

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

У П А Т С Т В О
ЗА ПРАКТИКУВАЊЕ НА МЕДИЦИНА ЗАСНОВАНА НА ДОКАЗИ ПРИ
НЕВРОЛОШКИ ПРЕГЛЕД

Член 1

Со ова упатство се пропишува начинот на вршење на невролошки преглед преку практикување на медицина заснована на докази.

Член 2

Начинот на вршење на невролошки преглед е даден во прилог, кој е составен дел на ова упатство.

Член 3

Здравствените работници и здравствените соработници ја вршат здравствената дејност - вршење на невролошки преглед 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 за медицинското згрижување, при што истото од страна на докторот 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. 07-6574/2

3 декември 2012 година

Скопје

МИНИСТЕР

Никола Тодоров

НЕВРОЛОШКИ ПРЕГЛЕД

МЗД Упатство
12.9.2011

- Основи
- Други прегледи кои го надополнуваат невролошкиот преглед
- Кранијални нерви
- Тестови за координација
- Тест на позиција на горните екстремитети
- Мускулен тонус
- Рефлекси
- Сензибилитет
- Автономен нервен систем
- Референци

ОСНОВИ

- Анамнезата е најважниот дел од невролошкиот преглед, под услов пациентот да има запазена/уредна свест. Со внимателно слушање и поставување прашања, еден дел од понатамошните тестови ќе бидат елиминирани.
- Ако по прегледот наодот е уреден, значителен дел од невролошките болести, со голема веројатност, може да бидат исклучени.
- Невролошката егзаминација вклучува процена и на општиот статус (повисоки психички функции не се детално опишани во ова упатство) и на невролошкиот статус на пациентот.
- Прегледот треба да се изведе по одреден логички редослед, но и на минимум да се сведе можноста за прескокнување на некои делови од него, особено после исцрпното испрашување на болниот. Сите добиени наоди веднаш треба да бидат забележани, бидејќи е тешко точно да се меморираат до подоцнежниот период, на пример, на која страна беа детектираните симптоми.
- Невролошкиот статус придонесува во поставувањето анатомска дијагноза, односно,, придонесува за откривање на потеклото на симптомите од:
 - Мозокот,
 - Медула спиналис,
 - Периферниот нервен систем,
 - Невромускулниот систем,
 - Мускулите.
- Штом ќе се постави анатомската дијагноза, испитувањето треба да биде фокусирано кон откривањето на најблиското потекло на симптомите во централниот нервен систем или во периферниот нервен систем.

ДРУГИ ПРЕГЛЕДИ КОИ ГО НАДОПОЛНУВААТ НЕВРОЛОШКИОТ ПРЕГЛЕД

- Преглед на пациент во несвесна состојба,
- Испитување на одот,
- Окуларни невролошки симптоми,
- Испитување на говорот,
- Испитување на когницијата.

КРАНИЈАЛНИ НЕРВИ

- Нарушувањата во соодветните регии на мозочното стебло (мезенцефалон, понс, медула облонгата) може да се локализираат со испитување на функциите на јадрата на кранијалните нерви.
 1. **N. olfactorius**
 - Тестови за испитување на мирисот (катран, кафе, оцет, амонијак или комерцијално достапни колекции со реагенси за таа цел).
 2. **N. opticus**
 - Острина на видот (дали пациентот може да гледа во телевизискиот екран, да изброи прсти на одредена далечина, да перцепира каква било светлина),
 - Ширина на видното поле (тест на конфронтација, ако е потребно да се упати на офталмолог за преглед со Goldman-овиот тест).
 3. **N. oculomotorius**
 - Реакција на светлост, движења на очните булбуси, птоза, диплопија.
 4. **N. trochlearis**
 - Движење на очните булбуси при поглед надолу, во однос на лезијата засегнато е ипсилатерално око, диплопија.
 5. **N. trigeminus**
 - Тестот за испитување на осетот на двете лицеви половици, на сите три негови гранки (офталмичниот, максиларниот и мандибуларниот нерв) одделно.
 6. **N. abducens**
 - Лезијата ќе предизвика ипсилатерална дисфункција на погледот кога ја поминува средната линија.
 7. **N. facialis**
 - Тест со муртење и насмевнување.
 - Пареза на долната лицева половина е знак за централна лезија.
 - Целосна пареза на фацијалниот нерв е знак за периферна лезија.
 8. **N. vestibulocochlearis**
 - Вестибуларен нерв:
 - Тест за рамнотежа:
 - Кога се испитува Romberg-овиот тест пациентот стои исправено со споени стапала едно до друго и истегнати раце напред, шепите се свртени нагоре. Тегобите со рамнотежата за време на тестот може да се должат и на други причини кои не потекнуваат од кранијалните нерви.
 - Тестот на Unterberger се состои во марширање во исто место - по 20 чекори со секое стапало, очите се затворени. Секое регистрирано отклонување од телесната оска ќе биде на страната на засегнатото внатрешно уво.
 - Dix-Hallpike тестот: нистагмусот може да се предизвика кај акутно вертиго, кога очите следат предмет во движење.
 - Кохлеарен нерв: аудиометрија, тестот на Weber-Rinne.
 9. **N. glosopharingicus**
 - Рефлекс на повраќање.
 10. **N. vagus**
 - Засипнатост, дисфагија.
 11. **N. accesorius**
 - Засегнато е кревањето на рамото од истата страна;
 - Зафатено е вртењето на главата кон страната каде се нанесува сила - не може да пружи отпор.
 12. **N. hypoglossus**
 - Пациентот треба да направи протрузија на јазикот во средна положба:
 - Контралатералната девијација на јазикот настанува заради лезија на горниот моторен неврон (централна лезија),

- Девијација на јазикот на страната на лезијата настанува заради лезија на долниот моторен неврон (периферна лезија).

ТЕСТОВИ ЗА КООРДИНАЦИЈА

- Патолошкиот одговор на тестовите е знак за церебеларна лезија:
- Дијадохокинеза: нарушена способност да се спроведе ритмично, синхронно, наизменично повторување на движењата.
- Тест прст-нос и петица-колени: нарушена способност да се одреди опсегот на движењето.
- Запомни! Нистагмусот може да потекнува и од малиот мозок и се должи на неспособноста да се следи предметот во движење.

ТЕСТ НА ПОЗИЦИЈА НА ГОРНИТЕ ЕКСТРЕМИТЕТИ

- Тест на позиција на горните екстремитети: пациентот треба да ги истегне двете раце напред во ниво на рамењата со шепи свртени нагоре и затворени очи. Тогаш рацете започнуваат пополека да се спуштаат надолу. Едната рака се спушта побрзо од другата што е знак за дисфункција на пирамидниот пат.

МУСКУЛЕН ТОНУС

- Спастицитет:
- Мускулен тонус кој е нагласен при изведување на пасивните движења или мускулен тонус кој се манифестира како поголем отпор на почетокот од движењето - феномен на цепно ноже,
- Знак за дисфункција на пирамидниот пат.
- Ригидитет:
- Континуиран, без осцилации, зголемен мускулен тонус кој перзистира во текот на изведување на пасивното движење,
- Во ригидитетот како запчаник се чувствуваат јасни краткотрајни отсечни движења кога екстремитетот се флектира. Најдобро се забележува кога се активира спротивниот екстремитет,
- Знак за екстрапирамидна лезија.

РЕФЛЕКСИ

- Рефлексната хиперактивност, односно проширената рефлексна зона (пателарниот рефлекс се активира и при удар на горната регија на ногата) е знак за дисфункција на централниот нервен систем, додека намалените рефлексии се знак за лезија на нервните корени, односно периферниот нервен систем.
- Рефлексите најлесно се испитуваат кога екстремитетот е релаксиран. За тоа е потребна соработка со пациентот и секогаш не е така едноставно нивното испитување.
- Регија на главата:
- Рефлекс на m. masseter (рефлекс на долната вилица): пациентот ја држи устата лесно подотворена, испитувачот го поставува својот прст-показател на брадата на пациентот и нежно удира врз него со рефлексното чеканче. Кај здравите индивидуи, ќе се забележи само движење во вид на лесно затворање на устата.
- Рефлексот на глабела (удар на глабела): повеќекратно удирање во регијата меѓу двете веѓи веднаш над носот; кај здравите индивидуи иницијалното трепкање на очите ќе запре веднаш после првите удари.
- Горни екстремитети:
- Бицепс рефлекс се изведува на тетивата на m. biceps brachii;

- Трицепс рефлекс се изведува на тетивата на m.triceps brachii;
- Брахиорадијален рефлекс се изведува на местото на стилоидниот процесус од радијалната коска.
- Долни екстремитети:
- Пателарен рефлекс се изведува со удар под пателата;
- Ахилов рефлекс се изведува со удар на Ахиловата тетива, а стапалото е поставено во дорзална флексија.
- Знакот на Бабински:
- Плантарната флексија се регистрира кога на надворешниот раб на табанот од стапалото се нанесува дразба со тап предмет (пенкало);
- Дорзалната флексија (одговор на палецот со истегнување нанапред) е знак за дисфункција на пирамидниот пат.

СЕНЗИБИЛИТЕТ

- Тестирањето се извршува симетрично на лицето, горните и долните екстремитети, ако е потребно и на трупот. Потеклото и типот на нарушениот сензибилитет ќе кореспондира со локализацијата и видот на изгубениот сензибилитет.
- Осет за болка и температура:
- Болката (остар допир) се тестира со употреба на остар предмет,
- Температурата се тестира со употреба на епрувети со жешка и ладна вода.
- Осет за позиција и вибрација:
- Осетот за позиција се тестира со извиткување на зглобот на палецот од ногата во правец нагоре или надолу,
- Осетот за вибрација се тестира кога звучната виљушка се поставува над коскената проминенција на горните и долните екстремитети.
- Лесен допир се тестира со нежно допирање на кожата со парче памук или со врвот од прстите.

АВТОНОМЕН НЕРВЕН СИСТЕМ

- Тест за ортостатска хипотензија.
- Другите нарушувања на автономниот нервен систем се откриваат на вообичаен начин со евалуација на добиените анамнестички податоци од пациентот.

РЕФЕРЕНЦИ

Authors: Sari Atula New article Article ID: ebm01065 (036.001) © 2012 Duodecim Medical Publications Ltd

1. **EBM Guidelines, 12.9.2011, www.ebm-guidelines.com**
2. **Упатството треба да се ажурира еднаш на 5 години.**
3. **Предвидено е следно ажурирање до септември 2016 година.**