

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 НЕФРОТСКИ СИНДРОМ

Член 1

Со ова упатство се утврдува медицинското згрижување при нефротски синдром.

Член 2

Начинот на медицинското згрижување при нефротски 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 нефротски 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

Со денот на влегувањето во сила на ова упатство престанува да важи Упатството за практикување на медицина заснована на докази при нефротски синдром („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. 17-2548/1
27 февруари 2015 година
Скопје

МИНИСТЕР
Никола Тодоров

НЕФРОТСКИ СИНДРОМ

МЗД Упатства
26.3.2013 • Последно ажурирање 2.6.2013
Ееро Нонканен

- Основни податоци
- Дефиниција
- Етиологија
- Знаци и симптоми
- Дијагноза
- Третман
- Компликации
- Поврзани докази

ОСНОВНИ ПОДАТОЦИ

- Суспектен нефротски синдром како ретка причина за едем. Најважен симптом е едем на долните екстремитети предизвикан од натрупвање на сол и течности во ткивата.
- Третманот треба да е насочен кон примарната болест, протеинуријата и хипертензијата (целниот крвен притисок $\leq 130/80$ mmHg).

ДЕФИНИЦИЈА

- Нефротскиот синдром е предизвикан од зфолемена пермеабилност на гломеруларниот капиларен сид. Кај нефротскиот синдром протеините се губат со урината $> 3-3.5$ g/ден и серумската албуминска концентрација е < 30 g/l.
- Ова води кон акумулација на сол, намален колоиден осмотски притисок и, во повеќето случаи до едем.
- Клиничката слика исто така вклучува и хиперлипидемија, подложност кон инфекции, и абнормална коагулација на крвта која предиспонира кон тромбоза.

ЕТИОЛОГИЈА

- Дијабетична нефропатија (најчеста)
- Некои типови на хроничен гломерулонефритис (гломерулонефрит со минимални промени, мембрански гломерулонефрит, фокална сегментна гломерулосклероза) 1
- Ренална амилоидоза
- Мултипен миелом
- Бременоста може да биде асоцирана со нефротски тип на клиничка состојба (токсемија).

ЗНАЦИ И СИМПТОМИ

- Симптомите се јавуваат кога серумската албуминска концентрација ќе падне под како резултат на вишок протеинурија.
- Најважниот симптом е едем на долните екстремитети. Наутро едемите се најзначаени на очните капаци. Едемот е предизвикан од акумулација на течности во ткивата предизвикан од намалувањето на серумската протеинска концентрација и редуцирањето на капацитетот на телото да излачува натриум.
- Назначеноста на едемот слабо корелира со концентрацијата на албумини во крвта.

ДИЈАГНОЗА

- Дијагнозата се базира на клиничката слика и на резултатите од лабораториските иследувања.
 - Отоците, уринарниот албумин +++ (24-h уринарна протеинска екскреција > 3 g), ниска серумска албуминска концентрација (< 30 g/l)
- Секогаш проверете ја плазматската креатининска концентрација (и еГФР; калкулатор 1) и постоењето на хематурија.
- Со цел да се пронајде етиологијата потребна е бубрежна биопсија. Така да пациентот треба да биде примен во болница за иследување.

ТРЕТМАН

- Секогаш под третман на специјалист. Препратете го пациентот како
 - Итен ако симптомите се развиле за неколку дена
 - Без итност ако состојбата се развила во текот на неколку недели.
- Третман на основната болест
 - Некои видови на гломерулонефрит може да бидат третирани со имunosупресиви (пр. Гликокортикоиди (ннд A), цитотоксични лекови, циклоспорин (ннд A)).
- Намалување на протеинуријата
 - И АКЕ инхибиторите и ангиотензин рецептор блокаторите (АРБ) ја намалуваат протеинуријата и ја забавуваат прогресијата на бубрежната болест.
 - Нивната употреба (во некои случаи нивните комбинации (ннд B)) се препорачуваат само при третирање на протеинуријата асоцирана со дијабетес или гломерулонефрит.
 - Проверете ги концентрациите на креатининот и калиумот пред да го започнете третманот со АКЕ инхибиторите или АРБ блокаторите и 7-10 дена по почетокот.
 - Целта е да се намали протеинуријата на ниво под 0.5 g/24 часа, ако е можно.
- Оптимален третман на хипертензија
 - Целна вредност $\leq 130/80$ mmHg
- Намалување на едемот
 - Рестрикција на внес на сол (цел < 3 g NaCl / ден)
 - Диуретик
 - Фуросемид 20–80 mg два до четири пати на ден преку уста. Кај тежок едем, третманот може да се започне со интравенска администрација (правилната доза е 10–40 mg).
 - Дозата на фуросемид се зголемува во зависност од одговорот.
 - Тиазиден диуретик го зголемува ефектот на фуросемидот. Дозата на хидрохлортиазид е 25–50 mg/ден (повисока кај бубрежна слабост).
 - Не дозволувајте преголема загуба на телесна тежина; 0.5–1 kg/ден е правилна.
 - Инфузија на интравенски фуросемид и албумин се користи кај едем резистентен на друга терапија, но нивната употреба е сеуште контроверзна.
 - Можно е да е потребна ултрафилтрација со цел да се отстрани вишокот на течност.

КОМПЛИКАЦИИ

- Хиперкоагулабилност; ризик од венска тромбоза на долните екстремитети, белодробен емболизам и ренална венска тромбоза.
 - Аспиринот треба рутински да се дава.
 - За време на престој во болничко одделение се препорачува профилатичка употреба на ниско молекуларен хепарин, особено ако пациентот има назначени отоци.
 - Обично не се дава профилатичка орална антикоагулација, но треба да се размисли ако нефротскиот синдром е тежок (серумска албуминска концентрација < 20 g/l, 24-h уринарна протеинска екскреција > 10 g). Треба секогаш да се започне кај пациенти со историја за тромемболиски евенти и да се продолжи се додека пациентот е нефротичен.
- Подложност кон инфекции. Загубата на ИгГ во урината предиспонира кон инфекции.
 - Се препорачува пневмококна вакцина.

- Постепено пропаѓање на мускулите како резултат на хипопротеинемијата
 - Диетата треба да вклучува високо квалитетен протеин, околу 0.8–1 g/kg/ден.
 - Енергетскиот внес треба да биде околу 35 kcal/kg/ден.
- Атеросклеротски промени како резултат на хиперлипидемија
 - Статините (ннд **C**) се обично иницирани ако нема брзо подобрување на нефротскиот синдром.
- Променет метаболизам на калциум
 - Калциумска суплементација и витамин Д се препорачуваат
- Може да се промени протеинското врзување на лековите.
 - Со повеќето лекови, не е потребно да се промени дозата.
 - Дозирањето на варфарин, на пример, ќе мора да се смени.

ПОВРЗАНИ ДОКАЗИ

Кохренови прегледи

- Осумнеделните режими на циклофосфамид или хлорамбуцил и пролонгирани режими на циклоспорин и левамизол ги намалуваат ризиците за релапс кај деца со релапсен стероидно сензитивен нефротски синдром во споредба до терапија само со стероиди (ннд-**A**).
- Нема доволно докази за интервенции кај болеста на минимални промени кај возрасни со нефротски синдром (ннд-**D**).
- Циклоспорин А, во комбинација со орален преднизолон, може да ја зголеми веројатноста за постигнување ремисија на нефротскиот синдром, во споредба со преднизон кај возрасни со фокално сегментна гломерулосклероза. (ннд-**C**)
- Циклоспоринот може да ја зголеми стапката на ремисија кај деца со идиопатски нефротски синдром резистентен на стероиди, во споредба со плацебо или без терапија . (ннд-**C**)

Последна ревизија како ажурирано 26.3.2013 • Последна промена 2.6.2013

Article ID: ebm00227 (010.004)

© 2014 Duodecim Medical Publications Ltd

1. МЗД упатство 26.3.2013, www.ebm-guidelines.com
2. Упатството треба да се ажурира еднаш на 2 години
3. Предвидено следно ажурирање во 2015 година

Упатството го ажурирала: Д-р.Билјана Зафировска
Координатор: Проф.Д-р. Катица Зафировска