

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 СЕКУНДАРНА АНЕМИЈА

Член 1

Со ова упатство се утврдува медицинското згрижување при секундарна анемија.

Член 2

Начинот на медицинското згрижување при секундарна анемија 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 секундарна анемија 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. 17-2474/1

27 февруари 2015 година

Скопје

МИНИСТЕР

Никола Тодоров

СЕКУНДАРНА АНЕМИЈА

- Основни принципи
- Основи
- Асоцирани заболувања
- Дијагностичка проценка
- Третман
- Поврзани извори
- Референци

ОСНОВНИ ПРИНЦИПИ

- Исклучете ги “специфичните” анемии (железо дефицитна, хемолитичка, акутни кржавења, миелодиспластичен синдром и малигни хематолошки заболувања). Ова може да се изведе со основните иследувања за анемија (види Проценка на анемија кај возрасни).
- Проценете дали тежината на анемијата може да се објасни со тежината на основното заболување.
- Избегнувајте го непотребното давање препарати на железо кај секундарна анемија, но стремете се да ги откриете оние пациенти кои ќе имаат корист од железо, т.е. пациенти кои имаат комбинирана анемија.

ОСНОВИ

- Хетерогена група на состојби на анемија.
- Најчесто се дели на (а) анемија, асоцирана со хронични заболувања и (б) анемии, асоцирани со одредени “заболувања на органи” (хронични бубрежни, црнодробни заболувања и ендокринолошки заболувања).
- Патогенеза: кај анемија, асоцирана со хронично заболување медијаторите на инфламација ја намалуваат еритропоезата и ја инхибираат утилизацијата на железо.
- Често се јавува кај одредена група на пациенти (на пр. тежок облик на ревматоиден артрит и бубрежна инсуфициенција (види Третман на хронична бубрежна инсуфициенција).
- Не е предизвикана од дефицит на витамини и минерали.
- Разликувањето од другите анемии може да биде тешко.

АСОЦИРАНИ ЗАБОЛУВАЊА

- Анемија, асоцирана со хронични заболувања
 - Хронични инфекции.
 - Други хронични воспалителни заболувања (автоимуни заболувања, тешки трауми и опекотини).
 - Малигни заболувања (без инфилтрација во коскената срцевина).
- ‘Заболувања на органи’ како причини.
 - Хронична бубрежна инсуфициенција (види Третман на хронична бубрежна инсуфициенција).
 - Цироза и други заболувања на црниот дроб.
 - Ендокринопатии (хипотироидизам, хипертироидизам, адренална инсуфициенција, андроген дефицит, хипопитуитаризам, хиперпаратироидизам, anorexia nervosa).

ДИЈАГНОСТИЧКА ПРОЦЕНКА

- Дијагноза на основното заболување. Покрај рутинските иследувања за анемија, направете и еритроцитна седиментација (ЕС), CRP и број на леукоцити (рутински иследувања се: хемоглобин, хематокрит, MCV и број ретикулоцити).
- Разгледајте дали примарното заболување може да ја објасни тежината на анемијата. Кај благи и умерени заболувања концентрацијата на хемоглобин обично е 100-110 г/л, а кај потешките заболувања може да биде 70-90 г/л или дури и помалку.
- Ако нивото на хемоглобин е непропорционално намалено треба да се бара друга специфична причина за анемијата.
- Исклучете ги состојбите со губиток на еритроцити (кржавења или хемолиза, бројот на ретикулоцити покачен).
- Исклучете железо дефицит (P-TfR >2.3 mg/L) и мегалобластна анемија (МЦВ >100 фл).
- Кај анемија, асоцирана со хронично заболување, морфолошки еритроцитите обично се нормоцитни и нормохромни, но ако состојбата трае пролонгирано, тие стануваат хипохромни и микроцитни. Во овој стадиум состојбата наликува на железо дефицитна анемија.
- Запомнете дека серумскиот феритин, кој е одраз на резервите на железо во ткивата, се однесува и како протеините на акутната фаза.
- Прегледот на коскената срцевина е полезен кај сите нејасни случаи.
- Пациент со секундарна анемија често има истовремено и други фактори кои придонесуваат за анемијата, како железо дефицит и бубрежна инсуфициенција.
- Обидот за терапија со препарати на железо е практичен пристап, доколку железо дефицитот е комбиниран со секундарна анемија. Резервите на железо се обновуваат за 2-3 месеци и се открива вистинското ниво на секундарната анемија. Во овој случај треба да се мисли и на откривање на причината за железо дефицит.

ТРЕТМАН

- Лекување на основното заболување
- За успешно лекување важно е да се исклучи делувањето на комплицирачки фактори, како што се кржавење, железо дефицит, дефицит на витамини, хемолиза, бубрежна инсуфициенција и ефектот на лекови врз коскената срцевина.
- Одбегнувајте рутинско давање на железо.
- Одредена група на пациенти со бубрежни заболувања (ннд = А) и малигноми (ннд = А) се лекуваат со рекомбинантен хуман еритропоетин (секогаш во консултација со специјалист). Употребата на еритропоетин се проширува и кај други секундарни анемии.
- Трансфузиите на еритроцити се ограничени само на болни каде има апсолутна потреба.
- Важно е на пациентот да му се објасни природата на секундарната анемија.

ПОВРЗАНИ ИЗВОРИ

Интернет извори

- Conrad ME. Anemia. eMedicine

РЕФЕРЕНЦИ

1. Tom Pettersson, Article ID: ebm00317 (015.023) © 2012 Duodecim Medical Publications Ltd

1. **EBM-Guidelines, 6.4.2009**

2. **Упатството треба да се ажурира на 3 години.**

3. **Предвидено е следно ажурирање до јуни 2015 година.**