАТЕРИИ

Основни напомени

- Знаците и симптомите вклучуваат изгореници во устата, усните, јазикот, епигастрична болка, повраќање, проблеми со голтањето.
- Отсуството на орални знаци не значи дека пациентот не ингестирал.
- Ургентна горна ендоскопија во текот на 24 часа е есенцијална кај сите пациенти со симптоми, или намерна ингестија.

Клиничка слика

- Може да варира од асимптоматска до безнадежна.
- Епигастрична болка, гадење и повраќање се најчести симптоми.
- Гастроинтестиналното крвавење може да се манифестира како хематемеза или мелена.
- Појавата на стридор, афонија и засипнатост сугерират дека е афектиран ларингсот.
- Ретростерналната болка, покачената температура и емфизем на вратот сугерираат езофагусна перфорација.
- Перфорација на субдијафрагмалните органи е поретка и е проследена со затегнат стомак, илеус, температура.

Параклинички иследувања

- Комплетна крвна слика, електролити, гликемија, уреа.
- Ургентна езофагогастроуденоскопија во првите 24 часа.
- РТГ на белите дробови и на абдоменот.
- Кај пациенти со намерна ингестија, токсиколошки скрининг за евентуална консумација на друг медикамент или средство.

Третман

Општо:

- Моментално стабилизирање и овозможување на проодност на дишните патишта е есенцијално при појава на стридор, диспнеа или орофарингеален оток.
- Директна ларингоскопија, со претходна седација, се прави кај пациенти со животозагрозувачки ларингоспазам. При ова, неопходно се имплантира ендотрахеална сонда.
- Деконтаминација со примена на медицински јаглен или лаважа е контраиндицирана.
- Фиброоптичка панендоскопија се изведува во текот на првите 24 часа.
- За визуализација на промените се користи **скалата на Заргар**.
 - 0 степен/нормален наод.
 - 1 степен/мукозен едем и хиперемија.

- 2 степен/улцерации.
- 2а) суперфицијални улцерации.
- 2б) длабоки дискретни или циркумферентни улцерации.
- 3 степен/ некрози.
- 3а) мали остри ареи со некорза.
- 3б) екстензивни (масивни) некрози.
- РТГ на дигестивниот тракт со контрастно средство (гастрографин) се применува 2 недели по ингестијата.

Хируршки третман:

- Итен.
- Перитонитис.
- Медијастинитис.
- Масивни крвавења.
- Ран хируршки третман.
- Пациентите со екстензивни некротични зони имаат смртност од >60%, поради што кај нив е индициран ран хируршки третман (првите 48-72 часа).

Апликација на кортикостероиди:

- Треба да се користи само кај пациенти со втор степен на оштетување, посебно кај тие што ќе бидат подложени на дилатациони техники.
- Метилпреднизолон се дава иницијално во дози од 40 мг/и.в. на секои 8 часа, во текот на три недели, а потоа постепено се смалуваат до 6-та недела.
- При примена на кортикостероиди задолжително се дава ампицилин, за да се ублажи секундарната инфламација поради бактериската инвазија на оштетеното ткиво.

Дополнителна терапија:

- Антациди.
- Н₂-блокатори.
- Инхибитори на протонската пумпа.
- Сукралфат.
- Внимателната супортивна нега, со точно внимание на течностите, електролитите и рано продолжување на исхраната (идеално со ентерички внес) е витално за пациентите со тешка клиничка слика.

Водење на болниот

- Пациентите со 0 и I ендоскопски верифициран стадиум, може веднаш да бидат отпуштени ако нема други социјални или психијатриски проблеми.
- Пациентите со втор и трет стадиум се третираат во интензивна нега.
- Пациентите со перфорација и трет екстензивен стадиум веднаш се трансферираат во хируршко одделение.
- Сите други пациенти се третираат во специјализирани болнички установи.

Секвели

- Најчеста секвела е езофагеална стриктура.
- Се развива 2- 4 недели по ингестијата.
- Може да се третираат со бужирање по 3-4-та недела.
- Одложената дилатациона терапија по бужирањето го намалува ризикот од јатрогена перфорација.
- Езофагеална ресекција со/без имплантација на дел од дебелото црево е решение за мултипли или големи стенози на езофагот.

ИНГЕСТИЈА НА КИСЕЛИНИ

Основни напомени

- Анамнезата за ингестија на киселина треба да содржи податок за името на киселината, концентрацијата и количината.
- Симптомите може да отсутствуваат дури и при тешки облици на ингестија.
- Ендоскопската градација на лезиите во гастроинтестиналниот тракт е есенцијална.
- Ургентната лапаратомија е индицирана ако се појави кој било знак или симптом кој укажува на перфорација.

Најчесто користени киселини

- Оцетна киселина, најчесто од 6-40% (кај нас ја има и концентрирана-есенција).
- Борна киселина.
- Карболна киселина (фенол).
- Хромна киселина 5-20%.
- Формалдехид 60%.
- Хидрохлорна киселина 36%.
- Оксална киселина.
- Азотна киселина 63%.
- Фосфорна киселина 5-80%.
- Сулфурна киселина 95-99%.

Клинички знаци и симптоми

- Стридор.
- Повраќање.
- Хематемеза.
- Мелена.
- Респираторен дистрес.
- Орофаринксна болка.
- Дисфагија.
- Градна, абдоминална и епигастрална болка.
- Орофарингеални изгоретини.
- При тешки труења:
- Хипотензија.
- Метаболна ацидоза.
- Дисеминирана интраваскуларна коагулација.
- Акутна бубрежна инсуфициенција.

Параклинички анализи

- Лабораториските анализи опфаќаат комплетна крвна слика, електорлитен статус, коагулациони фактори, хепатални ензими, ренален статус, гасни анализи.
- РТГ на градниот кош при сомнение за аспирација.
- РТГ на абдомен при сомнение за перфорација.
- Тестирање на изметот за окултни крвавења.
- Езофагогастродуоденоскопија во привте 24 часа.

Третман

- Стабилизација на виталните функции.
- Деконтаминација.

- Употребата на деконтаминационите техники (медицински јаглен, лаважа, пасажа) се контраиндицирани.
- Дилуционите методи се контраверзни.
- Неутрализационите методи се контраверзни и не се во рутинска употреба.
- Ургентна ендоскопија на горниот дигестивен тракт се прави во првите 24 часа, освен ако знаците за перфорација не сугерираат итна лапароскопија.
- За верификација на тежината на лезиите се користи скалата на Заргар (види ингестија на алкални материи).
- Ендоскопската ултрасонографија# е посупериорна од конвенционалната ендоскопија, но е технички изводлива во мал број медицински центри.
- Употребата на системски кортикостероиди во терапијата на лезиите, предизвикани од киселини, **не се препорачува**.
- Употребата на антибиотици се применува само при верифицирана инфекција.
- При појава на акутна бубрежна инсуфициенција пациентот се подложува на хемодијализа.
- Дилатација.
- Самостојно нема ефект во намалувањето на езофагусните стенози.
- Во комбинација со бужирањето, балон дилатацијата и стентирањето имаат ефект во намалувањето на езофагусните стриктури.
- Хируршки третман.
- Итен, при перфорации на храноводот или на желудникот.
- Ран, при ендоскопска дијагноза на III степен.
- Одложена, при појава на езофагусни, желудечни и дуоденални стенози.

Секвели

- Задоцнети компликации од ингестија на киселини се езофагусни стриктури кои настануваат 3-4 недели по ингестијата и стенози во желудникот и дуоденумот кои може да се формираат до 3 месеци.
- Формирањето на стриктури корелира со тежината од иницијаните лезии.
- Нултиот, првиот и 2а степенот не даваат стриктури.
- >70% од IIб степенот и >85% од III степен развиваат езофагусни стенози.
- Пациентите со ингестија на киселина треба доживотно да се монитораат поради зголемениот ризик за малигнизација на храноводот.

РЕФЕРЕНЦИ

1. Wason S. The emergency management of caustic ingestions. J Emerg Med 1985; 2: 175-82.
2. Howell JM. Alkaline ingestions. Ann Emerg Med 1986; 15: 820-5.
3. Nuutinen M, Uhari M, Karvali T, Kouvalainen K. Consequences of caustic ingestion in children. Acta Paediatr 1994; 83: 1200-5.
4. Christesen HB. Prediction of complications following unintentional caustic ingestion in children. Is endoscopy always necessary? Acta Paediatr 1995; 84: 1177-82.
5. Anderson KD, Rouse TM, Randolph JG. A controlled trial of corticosteroids in children with corrosive injury of the esophagus. N Engl J Med 1990; 323: 637-40.
6. Lamireau T, Rebouissoux L, Denis D, Lancelin F, Vergnes P, Fayon M. Accidental caustic ingestion in children: is endoscopy always mandatory? J Pediatr Gastroenterol Nutr. 2001 Jul; 33(1): 81-4. PMID: 11479413
7. Gupta SK, Croffie JM, Fitzgerald JF. Is esophagogastroduodenoscopy necessary in all caustic ingestions? J Pediatr Gastroenterol Nutr. 2001 Jan; 32(1) :50-3. PMID: 11176325

1. **EBM Guidelines www.ebm-guidelines.com. 17.03.2005**
2. **Упатството нема ново ажурирање до 2013 година.**
3. **Треба да се ажурира по 3 години.**
4. **Предвидено е следно ажурирање до март 2016 година.**