

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 ИГ-А НЕФРОПАТИЈА

Член 1

Со ова упатство се утврдува медицинското згрижување при ИГ-А нефропатија.

Член 2

Начинот на медицинското згрижување при ИГ-А нефропатија 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 ИГ-А нефропатија 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 ИГ-А нефропатија („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. 17-2541/1

27 февруари 2015 година

Скопје

МИНИСТЕР

Никола Тодоров

ИГ-А НЕФРОПАТИЈА

МЗД упатство
12.8.2009

- Основни податоци
- Епидемиологија
- Симптоми и знаци
- Дијагноза
- Прогноза
- Лекување и следење
- Поврзани извори

ОСНОВНИ ПОДАТОЦИ

- Сомневањето за ИГА нефропатија ќе се зголеми ако лицето има асимптоматска микроскопска хематурија и протеинурија, често асоцирана со покачен крвен притисок.
- АКЕ¹ инхибиторите и блокаторите на АТР² се лекови од прв ред за третман на хипертензијата и тие, исто така, можат да се користат и кај нормотензивни пациенти со протеинурија.

ЕПИДЕМИОЛОГИЈА

- Најчест од хроничните гломерулонефрити
- Етиологијата и патогенезата, главно, е непозната.
- Се среќава кај сите возрасни групи, но дијагнозата најчесто се потврдува на возраст околу 30 год.
- Две третини од пациентите се мажи.

СИМПТОМИ И ЗНАЦИ

- Вообичаено, пациентот има и микроскопска хематурија и протеинурија.
- Повторувачка макроскопска хематурија, кај една третина од пациентите, особено е поврзана со инфекции на респираторниот тракт.
- Ретко се манифестира како акутен гломерулонефритис или нефротски синдром.
- Хипертензијата е присутна кај 30% од пациентите во моментот на поставување на дијагнозата. При следењето хипертензијата се забележува кај најмалку 50%.
- Бубрежната инсуфициенција е ретка при дијагностицирањето на болеста.
- Серумската IgA³ концентрација е покачена кај 50% од сите пациенти.
- Може да се јави само како гломерулонефритис или како дел од Henoch-Schönlein синдромот.

¹ АКЕ-Ангиотензин конвертирачки ензим.

² АТР-Ангиотензин рецептори.

³ IgA-Имуноглобулин А.

ДИЈАГНОЗА

- Сомнението за постоење на ИгА нефропатија треба да се јави доколку лицето има асимптоматска микроскопска хематурија и протеинурија, често асоцирана со висок крвен притисок.
- Повторувачки епизоди на макроскопска хематурија кај млади пациенти, исто така, треба да предизвикаат сомнение за ИгА нефропатија.
- Дијагнозата се базира на бубрежна биопсија, каде што ИгА депозитите се гледаат со имунофлуоресценција.

ПРОГНОЗА

- Може да се јави хронична бубрежна слабост (во 10-20%).
- Лоша прогноза на болеста е индицирана со следните фактори: масивна протеинурија, значителна микроскопска хематурија, отсуство на макроскопска хематурија, покачени вредности на креатининот при дијагностицирањето, очевидна хипертензија и хистолошки јасно означено тешко гломеруларно и тубулоинтерстицијално оштетување и артериоларна склероза.

ЛЕКУВАЊЕ И СЛЕДЕЊЕ

- Не постои специфична терапија.
- Важен е третманот на хипертензијата, дури и кога има минимално покачување на крвниот притисок ($RR > 130/80$ mmHg). Комбинација на лекови честопати е неопходна. Целта е нормотензивност.
- АКЕ инхибиторите и блокаторите на АТР, исто така, ја редуцираат протеинуријата (ннд-С) и може да ја забават појавата на ренална инсуфициенција (ннд-А). Поради тоа, тие, исто така, се користат и кај нормотензивни пациенти со протеинурија.
- Кортикостероидите и другите имносупресивни лекови се даваат во одредени случаи (ннд-В). Одлуката за третман ја донесува супспецијалист.
- Третманот на хроничната бубрежна слабост е иста како и за другите ренални болести.
- По потврда на дијагнозата и можен почеток на третманот, следењето, вообичаено, е во амбулантите. Со контрола најмалку еднаш годишно на крвниот притисок, серумскиот креатинин, базичните уринарни тестови (албумен и еритроцити) и 24 часовна протеинурија. Често е пропуштање на контролите. Нова проценка од специјалист за терапевското следење често е потребно кога концентрацијата на плазма креатининот и/или количеството на протеинуријата е во пораст или контролата на крвниот притисок станува многу тешка.

ПОВРЗАНИ ИЗВОРИ

12.08.2009

Литература

- Pozzi C, Bolasco PG, Fogazzi GB, Andrulli S, Altieri P, Ponticelli C, Locatelli F. Corticosteroids in IgA nephropathy: a randomised controlled trial. *Lancet* 1999 Mar 13; 353(9156):883-7. **PubMed**
- Schena FP, Montenegro M, Scivittaro V. Meta-analysis of randomised controlled trials in patients with primary IgA nephropathy (Berger's disease). *Nephrol Dial Transplant* 1990; 5 Suppl 1():47-52. **PubMed**
- Galla JH. IgA nephropathy. *Kidney Int* 1995 Feb; 47(2):377-87. **PubMed**

Автори:

Овој текст беше создаден и ажуриран од EBMG Editorial Team

Article ID: rel00111 (010.032)

© 2012 Duodecim Medical Publications Ltd

Virpi Rauta

Previous authors:

Jukka Mustonen

Article ID: ebm00230 (010.032)

© 2012 Duodecim Medical Publications Ltd

- 1. МЗД упатство 12.08.2009, www.ebm-guidelines.com**
- 2. Упатството не е ажурирано до 2014 година**
- 3. Упатството треба да се ажурира по 3 години.**
- 4. Предвидено е следно ажурирање во 2017 година.**