

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 ЗАМОР ИЛИ УМОРЕН ПАЦИЕНТ**

#### **Член 1**

Со ова упатство се утврдува медицинското згрижување при замор или уморен пациент.

#### **Член 2**

Начинот на медицинското згрижување при замор или уморен пациент 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 замор или уморен пациент 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. 17-2587/1

27 февруари 2015 година

Скопје

**МИНИСТЕР**

**Никола Тодоров**

\_\_\_\_\_

## ЗАМОР ИЛИ УМОРЕН ПАЦИЕНТ

МЗД Упатство  
1.03.2007

- Цели
- Основни правила
- Чести заболувања и состојби кои предизвикуваат замор
- Лабораториски испитувања
- Синдром на хроничен замор (СХЗ) и принципи на третман
- Поврзани извори
- Референци

### ЦЕЛИ

- Да се расчисти што подразбира пациентот под замор/умореност.
- Да се исклучат соматски заболувања.
- Да се препознаат нарушувањата на сонот и да се препознае депресијата како можни причини.
- Да се препознаат менталните проблеми кај лице кое страда од преработеност.
- Да се охрабри пациентот кој споро се заздравува од некое инфективно заболување, но да не се занемари неговото следење.
- Стрес, замор и депресивност кои повремено се дел од нормалниот начин на живеење.
- Да се има предвид ситуацијата кога пациентот кој е “секогаш добро” манифестира замор (присутната причина за тоа може да биде сериозна болест).

### ОСНОВНИ ПРАВИЛА

- Соматското заболување или заздравувањето од него може да доведе до исцрпеност или до губиток на енергија, но обично посепцифични симптоми се поврзани со тоа. Заморот е во корелација со психосоцијалниот проблем, предизвикан од заболувањето.
- Стресот е обид за ослободување од товарот. Ако ослободувањето е неуспешно, следи исцрпеност.
- Исцрпеноста е предизвикана од доживеан стрес на работното место. Исцрпеноста, обично, не резултира од обемноста на работата, туку од недоволната контрола врз нечие работење или од конфликтите заради службената нееднаквост.
- Синдромот на хроничен замор е опишен термин за синдромот кој се однесува на функционалниот капацитет кој, веројатно, има неколку причини (и физички и ментални).
- Депресивниот пациент може да зборува за замор/умореност, но всушност мисли на депресивност. Други симптоми на депресивност вклучуваат: апатија, меланхолична состојба, нарушувања на сонот, анксиозност и нарушување во исхраната.
- Нормалното стареење како посебен ентитет не предизвикува замор. Карактеристиките на одредена возраст на повозрасните лица мора да се споредуваат со тие од истата возраст.

### ЧЕСТИ ЗАБОЛУВАЊА И СОСТОЈБИ КОИ ПРЕДИЗВИКУВААТ ЗАМОР

- Да се испита дали заморот е предизвикан од:
  - Соматско заболување или реконвалесценција.
  - Психолошко нарушување или психосоцијален проблем.
  - “Sleep арпеа” или други нарушувања на сонот кои доведуваат до замор во текот на денот, што е особено важно ако пациентот има специфична професија (возач).
  - Преработеност.
  - Дејство на лекови (нормално дејствување и несакани ефекти).

- Да се испраша болниот дали се присутни некои заболувања или специфични симптоми и дали се направени испитувања кои се базираат на нив. Заморот е чест симптом, но ако се манифестира самостојно е речиси некорисен во дијагностицирањето.
- Заболувања или состојби кои доведуваат до замор:
  - Хипотиреозидизам: студ, забавеност, сува кожа и летаргија.
  - Хипертиреозидизам: потење, губиток на тежина, мускулен замор, физичка слабост.
  - Дијабет: жед, полиурија, губиток на тежина.
  - Анемии.
  - Инфекции: треска, губиток на тежина, фокални симптоми.
  - Хронични инфламаторни заболувања.
  - Малигном: губиток на тежина, болка, фокални симптоми, понекогаш паранеопластичен замор без други симптоми (на пример: хипонатриемија).
  - Срцева слабост: замор кој настанува по физичка вежба, диспнеа при напрегање, тахикардија.
  - Фибромиалгија: хронична дифузна болка, нарушен сон, депресивност од лесен степен.
  - Несакани ефекти од лекови: лекови за невролошки и психијатриски заболувања, хипнотици. Секогаш да се има предвид дека психијатрискиот пациент може исто така да има и соматско заболување.
  - Метаболно влијание од лекови: хипокалиемија, хипонатриемија, дехидрираност.
  - Хронично бубрежно или црнодробно заболување.
  - Дегенеративни невролошки заболувања: деменција, Паркинсонова болест.

### **ЛАБОРАТОРИСКИ ИСПИТУВАЊА**

- Кога заморот е единствен симптом, бенефитот е делумен. Целта е да се исклучат соматските заболувања.
- Крвна слика, седиментација, серумски TSH, слободен T4, ALT, ALP, креатинин, основни уринарни тестови, гликемија, електролити. Ако хемоглобинот и седиментацијата се гранични, треба да се споредат со нивните претходни вредности кај болниот; промените може да бидат сигнификантни.
- Ако сè уште стои сомневањето за соматско заболување, испитувањата треба да се прошират: серумски креатинин, ЕКГ, рендген на градниот кош.
- Да му се објасни на пациентот дека испитувањата се изведуваат со цел да се исклучат заболувањата. Да се распраша пациентот дали причината за замор би можела да биде нешто друго освен болест и на кое заболување треба да се постави сомнение (пример: депривација на сонот, тешкотии во прилагодувањето на сменска работа, немирни нозе). Да се продолжи со евалуацијата во психосоцијални рамки, ако сите резултати се нормални.

### **СИНДРОМ НА ХРОНИЧЕН ЗАМОР (СХЗ) И ПРИНЦИПИ НА ТРЕТМАН**

- Синдромот на хроничен замор е недоволно разбран и е неодреден дијагностички ентитет; неговото перзистирање продолжува да се дебатира.
- Често претходи епизода на инфекција од која пациентот не може да заздраве и заморот продолжува да трае повеќе од 6 месеци. Симптомите се, главно, соматски.
- Дијагнозата може да биде поставена ако најмалку четири од следните симптоми се присутни:
  - Нарушување на помнењето.
  - Болка во грлото.
  - Осетливи лимфни јазли.
  - Мускулна болка.
  - Болка во зглобовите.
  - Главоболка.
  - Сон кој не освежува/не реанимира.
  - Слабост по физичка активност која трае повеќе од 24 часа.

- Дијагнозата се поставува со исклучување на физички и психички заболувања. Исто така, пациентот не смее да има деменција, алкохолизам, анорексија, булимија или тежок степен на дебелина.
- Да се бара специфична инфективна етиологија или ендокринолошко објаснување за синдромот. Феноменот е хетероген, често е поврзан со расположението.
- Когнитивната бихејвиориска терапија (ннд-А), во комбинација со следење на пациентот и едукација на пациентот, се покажаа ефикасни.
- Физичката активност, исто така, го отстранува заморот (ннд-В).
- Третманот кој се состои од антидепресивни лекови, соодветни за заморен пациент, може да биде примамлива алтернатива, меѓутоа овој приод може да доведе до занемарување во анализата на стилот на живеење на болниот и занемарување на соматските симптоми. Од друга страна, бескрајните испитувања за исклучување на заболувањата може да бидат причина за оневозможување на третманот за замор и депресивност.
- Извештајот на работната група за СХЗ кој е објавен во 2002 година беше критикуван дека е ненаучен; меѓутоа организациите на пациентите беа задоволни (“конечно се прифати дека синдромот на хроничен замор е вистинско заболување од кое секој може да заболи”).
- Меѓу другото, чест концепт за овој проблем е укажувањето на неговата разноврсна етиологија (главно психосоцијална). Со медицинизирање на проблемот, се зголемува опасноста за изнаоѓање вистинска солуција за состојбата на пациентот. Бескрајните испитувања би требало да се прекинат, а консултацијата би требало да претставува позитивна средба за поддршка (како што е тоа случај со болните од фибромијалгија). Што се однесува до правилната употреба за когнитивната психотерапија и на физичките вежби, организациите на пациентите ги имаат тие привилегии.

## ПОВРЗАНИ ИЗВОРИ

### Литература

- Stanley I, Salmon P, Peters S. Doctors and social epidemics: the problem of persistent unexplained physical symptoms, including chronic fatigue. Br J Gen Pract 2002 May; 52(478):355-6. **PubMed**
- Authors: This article is created and updated by the EBMG Editorial Team Article ID: rel00544 (035.006) © 2012 Duodecim Medical Publications L

### Интернет извори

## РЕФЕРЕНЦИ

1. Sharpe M. Fatigue. ABC of psychological medicine. BMJ 2002; 325:480-483.
2. Price JR, Mitchell E, Tidy E et al. Cognitive behaviour therapy for chronic fatigue syndrome in adults. Cochrane Database Syst Rev 2008; (3):CD001027. **PubMed**
3. NHS Centre for Reviews, Dissemination. Interventions for the management of CFS/ME. York: Centre for Reviews and Dissemination (CRD), 2002:7(4). **DARE**
4. Defining and managing chronic fatigue syndrome. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ), 2001:42. **DARE**
5. NHS Centre for Reviews, Dissemination. The effectiveness of interventions used in the treatment/management of chronic fatigue syndrome and/or myalgic encephalomyelitis in adults and children. York: Centre for Reviews and Dissemination (CRD), 2002:22. **DARE**
6. Dolors Estrada M. Chronic fatigue syndrome. Barcelona: Catalan Agency for Health Technology Assessment and Research (CAHTA), IN01/2001. **DARE**
7. Ross SD, Levine C, Ganz N, Frame D, Estok R, Stone L, Ludensky V. Systematic review of the current literature related to disability and chronic fatigue syndrome

8. Edmonds M, McGuire H, Price J. Exercise therapy for chronic fatigue syndrome. Cochrane Database Syst Rev 2004; (3):CD003200. **PubMed**

Authors: Markku Ellonen Article ID: ebm00787 (035.006) © 2012 Duodecim Medical Publications Ltd

1. **EBM Guidelines, 1.03.2007, [www.ebm-guidelines.com](http://www.ebm-guidelines.com)**
2. **Упатството треба да се ажурира еднаш на 8 години.**
3. **Предвидено е следно ажурирање до март 2015 година.**