

## KUŠINGO SINDROMAS, IŠSIVYSTĘS DĖL PIKTNAUDŽIAVIMO PREDNIZOLONU: KLINIKINIS ATVEJIS

Kamilė Budrytė<sup>1</sup>, Marius Karnickas<sup>2</sup>

<sup>1</sup>*Vilniaus universiteto Medicinos fakultetas,* <sup>2</sup>*Respublikinė Vilniaus psichiatrijos ligoninė*

**Raktažodžiai:** jatrogeninis Kušingo sindromas, prednizolonas, somatoforminis sutrikimas, funkcinis sutrikimas, kūno distresinis sutrikimas.

### Santrauka

Somatiniai simptomai, kurių priežasties neįmanoma paaiškinti jokia organine patologija atliekant diagnostinius tyrimus, yra vienas pagrindinių somatoforminių sutrikimų požymių. Nors somatinių simptomų paplitimas pirminėje sveikatos priežiūros srityje siekia iki 49 %, somatoforminiai sutrikimai retai diagnozuojami klinikinėje praktikoje ir diagnostiniais kriterijais persidengia su funkciniais sutrikimais. Šiame straipsnyje aptariamas klinikinis atvejis, kuriame atsiskleidžia sudėtinga ir užsitęsusi somatoforminių sutrikimų eiga, sukėlusি sunkias pasekmes pacientei. Besikartojančios įvairių specialistų konsultacijos ir tyrimai, gydytojų nesusitarimas ir kelių skirtingų diagnozių nustatymas lemia pacientės nepasitikėjimą paskirtu gydymu ir nesuteikiama tinkama pagalba. Tai sukėlė ne tik suprastėjusią pacientės gyvenimo kokybę, bet ir sunkų piktnaudžiavimą gliukokortikoidais, Kušingo sindromo išsivystymą ir antrinių lėtinių ligų atsiradimą. Taip pat pristatoma nauja pasiūlyta diagnostinė kategorija, kuri galėtų sujungti somatoforminius sutrikimus ir funkcinis somatinius sindromus. Tikimasi, jog tai užtikrins efektyvesnę somatoforminių sutrikimų eigos valdymą ir gydymą.

### Įvadas

Somatinių simptomų, kurie nepaaiškinami jokia somatine patologija, paplitimas pirminėje sveikatos priežiūros srityje siekia iki 49% (1). Tradiciškai juos įprasta vadinti mediciniškai nepaaiškinamais simptomais, o jų spektras itin platus: nuo bendro nuovargio ar įvairios lokalizacijos ir pobūdžio skausmų iki specifinių organų sistemų funkcijos sutrikimo, kaip antai dažnesnio širdies plakimo, galvos svaigimo, viduriavimo ar galūnių silpnumo (2). Simptomai vargina

pacientus ilgą laiką, retai apsiriboja viena organų sistema, linkę keisti vietą. Besitęsiantys negalavimai lemia dažną lankymąsi pas įvairius gydytojus, tačiau pacientą išsamiai tiriant ir atliekant diagnostinius tyrimus šių simptomų priežastis nepaaiškėja. Pacientai koncentruoja savo mintis į kūną ir nemalonius jautimus, vis stipriau kelia nerimą nerandama priežastis, apsilankymų skaičius pas gydytojus auga ir vis daugiau tyrimų reikalaujama atlikti, nepaisant pakartotinių neigiamų rezultatų (3). Simptomų atsiradimas aiškinamas biopsichosocialiniu požiūriu, todėl terminas „mediciniškai nepaaiškinami simptomai“ šiandien nebetinkamas vartoti (4). Tiksliausiai šis jokia somatine patologija nepaaiškinamas simptomų pasireiškimas apibūdinamas somatoforminiais sutrikimais (SFS), tačiau tai retai naudojama klinikinė diagnozė (5). Vyraujant vieno organo sistemos sutrikimui kitų sričių gydytojai linkę diagnozuoti funkcinis sutrikimus, dažniausiai iš jų diagnozuojamas dirgliosios žarnos sindromas, fibromialgija ir lėtinio nuovargio sindromas (6). Vieno konkretaus susitarimo šiems simptomams apibūdinti nebuvimas klinikinėje praktikoje sukelia daugybę sunkumų. Neretai šių sutrikimų diagnostika trunka metų metus, per vėlai pacientams užtikrinamas efektyvus gydymas. Ši problema lemia blogėjančią pacientų gyvenimo kokybę, nedarbingumą, socialinį atskyrimą, tuo pačiu eikvojami sveikatos sistemos kaštai ir patiriama didelė našta visuomenei (7). Pateikiant šį klinikinį atvejį siekiama išanalizuoti sudėtingą SFS eigą ir sukeltą pasekmes pacientui.

### Klinikinis atvejis

21 metų pacientė, kuriai nustatytas jatrogeninis Kušingo sindromas dėl piktnaudžiavimo prednizolonu, perkeliama iš terapinės ligoninės į psichiatrijos ligoninę dėl pasikartojančių judėjimo sutrikimų, kurių metu išlieka sąmonė, tačiau pacientė negali pajudėti ir kalbėti. Pacientė skundžiasi nuolatiniiais viso kūno įvairaus pobūdžio skausmais, sutrikusia sąnarių funkcija ir eisena. Taip pat periodiškais virškinimo sutrikimais, padidėjusiu prakaitavimu, drebuliu, bendru silpnumu.

**Gyvenimo ir ligos anamnezė.** Pacientė augo ir vystėsi normaliai. Vaikystėje užkietėdavo viduriai, skaudėdavo pilvą, kartojosi pykinimai, rūgavimai, įtarta somatoforminė autonominė disfunkcija. Skirti medikamentai, kurių vartojimą nutraukė. Paauglystėje pacientę pradėjo varginti epizodiniai kelių, plaštakų sąnarių skausmai. Skausmai sąnariuose stiprėjo, dėl to keitėsi ir sulėtėjo eiseną. Grįžus iš mokyklos nelikdavo jėgų ir energijos, dėl to daugiausia laiko praleisdavo namuose, vengė susitikimų su draugais. Sunikiai prisiversdavo eiti į mokyklą, nors siekė gerų rezultatų. Prastėjo atmintis, pažymiai, tapo sunku susikoncentruoti, teisingai sudėlioti mintis, rasti tinkamą žodį. Įstojus į universitetą būklė vis pablogėjo: didėjo nuovargis, intensyvėjantis skausmas, prasidėjęs nugaroje, keliuose ir plaštakose, plito ir apėmė rankas, pečius, galvą. Po kelių mėnesių studijas nutraukė ir nuo tada gyvena su tėvais, nedirba, nesimoko. Dėl jėgų neturėjimo ir skausmo kojose namuose daugiausia laiko praleisdavo lovoje arba prie kompiuterio, vis rečiau išeidavo. Tapo sunku vaikščioti, eidama nebesulenkė kojų, neužlipo laiptais, ėmė itin atsargiai vaikščioti, kartais net kraipydama kojas. Sulaukusi pilnametystės vis labiau susirūpino savo sveikata, todėl kelis metus nuolat važinėjo pas įvairius gydytojus ir ieškojo somatinės patologijos. Pirmą kartą dėl skausmų konsultuota reumatologo. Atliktuose tyrimuose antinukleariniai antikūnai (ANA), antineutrofiliniai citoplazminiai antikūnai (ANCA), dvispiralės DNR antikūnai (anti ds-DNR), reumatoidinis faktorius (RF) neigiami, komplemento baltymai C3/C4, kreatinkinazė (CK) normos ribose, proteinograma – be kliniškai reikšmingų pakitimų, šlapimo tyrime rodikliai normos ribose. Dėl komplikuoto lėtinio sinusito 19 metų skirtas dviejų savaitių gydymo kursas prednizolonu - 20 mg/d. Pacientė pastebėjo, jog ne tik sumažėjo nosies išskyrių, bet ir skausmai, galėjo lengviau vaikščioti. Nutraukus vaisto vartojimą, būklė pablogėdavo, todėl pacientė pradėjo prednizoloną vartoti be gydytojų pritarimo. Po kelių mėnesių pacientę atvykus pakartotinei reumatologo konsultacijai ištiko pirmasis judėjimo sutrikimo priepuolis. Tuo metu negalėjo paeiti, kalbėti, nevaldė galūnių, sunkiau kvėpavo, tačiau sąmonės neprarado. Įtarta panikos ataka, skirtas diazepamai, hospitalizuota į reumatologijos skyrių. Stacionaraus gydymo metu pacientė, besiskundžianti įvairaus pobūdžio somatiniais simptomais, konsultuota neurologų, endokrinologų, reumatologų. Pacientės imunologiniai rodikliai buvo neigiami, kraujo, šlapimo tyrimai – normos ribose, nosies gleivinės biopsijoje vaskulito požymių nėra. Duomenų už sisteminę jungiamojo audinio ligą ar sisteminį vaskulitą nerasta. Atlikta kelių sonoskopija – kelių artrito, sinovito požymių nerasta. Kitų kliniškai reikšmingų pakitimų, kuriais galima būtų paaiškinti simptomų pasireiškimą, nenustatyta. Gydytojai liepė prednizolono dozę mažinti ir nutraukti, tačiau

tai padarius skausmai grįždavo, todėl ji dozę vėl padidindavo iki 20 mg/d. Po hospitalizacijos pacientė toliau kelis metus pakartotinai konsultavosi su įvairių sričių gydytojais. Atliktas galvos smegenų magnetinio rezonanso tomografijos tyrimas, neurologinės patologijos nerasta, įtarta somatoforminė autonominė disfunkcija, tačiau psichiatro paskirto medikamento pacientė nevarė dėl mieguistumo. Dar kelis kartus pacientė konsultuota reumatologų, kurie patarė mažinti prednizolono dozę visiškai nutraukiant, nes indikacijų gydymui nebuvo, taip pat diagnozuota fibromialgija, paskirta gastroenterologo konsultacija dėl dirgliosios žarnos sindromo ir psichiatro konsultacija dėl ryškaus nuovargio. Būdamą 21 metų amžiaus pacientė dar kartą buvo ištikta judėjimo sutrikimo priepuolio. Jo metu merkėsi akys, buvo sunku mąstyti, kalbėti. Išliko sąmoninga, vykdė kitų žmonių paliepiamus, nors pati nieko negalėjo padaryti. Tuo metu buvo padidėjęs arterinis kraujo spaudimas (AKS). Atvykus į terapinę liginę skirta lašelinė infuzija, antihipertenziniai vaistai, amitriptilinas. Dėl ilgalaikio prednizolono vartojimo didelėmis dozėmis nustatytas Kušingo sindromas, antinksčių funkcijos supresija. Tyrimuose – adrenokortikotropinis hormonas (AKTH) < 5ng/l, kortizolis ryte 7,18 nmol/l. Indikacijų gliukokortikoidų vartojimui nenustatyta, sudarytas prednizolono nutraukimo planas. Nustatyta antrinė arterinė hipertenzija, skirtas perindoprilis 10 mg 1k./d. Hospitalizacijos metu kartojosi panašūs judėjimo sutrikimo priepuoliai, kai gulinti embriono pozoje pacientė nekalbėjo, negalėjo pajudėti, tačiau sąmonės neprarado. Priepuolių metu somatinės patologijos nerasta, todėl nuspręsta pacientę perkelti į psichiatrijos stacionarą tolimesniam ištyrimui ir diagnozės patikslinimui dėl galimų disociacinių ir somatoforminių sutrikimų.

**Objektyvi apžiūra atvykus.** Pacientė vidutinės būklės sunkumo, sąmoninga, kontaktiška. Kūno temperatūra 36,7°C. Kūno sudėjimas asteniškas, kūno masės indeksas 17 kg/m<sup>2</sup>. Oda plona, blyški, ryškus dermatografizmas, nugaroje po mentimis linijoje ties 6-7 šonkauliais horizontalios siauros, trumpos raudonos strijos. Pavienis akneforminis bėrimas veide, liemens odoje. Liežuvis sausas, su apnašu. Galūnės plonos. Veidas mėnulio formos, kušingoidinė riebalų sandauga sprando srityje ir abipus kaklo. Širdies veikla ritmiška, AKS 170/90 mmHg, širdies susitraukimų dažnis 90 k./min. Plaučiuose alsavimas normalus vezikulinis, be karkalų. Pilvas minkštas, neskausmingas. Kojos pastozinės, edemų nėra.

**Psichikos būseną.** Į gydytojo kabinetą ateina lėtai, vilkdama kojas. Pokalbio metu visapusiškai teisingai orientuota. Kalba noriai, daug. Emocijos neišraiškingos, monotoniškos, veide – nuolatinė neadekvati šypsena. Skundžiasi įvairios lokalizacijos kūno skausmais, bendru silpnumu, jėgų neturėjimu. Paprašyta gnaužyti rankas į kumščius, tai daro lėtai,

nepilnai, sako, kad rankos jos "neklauso", jaučia nuolatinę įtampą kūne. Skausmas maudžiančio pobūdžio, jaučiamas negiliai po oda, įvairiose lokalizacijose: keliuose, juosmens srityje (geriausia poza siekiant šio skausmo išvengti - embriono), kakle (sieja su rentgenogramoje nustatyta osteochondroze), pečiuose, pilve (sieja su obstipacijomis). Mano, kad jos veidas "lyg pakritęs", be emocijų, jaučia lyg jis "svirtų". Skundžiasi, kad jau seniai intensyviai prakaituoja, vargina kūno drebulys, galūnių tirpimas, šalimas. Mano, kad svoris per mažas ir norėtų jo priaugti. Labiau nerimauja dėl sveikatos, o ne dėl išvaizdos pokyčių. Spuogutumo, veido formos pakitimų, odos sausumo nesieja su prednizolono vartojimu.

**Atlikti tyrimai.** Automatizuotas kraujo tyrimas atvykus: leukocitų skaičius -  $10.23 \times 10^9/l$ ; eritrocitų skaičius -  $5.1 \times 10^{12}/l$ ; hemoglobino kiekis - 134 g/l; trombocitų skaičius -  $407 \times 10^9/l$ ; neutrofilų skaičius -  $6.52 \times 10^9/l$ . Leukograma: be blastų. Bendrasis šlapimo tyrimas: be pokyčių. Biocheminis kraujo tyrimas: kalis - 4.6 mmol/l, natris - 143 mmol/l, gliukozės kiekis - 4.64 mmol/l. Kraujo krešumo rodikliai: normos ribose. Atlikus pilvo organų echoskopiją, nustatytos neaiškių ribų cistos inkstų srityje, hipoechogeniškas darinys antinksčių srityje. AKTH <5ng/l.

Pacientė stacionare gydyta amitriptilinu iki 100 mg/d., vėliau pridodant pregabalino 150 mg/d. Antrinė arterinė hipertenzija gydyta propranololiu 40 mg/d. Taikytas atsipalaidavimo mokymas, užimtumo terapija, grupinė terapija, autogeninės treniruotės. Palaiptis nutrauktas prednizolonas nuo 20 mg per keturias savaites pagal endokrinologų rekomendacijas. Stacionaraus gydymo metu skausminiai bei judėjimo funkcijos sutrikimo skundai išliko, tik keitėsi jų lokalizacija. Nuolat skundėsi jėgų neturėjimu, mieguistumu, dėl skausmo vengimo vaikščiojo lėtai, atsargiai. Nors pacientės vertinimu jos būklė nuo hospitalizacijos pradžios beveik nepakito, objektyviai stebėtas veido formos pokytis (Kušingo sindromo redukcija). Pacientė akcentavo, kad svarbiausi negalavimai – eisenos sutrikimai, kūno skausmai – neišnyko. Taip pat pacientė abejojo prednizolono nutraukimo tikslingumu ir psichiatrinio gydymo sėkme. Skyriuje kartojosi priepuoliai, kurių metu buvo sustingusi, kalbėjo skiemenuodama, nejudėjo, vėliau pati savaime atsigavo. Praėjus mėnesiui nuo atvykimo į psichiatrijos stacionarą prasidėjo karščiavimo epizodai iki 39°C. Įtarta pneumonija, kuri krūtinės ląstos rentgenogramos atmesta. Kraujyje nustatė leukocitozę, skirtas amoksiklavas 1500 mg/d. Per kelias dienas karščiavimas praėjo. Po dviejų savaičių vėl prasidėjo febrilus karščiavimas. Skyrus ciprofloksaciną 1000 mg/d., temperatūra sumažėjo, tačiau įvertinus pacientės būklę, nesibaigiant kartotiniams neaiškios kilmės karščiavimams ir esant staigiems leukogramos pokyčiams nuspręsta pasiųsti pacientę į terapijos ligoninę. Rekomenduota toliau

tęsti amitriptilina ir lankytis pas psichiatrą ambulatoriškai.

Praėjus pusei metų nuo gydymo psichiatrijos stacionare pabaigos pacientė pakartotinai konsultuojasi su gydytojais, kartojami tyrimai. Imunologiniuose tyrimuose ANA, ANCA, anti ds-DNR neigiami, C3/C4, CK normos ribose, proteiograma, bendras kraujo tyrimas – be kliniškai reikšmingų pakitimų. Plaštakų, peties ir kelių sąnariai rentgenografijose ir peties bei kelio sąnario ultragarsiniai tyrimai be žymesnių pakitimų. Duomenų dėl pirminės reumatologinės patologijos nėra, gydymas neskiriamas, tačiau pacientė toliau tęsia prednizolono vartojimą savo nuožiūra. Dar po kelių mėnesių endokrinologai nustatė lėtinį antinksčių nepakankamumą ir skyrė pakaitinį gydymą gliukokortikoidais.

### Diskusija

Šis retas klinikinis atvejis iliustruoja sudėtingą ir kelerius metus užsitęsusių SFS eigą. Varginantys virškinimo funkcijos sutrikimai pacientę lydėjo nuo vaikystės, paauglystėje tirta gastroenterologų, neradus somatinės patologijos, įtarta somatoforminė autonominė disfunkcija, tačiau gydymo atsisakyta. Paauglystėje atsiradusios plaštakų ir kelių senestopatijos ir senestalgijos laikui bėgant progresavo iki eisenos sutrikimų. Šalia skausminių skundų ryškėjanti adinamija ir anergija lėmė akademinę ir socialinę dezadaptaciją, pacientė nutraukė studijas, socialinius kontaktus. Greta skausmų į kitas kūno vietas bei autonominės nervų sistemos simptomų pasireiškimo prisidėjo hipochondrinės pervertinimo idėjos, kurios kiekvienais metais intensyvėjo dažnai lankantis pas įvairių sričių gydytojus nepaisant jų įtikinėjimų, jog simptomai neturi somatinio pagrindo. Kelis metus prieš patenkant į psichiatrijos stacionarą intensyviai kartojamos gydytojų konsultacijos ir atliekami betiksliai tyrimai. Nerandant somatinės ligos intensyvėjančius simptomus paaiškinančios somatinės ligos, pakartotinai įtarta somatoforminė autonominė disfunkcija. Psichiatro rekomenduoto medikamento pacientė nevartojo dėl nepageidaujamų reakcijų. Tęsėsi gydytojų konsultacijos, tyrimai, ligos istorijoje atsirado funkciniai sutrikimai: reumatologai diagnozavo fibromialgiją, rekomendavo konsultotis su gastroenterologais dėl dirgliosios žarnos sindromo. Greta somatinių simptomų kartojosi varginantys konversiniai judesiai, kalbos sutrikimo priepuoliai su aiškia sąmone, be amnezijos, psichogeniniu provokuojančiu komponentu, kurie vieną dieną tapo svarbiu gydymo psichiatrijos stacionare motyvu. Besikartojančios įvairių specialistų konsultacijos ir tyrimai, gydytojų nesutarimas ir kelių skirtingų diagnozių nustatymas sukelia pacientų nepasitikėjimą, neužtikrinamas efektyvus gydymas. Visa tai lėmė ne tik suprastėjusią pacientės gyvenimo kokybę, bet ir sunkų piktnaudžiavimą medikamentais ir antrinių lėtinų ligų atsiradimą. Hospitalizacijos psichiatrijos ligoninėje metu pacientė jau apie 1,5

metus nepaisydama gydytojų rekomendacijų vartojo gliukokortikoidus, kurie sukėlė įtrogeninį Kušingo sindromą (KS). Trumpalaikiam vartojimui gydytojai šalutinei somatinei ligai gydyti skyrė prednizoloną, kuris sumažino pacientę varginančius simptomus ir ji savavališkai nusprendė tęsti jo vartojimą. Literatūroje aprašomi atvejai, kada prednizolonas sukelia teigiamus afekto pakitimus net ir nepagerėjus bendrai fizinei būklei. Šis poveikis pasireiškia laikinu depresijos, nerimo simptomų ir nuovargio sumažėjimu, o energijos didėjimas lydi gerą jauseną ar net euforiją (8). Tokie afekto pakitimai galėjo padidinti piktnaudžiavimo prednizolonu riziką. Taip pat sisteminis ir ilgalaikis gliukokortikoidų vartojimas lemia pagumburio-hipofizės-antinksčių (PHA) ašies slopinimą, dėl to mažėjo AKTH gamyba pacientės organizme, tai lėmė antinksčių supresiją ir sumažino antinksčių išskiriamo kortizolio kiekį (9). Ilgalaikis gliukokortikoidų vartojimas taip pat turėjo įtakos antrinės arterinės hipertenzijos atsiradimui (10), aukštas pacientės kraujospūdis laikėsi net ir antihipertenzinių vaistų vartojimo pradžioje. Imuniteto slopinimas yra dar viena nepageidaujama reakcija sukelta piktnaudžiaujant prednizolonu ir gali lemti gyvybei pavojingų infekcijų atsiradimą (11). Stacionare nutraukiamas gliukokortikoidų vartojimas, tačiau pacientė išliko nekritiška ir nebuvo motyvuota nutraukti prednizolono vartojimo. Praėjus metams po hospitalizacijos psichiatrijos ligoninėje, pacientei išsivysto lėtinis antinksčių nepakankamumas. Nors vis dar nežinoma, kuriems pacientams greičiau išsivysto antinksčių nepakankamumas vartojant gliukokortikoidus, rekomenduojama po dviejų mėnesių gydymo steroidais atlikti laboratorinius AKTH ir kortizolio tyrimus, kad būtų galima įvertinti antinksčių veiklą. Taip pat pacientai turėtų būti informuojami apie KS ir antinksčių nepakankamumo išsivystymo galimybę, o atsiradus būdingiems požymiams kreiptųsi pas gydytoją (10).

Nustatant diagnozę tarptautinių ligų klasifikacijoje (TLK-10-AM) pateikiami SFS skirstomi į somatizacinį sutrikimą, nediferencijuotą somatoforminį sutrikimą, somatoforminę autonominę disfunkciją, nuolatinį somatoforminį skausmo sutrikimą, nespecifinį somatoforminį sutrikimą ir kitus somatoforminius sutrikimus (12). Jei dominuoja nerimas ir susirūpinimas, kad jau sergama viena ar keliomis somatinėmis ligomis, diagnozuojamas hipochondrinis sutrikimas. SFS diagnostiniai kriterijai yra painūs, apima abstrakčius negalavimus ir nepalankūs klinikinėje praktikoje (13, 14). Vyraujant vienos organų sistemos sutrikimui SFS diagnostiniai kriterijai persidengia su funkciniais sutrikimais. Šių sindromų kriterijai specifiškesni ir orientuoti į vieną ryškų simptomą, kaip antai Romos kriterijai dirgliosios žarnos sindromui, Oksfordo kriterijai lėtiniam nuovargiui ar fibromialgijos kriterijai (15 -17). Atlikti tyrimai aiškiai įrodo,

kad įvairūs funkciniai sutrikimai nėra atskiros ligos ir turi bendrus patofiziologinius, diagnostikos ir atsako į gydymą panašumus (18). Įvairių sričių gydytojai nevengia diagnozuoti kelių sindromų vienam pacientui, todėl tai tik dar labiau apsunkina diagnostikos procesą.

Nuo 2013 metų Diagnostiniame ir statistiniame psichinių ligų vadove (ang. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) DSM-V somatizacinį, nediferencijuotą somatoforminį ir skausmo sutrikimus keičia vienas vienintelis somatinio simptomo sutrikimas (ang. Somatic symptom disorder). Iš šios grupės atskiriamas hipochondrinis sutrikimas, kuris pavadintas ligos nerimu (ang. Illness anxiety disorder). Somatinio simptomo sutrikimas nebeturi vieno iš pagrindinių SFS kriterijaus, jog simptomas būtina turi būti nepaaiškinamas mediciniškai ir išryškina naują pagrindinį kognityvinį kriterijų. Sunkūs ir ilgai besitęsiantys somatiniai negalavimai sukelia neadekvačias ir nuolatinės mintis susijusias su paciento būkle, tai lemia nerimą ir dėl to keičiasi paciento elgesys, kada pernelyg daug laiko ir energijos skiriama rūpinimuisi dėl sveikatos būklės. Diagnostikoje atkreipiamas dėmesys į su liga susijusią paciento emocinę būseną, mąstymą. Sekdama šiuo pavyzdžiu, Pasaulinė sveikatos organizacija vis dar plėtoja būsimą TLK-11, tačiau jau užsimenama apie 3 naujų sutrikimų atsiradimą psichinių ligų kategorijoje. Vienas iš jų kūno distresinis sutrikimas, kuris turėtų pakeisti funkcinis sutrikimus ir SFS, išskiriant hipochondrinį sutrikimą taip pat kaip atskirą. Naująją diagnostinę kategoriją tiksliausiai apibūdina jau seniai pasiūlytas ir tyrinėjamas kūno distresinis sindromas (18, 19). Naujoji diagnostinę kategoriją jungia tiek vienos konkrečios organų sistemos sutrikimus, tiek skirtingose kūno vietose pasireiškiančius simptomus. Kitaip nei DSM-V kūno distresiniu sutrikimu siekiama pabrėžti somatinius simptomus, kurie išsekina pacientą, sutrikdo kasdienį funkcionavimą, o ne sukelia kojų elgesį ar mintis (20).

### Išvados

Šis retas klinikinis atvejis rodo sudėtingą problemą klinikinėje praktikoje susidūrus su simptomais, kuriuos norima pagrįsti atliekant daugybę tyrimų, tačiau galiausiai nerandama jokios somatinės patologijos. SFS diagnostiniai kriterijai tiksliausiai apibūdina šį simptomų pasireiškimą, tačiau jie painūs ir sunkiai pritaikomi klinikinėje praktikoje, o jų diagnostinių kriterijų persidengimas su funkciniais sutrikimais tik dar labiau apsunkina šių pacientų diagnostiką. Vienos konkrečios apibūdinančios diagnozės nebuvimas neužtikrina efektyvaus gydymo pasirinkimo. Tai sukelia ne tik paciento gyvenimo kokybės suprastėjimą, bet ir gali lemti piktnaudžiavimą medikamentais bei antrinių lėtinųjų ligų išsivystymą. Ateityje tikimasi apjungti SFS ir funkcinis

sutrikimus į vieną naują diagnostinę kategoriją. Tai padėtų lengviau atpažinti somatinius simptomus ir užtikrinti pacientams efektyvų ligos eigos valdymą ir gydymą.

## Literatūra

- Haller H, Cramer H, Lauche R, Dobos G. Somatoform disorders and medically unexplained symptoms in primary care. *Dtsch Aerzteblatt Online* 2015 Apr 17; Available from: <https://www.aerzteblatt.de/10.3238/arztebl.2015.0279>  
<https://doi.org/10.3238/arztebl.2015.0279>
- Henningsen P. Management of somatic symptom disorder. *Dialogues Clin Neurosci* 2018;20(1):9.
- Möller H-J, Laux G, Deister A. *Psychiatrie, psychosomatic and psychotherapie*. Stuttgart: Georg Thieme Verlag KG; 2013.  
<https://doi.org/10.1055/b-002-6253>
- Creed F, Guthrie E, Fink P, Henningsen P, Rief W, Sharpe M. et al. Is there a better term than "Medically unexplained symptoms"? *J Psychosom Res* 2010 Jan;68(1):5-8.  
<https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2009.09.004>
- Schaefer R, Laux G, Kaufmann C, Schellberg D, Bölter R, Szecsenyi J. et al. Diagnosing somatisation disorder (P75) in routine general practice using the International Classification of Primary Care. *J Psychosom Res* 2010 Sep;69(3):267-77.  
<https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2010.05.003>
- Henningsen P, Zipfel S, Herzog W. Management of functional somatic syndromes. *The Lancet*. 2007 Mar;369(9565):946-55.  
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)60159-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(07)60159-7)
- Rask MT, Ørnboel E, Rosendal M, Fink P. Long-term outcome of bodily distress syndrome in primary care: a follow-up study on health care costs, work disability, and self-rated health. *Psychosom Med* 2017 Apr;79(3):345-57.  
<https://doi.org/10.1097/PSY.0000000000000405>
- Swinburn C, Wakefield J, Newman S, Jones P. Evidence of prednisolone induced mood change ('steroid euphoria') in patients with chronic obstructive airways disease. *Br J Clin Pharmacol* 1988 Dec;26(6):709-13.  
<https://doi.org/10.1111/j.1365-2125.1988.tb05309.x>
- Manubolu S, Nwosu O. Exogenous Cushing's syndrome secondary to intermittent high dose oral prednisone for presumed asthma exacerbations in the setting of multiple emergency department visits. *J Clin Transl Endocrinol Case Rep* 2017 Dec;6:4-8.  
<https://doi.org/10.1016/j.jecr.2017.07.001>
- Pektas SD, Dogan G, Cinar N. Iatrogenic Cushing's syndrome with subsequent adrenal insufficiency in a patient with psoriasis vulgaris using topical steroids. *Case Rep Endocrinol* 2017;2017:1-3.  
<https://doi.org/10.1155/2017/8320254>
- Paul EM, Jose S, Achar Y, Raghunath BD. Prednisolone induced Cushing syndrome: a case report. *Indian J Pharm Pract* 2016 Jun 1;9(2):141-2.  
<https://doi.org/10.5530/ijopp.9.2.15>
- TLK-10-AM / ACHI / ACS elektroninis vadovas. Available from: <http://ebook.vlk.lt/e.vadovas/index.jsp?topic=/lt.webmedia.vlk.drg.icd.ebook.content/html/icd/5skyrus.html>
- Dimsdale JE, Creed F, Escobar J, Sharpe M, Wulsin L, Barsky A. et al. Somatic symptom disorder: an important change in dsM. *J Psychosom Res* 2013 Sep;75(3):223-8.  
<https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2013.06.033>
- Gureje O. Classification of somatic syndromes in ICD-11: current opinion psychiatry 2015 Sep;28(5):345-9.  
<https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000186>
- Wolfe F, Clauw DJ, Fitzcharles M-A, Goldenberg DL, Häuser W, Katz RL. et al. 2016 Revisions to the 2010/2011 fibromyalgia diagnostic criteria. *Semin Arthritis Rheum*. 2016 Dec;46(3):319-29.  
<https://doi.org/10.1016/j.semarthrit.2016.08.012>
- Moayyedi P, Mearin F, Azpiroz F, Andresen V, Barbara G, Corsetti M, et al. Irritable bowel syndrome diagnosis and management: A simplified algorithm for clinical practice. *United Eur Gastroenterol J* 2017 Oct;5(6):773-88.  
<https://doi.org/10.1177/2050640617731968>
- Yancey JR, Hospital FBC, Belvoir F. Chronic fatigue syndrome: diagnosis and treatment. *Chronic Fatigue Syndr* 2012;86(8):6.
- Fink P, Schröder A. One single diagnosis, bodily distress syndrome, succeeded to capture 10 diagnostic categories of functional somatic syndromes and somatoform disorders. *J Psychosom Res* 2010 May;68(5):415-26.  
<https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2010.02.004>
- Fink P, Toft T, Hansen MS, Ørnboel E, Olesen F. Symptoms and syndromes of bodily distress: an exploratory study of 978 internal medical, neurological, and primary care patients. *Psychosom Med* 2007 Jan;69(1):30-9.  
<https://doi.org/10.1097/PSY.0b013e31802e46eb>
- Budtz-Lilly A, Schröder A, Rask MT, Fink P, Vestergaard M, Rosendal M. Bodily distress syndrome: a new diagnosis for functional disorders in primary care? *BMC Fam Pract*. 2015 Dec;16(1). Available from: <http://bmcfampract.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12875-015-0393-8>  
<https://doi.org/10.1186/s12875-015-0393-8>

## MISUSE OF PREDNISOLONE INDUCED CUSHING'S SYNDROME: A CASE REPORT

K.Budrytė, M.Karnickas

Key words: iatrogenic Cushing's syndrome, prednisolone, somatoform disorder, function disorder, bodily distress disorder.

### Summary

Somatic symptoms, which have not been sufficiently explained by organic causes after a thorough physical examination, are core characteristic of the somatoform disorders. Somatic symptoms are highly prevalent in primary care, but somatoform disorders are underdiagnosed and its diagnostic criteria are conceptually overlapping with functional disorders. The objective of this clinical

cal case report is to highlight severe and enduring course of somatoform disorders. Multiple consultations with negative investigation results and incomplete diagnosis associated with distrust of treatment and unsuccessful management of somatoform disorder. As a consequence, this have caused functional disability and severe misuse of prednisolone, which induced Cushing's syndrome and occurrence of chronic diseases. A new suggested diagnostic category, which may replace diagnostic categories of functional

disorders and of the somatoform disorders, is discussed. This may solve the diagnostic challenge and ensure effective management and treatment of somatoform disorders.

Correspondence to: kbudrytes@gmail.com

Gauta 2019-05-09

---