

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
НЕВРОЛОШКИ ОКУЛАРНИ СИМПТОМИ

Член 1

Со ова упатство се пропишува медицинското згрижување преку практикување на медицина заснована на докази при невролошки окуларни симптоми.

Член 2

Начинот на третман на невролошките окуларни 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 невролошки окуларни 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. 07-8940/2
30 ноември 2013 година
Скопје

МИНИСТЕР
Никола Тодоров

НЕВРОЛОШКИ ОКУЛАРНИ СИМПТОМИ

МЗД Упатство
4.01.2012

- Основи
- Нарушување во острината на видот
- Различна големина на пупилите (анизокорија)
- Диплопија (двојни слики)
- Офталмоплегџа
- Папилоедем
- Референци

ОСНОВИ

- Дејството на невро-офталмичката лезија и сите нејзини можни причини може да се детектираат со испитување на:
 - Острината на видот;
 - Видното поле;
 - Движењето на очните булбуси;
 - Пупиларната реакција;
 - Разликата во големината на пупилите.
- За дијагноза и третман потребна е соработка меѓу офталмологот и неврологот.

НАРУШУВАЊЕ ВО ОСТРИНАТА НА ВИДОТ

- Внимателно земени анамнестички податоци:
 - Дали нарушувањето на видот е само на едното око или на двете?
 - Дали видот се влошил нагло или постепено?
 - Нагло влошување: васкуларна лезија?
 - Пациент над 50 години: исхемична оптичка невропатија (почетокот не е секогаш нагол и во некои случаи видот може да се влошува по неколку дена).
 - Влошување по неколку дена: оптички невритис?
 - Особено кај млади адулти.
 - Постепено влошување на едната страна: компресија на оптичкиот нерв?
 - Како пациентот ја забележал теобата?
 - Дали со покривање на едното око: причината може да потекнува од едното око, како што е катарактата или макуларната дегенерација.
 - Ако острината на видот е нарушена само на едното око, важно е да се испита пупиларната реакција пред да се започне со дилатирање: релативниот пупиларен аферентен дефект е единствениот објективен знак на унилатералната или асиметричната оптичка лезија.

РАЗЛИЧНА ГОЛЕМИНА НА ЗЕНИЦИТЕ (АНИЗОКОРИЈА)

- Физиолошката анизокорија е доста честа, во 20% од пупулацијата имаат зеници со нееднаква големина.

- Иницијално прашајте го пациентот за претходна операција или траума на очите, или ставени капки? Колку долго пупилите се со нееднаква големина (дали пациентот има стари фотографии)?
- Прегледајте ги двете зеници, дали тие реагираат нормално?
- Ако двете зеници реагираат нормално, дали пациентот има Хорнеров синдром или физиолошка анизокорија:
 - Хорнеров синдром (нарушување на симпатичката инервација): птоза и миоза (повремено истострано нарушување на потењето) (слика 1);
 - Важно е да се локализира страната за спроведување понатамошни соодветни испитувања;
 - Акутниот Хорнеров синдром со истострана лицева/вратна болка е сомнителен за каротидна дисекција:
 - Итни neuroimaging испитувања на каротидните артерии.
 - Кај младите лица (жени) една зеница може да покаже интермитентна дилатација (часови-денови): мигренска варијанта?
- Унилатерална засегнатост на пупиларниот одговор: нарушување на парасимпатичката инервација:
 - Дилатирана една зеница, симетрична и без реакција на светлост: пареза на окуломоторниот нерв заради аневрзма или друга компресија. Скоро секогаш диплопија (може да биде многу блага).
 - Окуломоторна пареза+дилатирана фиксирана зеница: итна МР на мозокот и МРА.
 - Кај повреден пациент или пациент во несвесна состојба, дилатираната зеница може да упатува на зголемен интракранијален притисок и опасност од хернијација.
- Ако единствениот знак е фиксирана и дилатирана зеница, внесете 1% пилокарпински капки во секое око (незафатеното око ќе се употреби како контролно):
 - Ако пупилата се контрахира: сомнение за аневрзма на базиларната артерија?
 - Ако пупилата не се контрахира: сомнение за фармаколошка блокада? Администриран бил атропински препарат во окото, случајно или со цел;
 - Дали пациентот бил во контакт со растенија, дали работи во болница, дали во фамилијата има некој член кој страда од иридит или, пак, пациентот користел некој вид на лепенка против повраќање?
- Ако едната зеница е лесно ирегуларна, со сиромашна реакција на светлост и при осветлување со светлосна ламба се создаваат црвовидни движења на работ на зеницата, тогаш пациентот веројатно има тонична зеница (Адиева пупила):
 - Зафатената зеница иницијално е поголема отколку контралатералната зеница, со текот на годините ќе се намали, но реакцијата ќе остане сиромашна, бавна и тонична;
 - Почеста е кај младите жени;
 - Во 20-30% од пациентите состојбата ќе стане билатерална. Пателарните рефлекс се отсутни кај една третина од пациентите;
 - Тоничната пупила се контрахира со 0.1% пилокарпин (суперсензитивна денервација);
 - Тоничната зеница е бенигна состојба, понатамошни испитувања не се потребни.

ДИПЛОПИЈА (ДВОЈНИ СЛИКИ)

- Важни се анамнестичките податоци: бинокуларна или моноокуларна диплопија?
- Ако диплопијата се отстранува кога пациентот ќе го покрие едното око, тогаш причината за диплопијата е тоа око: корнеа, ленс, макула:
 - Да се упати на офталмолог.
- Бинокуларна диплопија: вистински двојни слики.
- Интермитентна диплопија, повеќе при замор: пациентот може да има хетерофорија:
 - Треба да се спроведе тестот со покривање;
 - Прегледајте ги движењата на очните булбуси: дали има некој дефицит?

ОФТАЛМОПЛЕГИЈА

Окуломоторен нерв (трет кранијален нерв)

- Окуломоторниот нерв ги инервира поголемиот број мускули кои се одговорни за движење на булбусите, m.levator palpebrae-подигнувач на горниот капак и мускулите кои ја контролираат големината на зеницата.
- Комплетна окуломоторна парализа: птоза со сиромашна елевација, депресија и аддукција на булбусот, окото е свртено кон надвор (+лесно кон долу) и пупилата е дилатирана без реакција на светлост. Се бара итно спроведување на neuroimaging испитувањата: веројатно е присутна аневризма или друга причина за компресијата на нервот.
- Ако окуломоторната парализа е комплетна, но без инволвираност на зеницата, најверојатно дијагнозата е микроинфаркт кој го засега самиот нерв:
 - Ќе се повлече за неколку месеци;
 - Ако пациентот е повозрасен и има васкуларни ризик фактори, не се индицирани neuroimaging испитувањата, потребно е уредно следење на состојбата.
- Сомнение за веројатен темпорален артерит.
- Нормалната зеница не ја исклучува компресијата на нервот кај инкомплетната окуломоторна парализа.

Трохлеарен нерв (четврт кранијален нерв)

- Трохлеарниот нерв ги инервира мускулите кои овозможуваат депресија, адукција и инторзија на булбусот.
- Парализата на трохлеарниот нерв доведува до диплопија, која се нагласува при поглед надолу, читање, јадење.
- Видливата диплопија, често е присутна уште од раѓање, но може да не се развие дури и до 20-30 година од животот. Стари фотографии се корисни за дијагностицирање: карактеристичен наклон на главата.
- Бидејќи трохлеарниот нерв се раѓа од задната страна на мозочното стебло, тој е најчесто траматски повредуваниот нерв: паѓање наназад, ненадеен удар.
- Парализата на трохлеарниот нерв може да биде предизвикана и од микроинфаркт. Во поретки случаи компресијата на нервот е причина за тоа.

N. abducens (шести кранијален нерв)

- N. abducens го инервира латералниот прав мускул на окото. Парализата на зафатениот булбус оневозможува абдукција и доведува до езотропија.
- Кај повозрасните пациенти најчестата причина е микроинфаркт на нервот, кој ќе се повлече спонтано за неколку месеци.
- Во другите причини спаѓаат компресијата и лезијата на кавернозниот синус.
- Ако интракранијалниот притисок е зголемен, пациентот може да покажува унилатерална или билатерална парализа заради афекција на двата нерва.
- Нуклеарната лезија во мозочното стебло е придружена со други невролошки знаци и типични парези.
- Лезија на јадрата на n.abducens не создава изолирана абдуценс-парализа, туку предизвикува пареза на погледот.

Интернуклеарна офталмоплегија

- Интернуклеарната офталмоплегија е најчестото нарушување во движењето на булбусите кај мултипната склероза.
- Лезијата е во fasciculus longitudinalis medialis, заради што информацијата не поминува од јадрото на n. abducens до јадрото за m.rectus medialis.
- На пример, при поглед кон лево, десниот булбус не успева да аддуцира, а левиот булбус може да демонстрира отсечни движења (нистагмус).

- Васкуларната етиологија е најчестата етиологија за интернуклеарната офталмоплегија кај повозрасните луѓе.

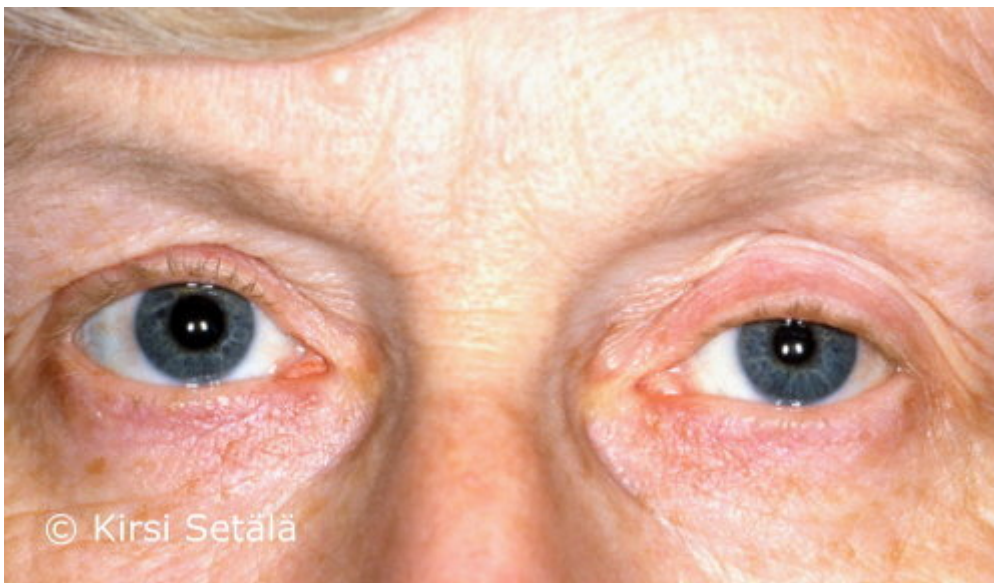
Мијастенија гравис

- Ако пациентот има интермитентна диплопија, која се нагласува при замор, но независно дали парезата е унилатерална или билатерална, треба да се постави сомнение за веројатна мијастенија.
- Мијастенија гравис може да имитира какво било растројство во движењето на очните булбуси, вклучувајќи ја и парализата на окуломоторниот нерв и интернуклеарната офталмоплегија.

ПАПИЛОЕДЕМ

- Состојбата (речиси секогаш) е билатерална (слика 2, 3).
- Губиток на спонтаната пулсација.
- Острината на видот е добра.
- Знаци за зголемен интракранијален притисок (главоболка, гадење, редуцирана свест).
- Причините за папилоедемот мора бргу да се откријат со neuroimaging испитувањата:
 - Диференцијална дијагноза: почетниот дел на оптичкиот нерв има необичен изглед;
 - Ако нема знаци за зголемен интракранијален притисок, мора да се консултира офталмолог.

Слика 1. Ногер-ов синдром.



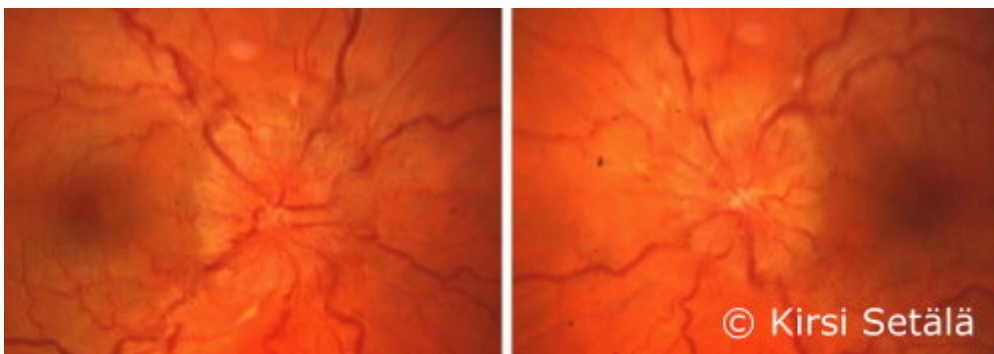
Authors: Kirsi Setälä Article ID: ime01302 (370.122) © 2012 Duodecim Medical Publications Ltd

Слика 2. Папилоедем, настанат заради зголемен интракранијален притисок. Папилоедем: централното вдлабнување не постои, папилата е едематозна, рабовите се нејасни. Состојбата е билатерална, визуелната способност е зачувана. Пациентот има зголемен интракранијален притисок.



Authors: Paula Summanen Article ID: ime00706 (370.097) © 2012 Duodecim Medical Publications Ltd

Слика 3. Папилоедем



Authors: Kirsi Setälä New article Article ID: ime01303 (370.123) © 2012 Duodecim Medical Publications Ltd

РЕФЕРЕНЦИ

Authors: Kirsi Setälä Article ID: ebm00742 (036.008) © 2012 Duodecim Medical Publications Ltd

1. **EBM Guidelines, 04.01.2012, www.ebm-guidelines.com**
2. **Упатството треба да се ажурира еднаш на 5 години.**
3. **Предвидено е следно ажурирање до јануари 2017 година.**