

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

УПАТСТВО
ЗА ИНТЕРВЕНЦИСКА ПРОЦЕДУРА ПРИ ВГРАДУВАЊЕ НА СТЕНТ ПРИ
ЕЗОФАГЕАЛНО ВАРИКСНО КРВАРЕЊЕ

Член 1

Со ова упатство се утврдува интервенциска процедура при Вградување на стент при езофагеално вариксно крварење.

Член 2

Начинот на изведување на интервенциска процедура при Вградување на стент при езофагеално вариксно крварење е даден во прилог, кој е составен дел на ова упатство.

Член 3

Здравствените работници и здравствените соработници ја вршат здравствената дејност на интервенциска процедура при Вградување на стент при езофагеално вариксно крварење 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.17-3509/1
13 март 2015 година
Скопје

МИНИСТЕР
Никола Тодоров



Вградување на стент при езофагеално вариксно крварење

1 Упатство

1.1 Сегашните докази за вградување стент при езофагеално вариксно крварење се од мал број на пациенти, но не покажуваат сериозно засегање околу безбедноста. Постојат докази кои покажуваат дека процедурата е ефикасна кај селектирани пациенти кај кои другите методи на третман се неуспешни во контрола на крварењето.

2 Процедура

2.1 Индикации и тековни третмани

2.1.1 Езофагеални варикси се проширени вени во рамките на долниот езофагус и езофагогастричната јункција кои се развиваат кај пациенти со портална хипертензија, често како резултат на цироза. Крварење од варикси има значаен ризик од смртен исход и ризикот од рекрварење е висок. Третманот на езофагеалното вариксно крварење често бара трансфузија на крв. Мерките насочени кон сопирање на крварењето вклучуваат вазоактивни медикаменти, балон тампонада, ендоскопска лигација на езофагеални варикси или склеротерапија. Кај пациенти со рефракторно крварење, трансјугуларен интрахепатичен портосистемски шант (ТИПС) и шант или деваскуларизациона хирургија може да бидат потребни.

2.2 Преглед на постапката

2.2.1 Цел на процедурата е да се предизвика хемостаза со примена на притисок на крваречкиот езофагеален варикс. Обложен метален стент се вградува со цел компресија на крваречкиот варикс во езофагеалниот зид. Стентот вообичаено се вметнува со помош на ендоскопот (но може да биде вметнат и без него), а соодветната позиција се потврдува ендоскопски, флуороскопски или со рентгенграфија на граден кош.

2.2.2 Стентот го одржува езофагеалниот лумен на пациентот за пасажа на храна, плунка и други течности. Тој се остава во оваа позиција најмногу две недели и потоа се вади ендоскопски.

2.2.3 Понатамошни процедури, како ТИПС или хирургија, може да се направат за да се редуцира ризикот од понатамошно крварење.

2.3 Ефикасност

2.3.1 Серија на случаи од 34 и 20 пациенти објавиле дека вградување на стент го запрело крварењето кај сите пациенти и дека повторно крварење не се јавило кај ниту еден пациент до 60-тиот ден на следење. Серија на случаи од 10 пациенти објавила брза контрола на крварењето кај 78% (7 од 9) од пациентите кои имале успешно вградување на стент (неуспешно вградување на стент имало кај еден пациент). Повторно крварење кое било успешно третирано со ТИПС се јавило кај еден пациент.

2.3.2 Серија на случаи од 34, 20 и 10 пациенти третирани со вградување на стент објавиле смртен исход кај 10, 2 и 5 случаи соодветно за период на следење меѓу 42 и 60 дена. Кај 17 смртни случаи два биле резултат на ексангинација, а еден бил резултат на мултиорганско нарушување и неможност за контрола на крварењето, а останатите биле како резултат на хепатално или мултиорганско оштетување.

2.3.3 Серија на случаи од 34 пациенти објавиле дека 32% (11/34) од пациентите имале потреба од ендоскопска лигација, 24% (8/34) имале потреба од радиолошка ТИПС инсерција и 15% (5/34) имале потреба од лапароскопска азигопортална дисконекција после отстранување на стентот (не е познато кога се случиле настаните).

2.3.4 Серија на случаи од 20 пациенти укажале дека после отстранување на стентот 25% (5/20) од пациентите имале потреба од вградување на ТИПС, 25% (5/20) имале потреба од лапароскопска азигопортална дисконекција и 20% (4/20) имале потреба од емболотерапија со склерозирачки агенси (не е познато кога се случиле настаните).

2.3.5 Советниците специјалисти ги навеле клучните цели за ефикасност како што се: контрола на крварењето, намалување на ризикот од повторно крварење, избегнување на користење на крвни продукти и преживување.

2.4 Безбедност

- 2.4.1 Единечен извештај опишал акутна бронхијална опструкција во ден 6, предизвикана од компресија на левиот главен бронх (потврдена со КТ скен) како резултат на стентот, која била надмината со негово отстранување.
- 2.4.2 Миграција на стентот во желудникот биле објавени кај 21% (7/34) од пациентите во период од 60 дена на следење во серија на случаи од 34 пациенти. Сите стентови биле успешно репозиционирани во рамките на 24 до 48 часа. Во серија на случаи од 20 пациенти миграција на стентот во желудникот била пријавена кај 25% (5/20) од пациентите: сите стентови биле репозиционирани ендоскопски, три од петте миграции биле кај првите пет пациенти во серијата.
- 2.4.3 Мали езофагеални улцерации во предел на дисталниот крај на стентот биле пријавени кај еден пациент во рамките на 60 дена период на следење во серија од 34 пациенти.
- 2.4.4 Советниците специјалисти навеле несакани настани објавени во литературата или од нивните лични искуства, како: мукозна траума при извлекување, езофагеална перфорација, езофагеална улцерација како резултат на притисок, формирање на фистула, влошување на крварењето, пречки во вадењето на помагалото и аспирациона пнеумонија. Тие сметаат дека теоретски во несакани настани треба да се вклучи и дисфагија.