

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 КУШИНГОВ СИНДРОМ

Член 1

Со ова упатство се утврдува медицинското згрижување при Кушингов синдром.

Член 2

Начинот на медицинското згрижување при Кушингов синдром 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 Кушингов синдром 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. 17-2364/1
27 февруари 2015 година
Скопје

МИНИСТЕР
Никола Тодоров

КУШИНГОВ СИНДРОМ

МЗД Упатства
28.10.2009

- Основни работи
- Причини за хиперкортизолизам
- Симптоми
- Лабораториска дијагноза
- Третман

Основни работи

- Кушинговиот синдром може да се крие зад хипертензијата (1) или метаболниот синдром (2) кај пациентот.
- Поставете или исклучете ја дијагнозата на Кушингов синдром на примарно ниво со 1.5 mg дексаметазонски тест.
- Следете го развојот на Кушингови симптоми кај пациентите што примаат орални кортикостероиди.

Причини за хиперкортизолизам

- Питуитарен (70%) или адренокортикален (20%) тумор.
- Примарна нодуларна адренокортикална хипертрофија (многу ретко).
- Ектопичен АСТН, продуциран од екстра-питуитарен тумор (10%).
- Употреба на кортикостероиди или АСТН. Видете го текстот за фармаколошки глукокортикоиден третман (3).

Симптоми

- Типичен изглед: лице како месечина, израсток на вратот како бафало кај скоро 100% од пациентите.
- Пораст на тежината, обезност на телото кај 90%.
- Мускулна слабост (проксимална миопатија) кај 90–95%.
- Хипертензија кај 80%.
- Нарушена глукозна толеранција, дијабетес кај 40–90%.
- Хирзутизам кај 80%, менструални нарушувања.
- Тенка кожа, стрии, тенденција за модринки кај 70%.
- Нарушување на расположението кај 70%.
- Остеопороза кај 50%.

Лабораториска дијагноза

- Краток 1.5 mg дексаметазонски тест
 - Соодветен како примарно иследување на примарно ниво.
 - Лажниот позитивен наод може да е предизвикан од различни лекови (фенитоин, карбамазепин, барбитурати, рифампицин, нифедипин, пиоглитазон, естрогени), како и од акутни заболувања, анорексија нервоза, депресија, хронична анксиозност или алкохолизам.

- Кортизолот во 24-часовна урина е исто така соодветен за скрининг на примарно ниво, особено ако постојат извори за грешка кај дексаметазонскиот тест.
- Понатамошните иследувања за потврдување на дијагнозата и етиолошките истражувања се изведуваат во ендокринолошка единица.

Третман

- Третманот е хируршки, со исклучок на јадрогениот хиперкортизолизам.
- По успешниот хируршки третман, потребен е лек со хидрокортизон (често само привремено), бидејќи питуитарно-адренортикалната оска заздравува од депресијата, предизвикана од хиперкортизолизмот. Следењето е слично како кај Адисоновоата болест (4).

Автор:

Anna-Mari Koski

Article ID: ebm00516 (024.040)

© 2012 Duodecim Medical Publications Ltd

1. EBM-Guidelines, 28.10.2009, www.ebm-guidelines.com
2. Упатството треба да се ажурира еднаш на 6 години
3. Предвидено следно ажурирање октомври 2015 година