

Врз основа на член 27 став (1) од Законот за здравствената заштита („Службен весник на Република Македонија“ број 43/12, 145/12 и 87/13), министерот за здравство донесе

У П А Т С Т В О
ЗА ПРАКТИКУВАЊЕ НА МЕДИЦИНА ЗАСНОВАНА НА ДОКАЗИ ПРИ
ДИФЕРЕНЦИЈАЛНА ДИЈАГНОЗА НА ЕПИЗОДИСКИ СИМПТОМИ

Член 1

Со ова упатство се пропишува медицинско згрижување преку практикување на медицина заснована на докази при диференцијална дијагноза на епизодиски симптоми.

Член 2

Начинот на диференцирање на епизодиски симптоми е даден во прилог, кој е составен дел на ова упатство.

Член 3

Здравствените работници и здравствените соработници ја вршат здравствената дејност на медицинско згрижување при диференцијална дијагноза на епизодиски симптоми 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 медицинското згрижување, при што од страна на докторот тоа 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. 07-8929/2
30 ноември 2013 година
Скопје

МИНИСТЕР
Никола Тодоров

ДИФЕРЕНЦИЈАЛНА ДИЈАГНОЗА НА ЕПИЗОДИСКИ СИМПТОМИ

МЗД Упатство
25.08.2010

- Основи
- Класификација на епизодиските симптоми во примарната здравствена заштита
- Типични епизодиски симптоми
- Дијагноза
- Понатамошни испитувања
- Референци

ОСНОВИ

- Најголемиот број епизодиски симптоми се бенигни, но веројатноста од потенцијална појава на сериозна состојба би требало да се земе предвид.
- Анамнезата е најважниот инструмент во испитувањето на епизодиските симптоми. Почетокот на симптомите, провокативните фактори, развојот/текот на симптомите и состојбата на пациентот по настанатата епизода се особено важни во истражувањето на симптомите.
- Некои понатамошни испитувања треба да се вршат во согласност со претпоставената етиологија.

КЛАСИФИКАЦИЈА НА ЕПИЗОДИСКИТЕ СИМПТОМИ ВО ПРИМАРНАТА ЗДРАВСТВЕНА ЗАШТИТА

- Онесвестување, односно васовагална синкопа;
- Хипогликемична епизода;
- Епизода, поврзана со срцева или со белодробна болест;
- Епизода, поврзана со невролошка болест или симптом:
 - Епилептични напади:
 - Генерализирани напади;
 - Фокални напади.
- Нарушувања на церебралната циркулација:
 - ТИА или мозочен удар од каротидната циркулација;
 - ТИА или мозочен удар од вертебробазиларната циркулација.
- Транзиторна глобална амнезија (ТГА).
- Пароксизмална главоболка:
 - Примарна главоболка;
 - Секундарна главоболка.
- Пароксизмална вртоглавица:
 - Бенигно постурално/позициско вертиго;
 - Акутна вестибулопатија;
 - Напад на Мениерова болест.
- Колапс, поврзан со ортостатика;
- Психогени причини.

ТИПИЧНИ ЕПИЗОДИСКИ СИМПТОМИ

- **Онесвестувањето** може да се идентификува со присуството на претходна емотивна состојба на стрес (земање крв, емоционален немир), знаците и симптомите на предсинкопа (бледило, препотување, пациентот не се чувствува добро), краткотрајност (помалку од 1 минута) и краткотраен период на опоравување. Дехидратацијата, анемијата или хипогликемијата може сигнификантно да придонесат за онесвестувањето.
- **“Drop” атаката** означува ненадеен губиток на мускулниот тонус без губиток на свест. Ова е најчестата причина за паѓањата кај возрасните. Мало нарушување на церебралната циркулација ќе доведе до паѓање на пациентот, но нема да предизвика губиток на свест.
- **Хипогликемичната атака** се манифестира со: брза срцева работа, препотување, чувство на глад, тремор, главоболка, конфузност, визуелни нарушувања, како и иритабилност и други транзиторни емоционални симптоми. Симптомите ќе исчезнат штом нивото на серумската гликоза ќе започне да се поправа.
- Податок за срцево заболување/симптоми упатуваат на кардиогено потекло (кардијална аритмија, градна болка) и се индикативни за **кардиогените епизоди** (исхемична срцева болест, валвуларен дефект, нарушувања во спроводниот систем, долг QT синдром, WPW синдром, SVT, вентрикуларна тахикардија, итн):
 - Ако пациентот е со изгубена свест, таа веднаш ќе се поврати штом ќе се воспостави нормална циркулација. Обично, овде нема конвулзии или постиктална конфузност, но краткотрајно треперење на екстремитетите може да се забележи.
 - Како дополнителни симптоми на колапсот се типичните симптоми на пулмоналната емболија: диспнеја, градна болка и кашлање.
- **Генерализираниот епилептичен напад** се карактеризира со нагла појава на губиток на свест, ритмични тонично-клонични конвулзии, инконтиненција, бавно опоравување и постиктална конфузност. Пациентот може да се повреди:
 - Времетраењето на нападот е околу 1 минута.
- Знаците кои упатуваат на **фокалниот епилептичен напад** се состојат од невролошки продромни симптоми (“аура”, епигастрични сензации, déjà-vu феномени, сензорни нарушувања, говорни нарушувања, тресење на екстремитетите, патолошки тонични положби), нагол почеток, поматена свест и, во некои случаи, прогресија на состојбата во тонично-клонични конвулзии.
- **Нарушувања на церебралната циркулација** се карактеризираат со нагол почеток на симптоми кои упатуваат на невролошки дефицит. Симптомите може да се намалат или да се отсутни за време на состојбата. Вон епизодите на ТИА, кај најголемиот број пациенти ќе останат резидуални знаци кои се регистрираат при прегледот.
 - Пациентите со епизоди на ТИА имаат кардиоваскуларни ризик фактори. Времетраењето на симптомите е помалку од 24 часа.
 - Во текот на ТИА, која потекнува од каротидниот слив, кај пациентот се јавува унилатерална слабост на екстремитетите, транзиторен губиток на видот или нарушување во говорот (кога е зафатена доминантната хемисфера).
 - Во текот на ТИА, со потекло од вертебробазиларниот слив, кај пациентот се јавува вртоглавица, заматен вид, диплопија, говорни тегоби и drop атаки (диференцирањето може да биде отежнато).
- **Примарната главоболка** се манифестира како епизоди кои се повторуваат и имаат слични карактеристики. Абнормалности не се детектираат при прегледот. Пациентот со секундарна главоболка (на пример ако е настаната заради нарушување во церебралната циркулација или мозочен тумор), типично, ќе покаже патолошки знаци при прегледот и нема да ги содржи критериумите на ниту една причина одговорна за настанување на примарната главоболка.
- **Транзиторната глобална амнезија (ТГА)** претставува епизода која трае неколку часа и во тој период пациентот не е во состојба да процесуира нова меморија. Однесувањето на пациентот отстапува од нормалното, тој постојано ги повторува истите прашања и има впечатливи грешки во сеќавањето за случките за време на епизодата. Овде не постојат

симптоми кои би сугерирале поврзаност со епилептичните напади или со нарушувањата во вертебробазиларната циркулација. Спротивно од епизодата на ТИА, типичната епизода на ТГА не е поврзана со зголемен ризик за мозочен удар. Точната етиологија на ТГА сè уште не е целосно разјаснета.

- Кај **бенигното позициско вертиго** извесни промени во позицијата на главата условуваат појава на жестоко транзиторно вертиго кое не е поврзано со други невролошки симптоми. Интензивното вертиго има кусо времетраење и веднаш потоа пациентот добро се чувствува, сè додека промената во положбата на главата не испровоцира друга епизода на ротаторно вертиго.
 - Другите причини за акутното вертиго ги вклучуваат акутните вестибулопатии и епизодата на Мениеровата болест.
- При **ортостатика**, чувството на слабост, вртоглавица или чувството блиску до колапс се поврзани со станување. Најчесто, пациентот е возрасна индивидуа и користи повеќе различни лекови. Автономната невропатија (на пример: поврзана со дијабетот) ги влошува симптомите.
- Колапсот кој е резултат на **психогени причини** се манифестира со: страв, анксиозност, паника и хипервентилација. Пациентот дава податоци за претходни слични вакви епизоди.
- Причините кои поретко создаваат епизодиски симптоми се состојат од:
 - Хиперсензитивност на каротидниот синус (каротидна синус синкопа):
 - Стимулација на каротидниот синус (тесен околувратник) ќе предизвика колапс кај пациентот преку вагалниот рефлекс.
 - Нарколепсија:
 - Симптомите се состојат од: зголемена потреба за спиење, катаплексија (нагол губиток на мускулниот тонус на волевата мускулатура, поврзано со, на пример, смеање), парализа на сонот и халуцинации при заспивање или пред буење.

ДИЈАГНОЗА

Анамнеза, статус и испитувања од прв избор

- Многу е важно да се добие **јасен опис на случките**. Како надополнување на анамнезата земена од пациентот, описот на случките даден од сведоците ќе претставува основа за дијагнозата. Податоците за минатите болести на пациентот, лековите кои ги користи (антихипертензиви, антипсихотици и други вазоактивни лекови) и фамилијарната анамнеза (на пример, епилепсија, мигрена, нагла смрт, податок за присуство на QT синдром), сите, треба да се вклучат во одлучувањето за изборот на испитување.
- **Физикален преглед**
 - Како изгледа пациентот (добро, изморено, вознемирено).
 - Знаци на траума (може да бидат причина на епизодата со засегање на свеста или на секундарното паѓање).
 - Знаци за искасан јазик, инконтиненција (сугерираат на епилептичен напад).
 - Отоци, други знаци на срцево заболување (сугерираат на срцева етиологија).
- **Кардиоваскуларен статус**
 - Пет важни точки:
 1. Анамнеза, лекови;
 2. Клинички знаци: општа состојба, пулсации на југуларната вена, артериски пулс, крвен притисок, аускултација на срце;
 3. ЕКГ;
 4. Рентгенграфија на граден кош;
 5. Лабораториски тестови.
 - Ортостатскиот тест е важен особено кога се испитува пациент со податок за претходен колапс. Тестот е позитивен ако систолниот притисок е понизок за >15-20mmHg при

исправување. Потребно е да поминат најмалку 2 минути кога се очекува веројатното паѓање на крвниот притисок.

- Внимателното испитување со ЕКГ е многу важно (исхемични промени, ритам, ектопичен ритам, PR-време, QT-време, итн).
- **Невролошки статус**
 - Пет важни точки:
 1. Анамнеза;
 2. Клинички знаци: ниво на свест, вратна ригидност, знаци за искасан јазик, кранијални нерви, невролошки дефицит/билатерална разлика;
 3. КТМ;
 4. Примерок од ликворот за испитување (и други лабораториски тестови);
 5. ЕЕГ.
 - Засегната свест и немоќ за соработка упатуваат на епилепсија или на некоја друга невролошка етиологија. Лабораториските и другите тестови треба да се преземат по внимателно разгледување на анамнезата и наодот од прегледот.
 - Ако за колапсот на пациентот, базиран на анамнезата и физикалниот преглед, се постави сомнение дека настанал од некоја акутна невролошка состојба (на пример, нарушена церебрална циркулација), треба да се размислува за итен КТМ скен.
 - Лумбалната пункција треба да се спроведе како дополнување на КТМ скенирањето, на пример ако се постави сомнение за САХ.
 - Електроенцефалограмот треба да се спроведе ако се постави сомнение дека епилептичниот патогенетски механизам е причина на колапсот.
- Следниве испитувања треба да се спроведат:
 - Рутински тестови:
 - ЕКГ, гликемија, CRP, крва слика, креатинин, електролити;
 - Ако се смета за потребно: тестови за тиреоидната функција, тестови за присуство на некои супстанции (етанол, метанол, незаконски дроги, лекови).
 - Тестови за суспекција на кардиолошката етиологија или, пак, пулмонална емболија: ЕКГ, СК, СК-МВ, гасни анализи, D-dimeri, TnT, CRP.
 - Тестови по епилептичен напад: СК, серумска концентрација на антиепилептикот, Са, тестови на црнодробана функција, амонијак.

ПОНАТАМОШНИ ИСПИТУВАЊА

- Ако испитувањата од прв ред упатуваат на кардиолошко потекло, треба да се размислува за следниве испитувања: ехокардиограм, амбулантски ЕКГ мониторинг и вежби-толеранс тестот (ннд-С).
- Амбулантското мониторирање на крвниот притисок може да биде корисно ако е поставено сомнение за ортостатска појава кај болниот.
- За спроведување на следните невролошки испитувања треба да се размислува одделно за секој пациент: КТМ-ангиографија, МР, МР-ангиографија или ЕЕГ (во сон, видео или амбулантски ЕЕГ мониторинг).
- Тестирањето на функциите на автономниот нервен систем може да биде од корист за евалуацијата на неговиот статус. Tilt-тестот може да даде повеќе информации кај случаите со рекурентна синкопа.

РЕФЕРЕНЦИ

1. Linzer M, Yang EH, Estes NA 3rd, Wang P, Vorperian VR, Kapoor WN. Diagnosing syncope. Part 1: Value of history, physical examination, and electrocardiography. Clinical Efficacy Assessment Project of the American College of Physicians. Ann Intern Med 1997 Jun 15; 126(12):989-96. **PubMed**

Authors: Mikko Kallela Previous authors: Marjaana Luisto Article ID: ebm00749 (036.004) © 2012 Duodecim Medical Publications Ltd

1. **EBM Guidelines, 25.08.2010, www.ebm-guidelines.com**
2. **Упатството треба да се ажурира еднаш на 5 години.**
3. **Предвидено е следно ажурирање до август 2015 година.**