

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 ПОЛИУРИЈА

Член 1

Со ова упатство се утврдува медицинското згрижување при полиурија.

Член 2

Начинот на медицинското згрижување при полиурија 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 полиурија 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 полиурија („Службен весник на Република Македонија“ бр. 50/14).

Член 5

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

Бр. 17-2543/1
27 февруари 2015 година
Скопје

МИНИСТЕР
Никола Тодоров

ПОЛИУРИЈА

МБД упатство
2.1.2014.

- Основни податоци
- Дефиниција
- Етиологија
- Дијагноза и третман
- Поврзани докази
- Референци

ОСНОВНИ ПОДАТОЦИ

- Утврдете дали пациентот има вистинска полиурија со ексцесивна количина на разредена урина или дали тој/таа имаат зачестена уринарна фреквентност со нормална количина и концентрација на екскретираната урина.

ДЕФИНИЦИЈА

- Полиуријата е состојба која се карактеризира со ексцесивна екскреција на урина за 24-часовен период. Дефиницијата варира, но $> 2l$ за 24 часа е можна и $> 3 l$ за 24 часа е дефинитивна полиурија (поточен метод е пресметувањето на количината во релација со телесната тежина, т.е. $> 30 ml/kg/24 часа$).
- Полиуријата понатаму може да биде поделена во 2 категории:
 - Водно-диуреза (ниска уринарна осмолалност, т.е. $< 300 mosm/kg TT$).
 - Осмотска диуреза (вообичаено висока осмолалност на урината).

ЕТИОЛОГИЈА

- Најчеста причина за **осмотска диуреза** е гликозуријата предизвикана од дијабетес мелитус. Поретки етиолошки фактори се покачена уреа заради парентерално или ентерално хранење, давање на манитол или иследувања со контраст (транзиторно).
- **Водно-диурезата** понатаму може да се класифицира како:
 - Примарна полидипсија (натриумот во плазмата и серумската осмолалност се нормални или ниски).
 - Дијабетес инсипидус (натриумот во плазмата и серумската осмолалност се нормални или високи).
 - Питуитарен: неадекватна секреција на АДХ (антидиуретичен хормон).
 - Гестациски.
 - Нефроген: неадекватен ефект на АДХ.
- Примарна полидипсија
 - Ексцесивен внес на течности ќе води до акумулација на течноста во телото, до намалување на плазма осмолалноста и до превенција на секрецијата на АДХ. Ова ќе резултира со големи количини на разредена урина. Здравите индивидуи се способни да конзумираат до 20 литри течности во текот на 24 часа без несакани ефекти. Но, доколку АДХ секрецијата е нарушена, независно дали од физиолошки причини (на пр. повраќање) или заради лекови, треба да се направи заштита од водна интоксикација.
 - Примарната полидипсија понатаму се дели на два поттипа: психогена и дипсогенична. Кај психогената полидипсија консумацијата на големи количини вода се должи или на сознанието за зголемување на здравствената корист или на принудна желба за пиење

(шизофренија; АДХ секрецијата може да биде абнормална кај шизофренија). Кај дипсогеничната полидипсија пациентот има дисфункција на центарот за жед кој може да биде стимулиран дури и кога плазма осмолалноста е останата нормална. Причината може да потекнува од лекови, болест на централниот нервен систем или да е непозната.

- Етиологија на дијабетес инсипидус
 - **Питуитарна**: идиопатска, херeditарна, повреда на глава, автоимуна, тумор на мозокот, инфекција, питуитарна операција, компресија од аневризма.
 - **Нефрогена**: лекови (особено литиум), хипокалемија и хиперкалцемија I (лесно реверзибилни), токсини (етанол, етилен гликол), пиелонефрити и многу тубуло-интерстицијални бубрежни болести, конгенитални форми.
 - **Гестациска**: кај некои случаи со историја за претходен, недијагностициран лесен дијабетес инсипидус од питуитарно потекло. Плацентата го намалува ендогениот АДХ, но не и синтетскиот десмопресин. По породувањето ќе се смени.

ДИЈАГНОЗА И ТРЕТМАН

1. Анамнезата е важна. Обидете се да направите разлика помеѓу полиурија и зголемена уринарна фреквентност.
 - Времетраење на проблемот? Почетокот е вообичаено акутен кај питуитарната етиологија.
 - Дали количината на урината варира од ден во ден?
 - Во кое време на денот проблемот е најизразен? Особено ноќно мокрење, т.е. ноктурија, е ран знак на полиурија.
 - Колку пати мокрите за време на денот и ноќта?
 - Дали намалувањето на внес на течности влијае на количината на урината?
 - Проблеми со задршка на урината?
 - Болка или дискомфорт за време на мокрењето?
 - Влошувачки фактори?
 - Боја на урината?
 - Ноќна енуреза?
 - Лекови (особено диуретици)?
 - Анамнеза за инфекции на уринарниот тракт?
 - Начин на живот; внес на течности за 24 часа? Кафе, алкохол, додавање на сол во храната?
 - Водење дневник за внес на течности и уринирање е корисно помагало.
2. Базични испитувања.
 - Серумски креатинин.
 - Na и K во плазмата.
 - Вкупен серумски или јонизиран калциум.
 - Гликемија (дијабетес мелитус).
 - Анализа на урината: нема абнормални наоди кај полиурија предизвикана од вододиуреза.
 - Кај мажи, PSA¹ (запомнете да ја палпирате простатата).
3. Доколку анамнезата и базичните испитувања сè уште сугерираат полиурија:
 - Да се следи преку ноќ исфрлањето на течност (доколку е можно) и да се мери вредноста на натриумот во плазмата и рано наутро да се мери осмолалноста и на плазмата и на урината, како и на копептин во плазмата.
 - Доколку плазма осмолалноста (плазма натриумот) е нормална и раната утринска осмолалност на урината е > 800 mosm/kg TT, реналната концентрација на урината е нормална и пациентот нема сигнификантни проблеми со метаболизмот на водата.
 - Ниска плазма осмолалност (натриум) кај полиуричен пациент сугерира примарна полидипсија. Базичните испитувања најчесто се нормални.

¹ PSA – prostatic specific antigen.

- Доколку плазма осмолалноста е >295 mosm/kg TT или плазматскиот натриум е > 144 mmol/l и уринарната осмолалност е < 300 mosm/kg TT, вообичаено се дијагностицира дијабетес инсипидус. Кај парцијален дијабетес инсипидус не е можно да се направи диференцијална дијагноза базирана на базични испитувања.
4. Понатамошните испитувања и започнувањето на лекувањето се спроведува од тим на специјалисти (ендокринолози или нефролози). Нататамошните испитувања можат да вклучат:
- Диференцијална дијагноза: дали состојбата е од питуитарно или нефрогено потекло? Определите копептин во плазма (овој го заменил АДХ тестот; двата се секретираат од задниот дел на хипофиза во еквимоларни количини) и одговор на десмопресин (урината не е концентрирана во нефрогени случаи). Концентрација на плазма копептин е ниска ако состојбата е од хипофизарно потекло, и е покачена ако е од нефрогено потекло (кога го интерпретирате резултатот мора да бидете сигурни дека стимулација е доволна, односно дека осмолалноста на плазма се зголемува).
 - Да се дијагностицира парцијален недостаток на АДХ секреција, тестот со зголемено жеднеење може да се изведе со хипертонична солена инфузија.
 - Кај питуитарен дијабетес инсипидус, MRI на главата е потребна.
 - Дијагноза и третман на ренална болест (нефрологија).
 - Целта на лекувањето е насочена кон причинскиот фактор. Недостатокот на АДХ се третира со синтетски arginin vasopresin.

ПОВРЗАНИ ДОКАЗИ

24.01.2007

Кохранови прегледи

- Постојат инсуфициентни докази за ефектите на фармаколошкиот третман за полидипсијата поврзана со психоза (ннд-D).

Литература

Reeves WB, Bichet DG, Andreoli TE. Posterior pituitary and water metabolism. In: Williams Textbook of Endocrinology (edited by Jean D. Wilson, Daniel W. Foster, Henry M. Kronenberg, P. Reed Larsen). 9th Edition, W.B. Saunders Company 1998.

Authors:

This article is created and updated by the EBMG Editorial Team

Article ID: rel00102 (010.001)

© 2014 Duodecim Medical Publications Ltd

РЕФЕРЕНЦИ

1. Leo Niskanen Article ID: ebm00223 (010.001) © 2012 Duodecim Medical Publications Ltd

1.МЗД упатства,2.1.2014., www.ebm-guidelines.com

2. Упатството е ажурирано до 2014г.

3. Упатството може да се ажурира еднаш на 2 години.

4. Предвидено е следно ажурирање до јануари 2016 година.

Упатството го ажурирал : Слободан Ристовски

Координатор : Проф. Д-р К.Зафировска