

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 ЕГЗАМИНАЦИЈА НА ПАЦИЕНТ ПО ЕПИЛЕПТИЧЕН НАПАД**

#### **Член 1**

Со ова упатство се утврдува медицинското згрижување при егзаминација на пациент по епилептичен напад.

#### **Член 2**

Начинот на медицинското згрижување при егзаминација на пациент по епилептичен напад 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 егзаминација на пациент по епилептичен напад 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 егзаминација на пациент по епилептичен напад („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. 17-2602/1  
27 февруари 2015 година  
Скопје

**МИНИСТЕР**  
**Никола Тодоров**

---

## ЕГЗАМИНАЦИЈА НА ПАЦИЕНТ ПО ЕПИЛЕПТИЧЕН НАПАД

МЗД Упатство  
4.4.2014

- Основи
- Епидемиологија и дефиниција
- Етиологија
- Типови напади
- Анамнеза
- Клинички слика
- Лабораториски тестови
- Дополнителни испитувања кои се преземаат во невролошкиот оддел
- Кардиолошки испитувања
- Поврзани извори
- Референци

### ОСНОВИ

- Првиот доктор кој ќе го прифати пациентот треба да го забележи текот на нападот, вклучувајќи ги и предикталните и постиктални знаци и симптоми.
- Сведоците кои се вклучени во настанот се од најголема важност и треба итно да бидат контактирани по нападот, на пример, лицето кое го придружувало пациентот и е сведок на нападот, лично или телефонски. Ова може да биде од клучно значење за поставување на дијагнозата.
- Пациентот треба да се упати на соодветни невролошки тестови, кои ќе помогнат во утврдувањето на дијагнозата и во разрешувањето на етиологијата (на пример: епилепсија која прв пат се јавува кај повозрасната популација, мозочен тумор како можна причина, итн.).
- Невроимицинг испитувањата треба бргу да се спроведат, ургентност не е неопходна.
- Дијагностичкиот пристап по првиот напад кој е поврзан со алкохолната апстиненција треба да биде идентичен како кај епилептичниот напад, односно потребна е компјутеризирана томографија на мозокот.
- Ако епизодата на изгубена свест по својата природа не е епилептична, тогаш, во случај пациентот да е возрасна особа, ќе му биде потребно кардиолошко испитување.

### ЕПИДЕМИОЛОГИЈА И ДЕФИНИЦИЈА

- Се смета дека 8-10% од целокупната популација ќе добие најмалку еден епилептичен напад во текот на својот живот, а 4-5% ќе развијат епилепсија.
- Помалку од 1% имаат активна епилепсија, односно имаат потреба од континуиран фармаколошки третман.
- Епилептичниот напад е транзиторно нарушување во функцијата на мозокот кое се должи на патолошка, прекумерна и синхронизирана електрична невронална активност во мозочните регии кои може да покажуваат најразлични димензии.
- Епилепсијата е мозочна болест при која мозокот има хронична тенденција да предизвикува епилептични напади, а пациентите дополнително може да имаат нарушувања на невролошки, когнитивен, ментален или социјален план, како последица на заболувањето.
- Ако заболувањето е поврзано со некој нагло настанат, исклучителен провоцирачки фактор (мозочна повреда, мозочно заболување или системско заболување) не би требало да

се третира како епилепсија доколку провоцирачкиот фактор може да се одстрани или да се лекува.

- За да се дијагностицира епилепсија пациентот мора да има барем еден епилептичен напад, а хроничниот фактор кој ги провоцира нападите мора да биде детектиран во мозокот. Обично, дијагнозата се поставува само кога тенденцијата за повторни напади е јасна, односно пациентот има најмалку барем 2 напади.

## ЕТИОЛОГИЈА

- Генетска причина:
  - Епилепсијата е предизвикана од дијагностициран или претпоставен генетски фактор, а епилептичните напади се главниот симптом на заболувањето.
- Структурно нарушување или метаболна причина:
  - Структурното нарушување или метаболната состојба односно заболување, за кои е познато дека се поврзани со зголемен ризик за епилепсија, може да се идентифицираат по епилепсијата. Ваквите состојби или заболувања може да бидат:
    - Конгенитални, како што е аберантен церебрален кортикален развој;
    - Стечени, како што се траума или инфекции на централниот нервен систем;
    - Причини кои се поврзани со други невролошки состојби, како што се нарушувања на церебралната циркулација, мозочни тумори, различни комплексни синдроми.
- Непозната причина:
  - Причината на епилепсијата може да е непозната во периодот на проценувањето. Меѓутоа, може да има тековна неидентифицирана генетска или структурна причина. Затоа, во овие случаи, етиологијата би требало регуларно повторно да се процени.

## ТИПОВИ НАПАДИ

- **Фокален напад:** симптомите укажуваат на оштетување во локализирана регија на мозокот и ја рефлектираат дисфункцијата на таа регија. Поголем дел од епилепсиите кај возрасната популација & припаѓаат на оваа група:
  1. Фокални напади со сочувана свест или сознание (од предходно едноставни парцијални напади), продромни симптоми (аура):
    - a. Моторни симптоми: контракции на екстремитетите, девијација на погледот или положба на главата или на телото, престанок на говорот;
    - b. Сензорни симптоми во: видот, слухот, мирисот или вкусот, вртоглавица;
    - c. Автономни симптоми, односно симптоми кои потекнуваат од автономниот нервен систем: палпитации, абдоминални сензации, потење, црвенило, бледило, пупиларна дилатација, саливација, сексуални реакции;
    - d. Психички симптоми: експресивни јазични нарушувања, нарушувања во помнењето, *déjà-vu* феномени, нарушувања во разбирањето, страв, анксиозност, еуфорија, халуцинации.
  2. Фокални напади со засегање на свеста или сознанието или можноста да одговара (од предходно комплексни парцијални напади):
    - a. Нападите може да започнат со еден или со повеќе од погоре наброените симптоми, кои се следени со нарушена свест, или епизодата може да започне директно со нарушување на свеста.
    - b. Во прилог може да се јават автоматизми, односно координирани или делумно координирани, бесцелни движења или однесувања за кои пациентот не е свесен, како што се мљацкање со усните, голтање, бесцелно одење или подигнување облека, соблекување, итн.
  3. Фокални напади кои преминуваат во билатерално конвулзивен напад (од предходно секундарно генерализирани напади):

И обата типа на фокални напади може да се развијат во напади со губиток на свеста и конвулзии, како што празнењето се шири и ги зафаќа двете мозочни хемисфери.

- **Генерализирани напади:** нагло нарушување на електричната активност на мозокот која настанува симултано во двете хемисфери. Нападите започнуваат со губиток на свеста и конвулзии кои се симетрични на двете страни од почетокот. Во генерализирани напади спаѓаат:
  - Тонично-клоничните напади, односно напади придружени со губиток на свеста и конвулзии, но без предиктални симптоми;
  - Куси абсансни напади кои започнуваат во детството (кусите епизоди на засегната свест кои започнуваат во возрастното доба се обично од фокална природа).

### АНАМНЕЗА

- Предиспонирачки фактори (депривација на сонот, внес на алкохол, особено прекин на алкохол после подолго консумирање, медикаменти, светлост што трепка).
- Со што се занимавал пациентот кога започнал нападот?
- Дали имало предиктални симптоми или сензации?
- Дали пациентот бил со сочувана свест за време на нападот?
- Опис на нападот од страна на сведок.
- Заздравување од нападот (брзо или постепено, ориентација, нарушување на паметењето).
- Уринарна или фекална инконтиненција.
- Дали порано пациентот имал поголем број епилептични напади со симптоми за мал напад, заради што не се обратил за медицинска помош (на пример, симптом кој се јавува на почетокот на тонично-клоничниот напад без да се генерализира)?

### КЛИНИЧКА СЛИКА

- Ако егзаминаторот е во состојба да го испита пациентот за време на нападот или непосредно потоа, важно е да се забележи:
  - Ориентација, конфузност, сеќавање на нападот;
  - Присуство на повреди, модринки, гребнатинки, исчашени зглобови;
  - Дали пациентот го гризнал јазикот;
  - Дали постојат унилатерални невролошки симптоми (транзиторна постиктална слабост на екстремитетите, настаната од нападот, односно Тодова парализа која упатува на епилепсија со фокална етиологија);
  - Пупиларна реакција, знакот на Бабински;
  - Дали е регистрирана претходна прекумерна употреба на алкохол или на други предходни интоксикации;
  - Крвен притисок, пулс, податоци за кардиоваскуларна етиологија.
- Ако лекарот не го види пациентот во првите неколку дена од нападот, нема да се регистрираат клиничките знаци. Меѓутоа, се препорачува да се бараат унилатерални невролошки симптоми и знаци на зголемен интракранијален притисок.

### ЛАБОРАТОРИСКИ ТЕСТОВИ

- Крвна слика, серумски натриум, калциум, калиум, креатинин, креатинин киназа и гликемија.
- TSH.
- ЕКГ (мора да се регистрира времето на реализација).

## ДОПОЛНИТЕЛНИ ТЕСТОВИ ШТО СЕ ПРЕЗЕМААТ ВО НЕВРОЛОШКИОТ ОДДЕЛ

- Целта на дијагностичката палета е: да се утврди дали нападите се епилептични или се неепилептични, да се дефинира типот на нападите со помош на прашања, да се идентификува епилептичниот синдром и да се утврди дали синдромот е предизвикан од структурна мозочна лезија.
- Оптималниот менаџмент се заснова на точно поставена дијагноза, односно треба да се идентифицираат типот на нападите, како и типот на епилепсијата или епилептичниот синдром
- ЕЕГ:
  - Оптималното време за реализирање на испитувањето треба да биде што е возможно побрзо по нападот: најпрво би требало да се направи иницијален ЕЕГ, потоа, по потреба ЕЕГ во сон. Ирритативните ЕЕГ промени (шилци, остри бранови, шилец-бран-комплекси) јасно упатуваат на епилепсија. Нормалните наоди на интерикталните ЕЕГ не ја исклучуваат веројатноста за епилепсија.
- МНР скенирањето е најпрепорачуваната метода кај епилепсијата:
  - МР е во можност да ги открие етиолошките фактори, кои не се детектираат со КТМ, како што се аберантни церебрални кортикални развојни промени.
  - КТМ се препорачува во акутната состојба и во состојби каде што МР е контраиндициран.
  - МР е индициран ако етиологијата на епилепсијата не е потврдена со КТМ во акутната состојба или со некои други испитувања.
- Ако наодите од МНР се нормални, а нападите продолжиле, повторна МНР со специјализиран протокол треба да се изведе во оддел кој е специјализиран за епилепсија. Често, повторените неврорадиолошки испитувања покажуваат промени кои не се прикажани на рутинските неврорадиолошки испитувања.
- Специјалните испитувања треба да се реализираат кај проблематичните случаи, како што е епилепсија, резистентна на терапија, во дијагнозата на атипичните напади и кога треба да се преземе хируршки третман:
  - Континуиран амбулантски ЕЕГ мониторинг, со цел да се обезбеди ЕЕГ за време на нападот;
  - ЕЕГ видеотелеметрија, со цел да се обезбеди ЕЕГ со симултан видео запис за време на нападот.

## КАРДИОЛОШКИ ИСПИТУВАЊА

- Амбулантскиот континуиран ЕКГ мониторинг и tilt-тестот би требало да се спроведат со цел да се диференцираат случаите каде што е нејасно дали нападите се епилептични и каде што невролошките испитувања не успеале да ја разјаснат епилептичната етиологија.

## ПОВРЗАНИ ИЗВОРИ

### Литература

- Shorvon SD. Handbook of epilepsy treatment: Forms, causes and therapy in children and adults. 2nd Edition. Blackwell Publishing, 2005.
- Authors: This article is created and updated by the EBMG Editorial Team Article ID: rel00283 (036.025) © 2014 Duodecim Medical Publications Ltd

## РЕФЕРЕНЦИ

1. Berg AT, Berkovic SF, Brodie MJ et al. Revised terminology and concepts for organization of seizures and epilepsies: report of the ILAE Commission on Classification and Terminology, 2005-2009. *Epilepsia* 2010;51(4):676-85.

Authors: Reetta Kälviäinen and Esa Mervaala

Previous authors: Antero Pilke and Unto Nousiainen Article ID: ebm00765 (036.025) © 2014  
Duodecim Medical Publications Ltd

1. **EBM Guidelines, 4.4.2014, [www.ebm-guidelines.com](http://www.ebm-guidelines.com)**
2. **Упатството треба да се ажурира по 3 години.**
3. **Предвидено е следно ажурирање во 2017 година.**

**Упатството го ажурирала: Д-р Наталија Долненец-Банева**  
**Координатор: Проф. Д-р Катица Зафировска**