

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 СЕКВЕЛИ НА ТРАВМАТСКА ПОВРЕДА НА МОЗОКОТ

Член 1

Со ова упатство се утврдува медицинското згрижување при секвели на трауматска повреда на мозокот .

Член 2

Начинот на медицинското згрижување при секвели на трауматска повреда на мозокот 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 секвели на трауматска повреда на мозокот 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 секвели на трауматска повреда на мозокот („Службен весник на Република Македонија“ бр. 12/13).

Член 5

Ова упатство влегува во сила наредниот ден од денот на објавувањето во „Службен весник на Република Македонија“.

Бр. 17-2581/1
27 февруари 2015 година
Скопје

МИНИСТЕР
Никола Тодоров

СЕКВЕЛИ НА ТРАВМАТСКА ПОВРЕДА НА МОЗОКОТ

МЗД Упатство
16.6.2014

- Основи
- Општи начела
- Проценка на тежината на мозочната повреда
- Мозочна повреда и рехабилитација
- Поврзани извори
- Референци

ОСНОВИ

- За да се процени долгорочна секвела, а со цел да се помогне во планирањето на рехабилитацијата, што е од голема важност, треба да се посвети големо внимание во дијагностицирањето во акутната фаза.
- Проценка и менаџирање на акутната фаза.
- Според дефиницијата, трауматската повреда на мозокот (често, како синоним е користен терминот „повреда на главата“) мора да вклучи повреда на главата проследена барем со едно од следниве:
 - Каков било период на губиток на свест;
 - Каков било губиток на свеста за настаните веднаш пред и по повредата;
 - Каква било алтерација на психичката состојба во време на повредата или
 - Невролошки знак или симптом што е индикација за фокална мозочна повреда, кои може да бидат или да не бидат транзиторни. Повредата може, исто така, да се манифестира со абнормалности кои се детектирани на наодите од невроимицинг методите. Ударот врз главата не е доволен за да се дијагностицира трауматска мозочна повреда.
- Долгорочниот исход од трауматската мозочна повреда не би требало да се проценува, барем до една година по повредата.

ОПШТИ НАЧЕЛА

- Сите првични податоци за траумата треба внимателно да се документираат бидејќи играат важна улога во третманот на компликациите и во планирањето на рехабилитацијата. При регистрацијата на должината на губитокот на свеста, важно е да се забележи траењето на посттравматската амнезија, која би требало активно да се следи се додека паметењето целосно не се врати.
- Долготрајните симптоми по лесната траума на мозокот, често се поврзани со факторите кои и предходат на траумата. Всушност, точните и охрабрувачките информации кои им се даваат на пациентите во акутната фаза, се смета дека се највлијателниот фактор кој е поврзан со прогнозата на лесната повреда.
- Потребни се невропсихолошко испитување и рехабилитација за евалуација на следното: целосниот обем на симптомите, функционалниот капацитет на пациентот и способноста да работи, потребата за понатамошна рехабилитација и степенот на немоќта.
- Обично, не може да се очекува подобрување на функционалниот капацитет на пациентот по една година од повредата. Децата се исклучок, кај нив може воочливо да е подобрувањето и по подолго време од повредата.
- Типот и степенот на когнитивните симптоми, како и емоционалниот и психосоцијалниот капацитет за справување на пациентот делумно, се зависни од рехабилитациските мерки

кои се употребени по траумата. Не е возможно да се оцени капацитет за справување на пациентот се додека инвалидизираното лице не се соочи со секојдневните рутински ситуации и активности.

ПРОЦЕНКА НА ТЕЖИНАТА НА МОЗОЧНАТА ПОВРЕДА

- При евалуација на тежината на мозочната повреда мора да се земат предвид иницијалните податоци, односно механизмот на траумата, траењето на веројатниот губиток на свеста и посттравматската амнезија, нивото на свеста (Glasgow Coma-скалата) при приемот во болница и наодот од невролошкиот статус.
- Исто така, при евалуацијата би требало да се земат предвид следните фактори: здравствената состојба на пациентот пред траумата; наодите од КТМ и МР испитувањата, резултатите од невропсихолошките тестови, како и разгледувањето на социјалното и професионалното функционирање на пациентот.
- Во проценката на КТМ и МР наодите мора да се земе предвид времето кога тие се реализирани и тоа да биде препорачано во текот на следењето со имиџинг испитувањата.

МОЗОЧНА ПОВРЕДА И РЕХАБИЛИТАЦИЈА

- Кај лесната повреда, од големо значење се точни и охрабрувачки информации во акутната фаза.
- Најголемиот дел од пациентите со умерена или дури со тешка мозочна повреда доволно ќе заздрават за да се вратат на работа.
- Следењето би требало да биде во ингеренција на специјализирани единици (клиники за мозочни повреди) додека не се стабилизира состојбата на пациентот и додека не се постигнат целите од рехабилитација. Некои од рехабилитациските мерки, како што е невропсихолошката рехабилитација, може да бидат преземени во примарната здравствена заштита, но со тесна соработка и под супервизија на специјализирана единица која е надлежна за заштита/нега на пациентот.
- Посттравматската епилепсија мора да се менаџира. Ризикот од посттравматска епилепсија може да е значаен, особено, кај тешката повреда на мозокот, но од одреден степен и кај умерената повреда. Според студиите, симптомите на нападот по лесни мозочни повреди, обично не се од епилептично потекло, но може да бидат поврзани со посттравматски стрес.
- Следењето на пациентите со трауматска мозочна повреда треба да биде во ингеренција на специјализирани клиники за мозочни повреди, единици за рехабилитација при специјализирани центри или на невролошки клинички амбуланти. Специјалистичката рехабилитација на хоспитализирани пациенти и индивидуалните третмани може да бидат понудени од приватни провајдери и од провајдери од трет сектор (ннд-В).

ПОВРЗАНИ ИЗВОРИ

Кохранови прегледи

- Нема доволно податоци за ефектот на фитнес-тренингот по трауматската мозочна повреда (ннд-Д).
- This article is created and updated by the EBMG Editorial Team. Article ID: rel00941 (036.093) © 2014 Duodecim Medical Publications Ltd.

РЕФЕРЕНЦИ

1. Turner-Stokes L, Disler PB, Nair A, Wade DT. Multi-disciplinary rehabilitation for acquired brain injury in adults of working age. Cochrane Database Syst Rev 2005 Jul 20;(3):CD004170.
2. Hassett LM, Moseley AM, Tate R, Harmer AR. Fitness training for cardiorespiratory conditioning after traumatic brain injury. Cochrane Database Syst Rev 2008 Apr 16;(2):CD006123.

Author: Aarne Ylinen

Previous authors: Minna Riekkinen, Mikael Ojala, Hannu Alaranta and Marjaana Luisto

Article ID: ebm00803 (036.093) © 2014 Duodecim Medical Publications Ltd

1. **EBM Guidelines, 16.6.2014, 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