

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

У П А Т С Т В О
ЗА ПРАКТИКУВАЊЕ НА МЕДИЦИНА ЗАСНОВАНА НА ДОКАЗИ ПРИ
КОНТУЗИЈА НА МОЗОКОТ

Член 1

Со ова упатство се пропишува начинот на дијагностицирање и третман на контузија на мозокот.

Член 2

Начинот на дијагностицирање и на третман на контузија 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 дијагностицирање и третман на контузија 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 дијагностичкиот процес и на третманот, 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. 07-6554/2

26 ноември 2012 година

Скопје

МИНИСТЕР

Никола Тодоров

КОНТУЗИЈА НА МОЗОКОТ

МЗД упатство
19.11.2010

- Основни податоци
- Дијагноза
- Третман во акутна фаза
- Натамошен третман
- Поврзани докази

ОСНОВНИ ПОДАТОЦИ

- За контузија на мозокот може да се посомневате:
 - Доколку пациентот со повреда на мозокот останува десетици минути или подолго време во бессознание и загубата на меморијата трае подолго од ден час.
 - Доколку пациентот има невролошки испади (хемипареза, афазија, асиметрија на зениците)
- КТ се прави веднаш на секој пациент во бессознание колку што е можно побрзо и итно доколку постои сомнение за мозочна контузија.
- Набљудување на нивото на свест и на невролошката состојба кај пациентот со мозочна контузија се врши в болница.
- При третманот на контузиска повреда на мозокот треба да се консултирате со неврохирург.
- Пациенти со контузија на мозокот и со нарушување на свеста првично се лекуваат во единица за интензивно лекување.

ДИЈАГНОЗА

- Дијагнозата на мозочната контузија е клиничка и радиолошка.
- Сериозноста на повредата корелира со нивото на свест и со времетраењето на бессознанието.
- Контузијата на мозокот често е единствена повреда, но 10 проценти имаат повеќе повреди.
 - ◆ Важно е веднаш да се исклучи повреда на вратниот дел на 'рбетот. Пациентот треба да се третира како да има повреда на вратниот дел од 'рбетот додека не бидат достапни резултатите од радиолошките снимки (рендгенограми, скенирање со КТ, магнетна резонанца).
- Определување на степенот на свеста и основниот невролошки преглед се камен-темелник во набљудување на пациентот.
- КТ го покажува местото на контузијата на мозокот, можното поголемо насобирање крв, состојбата на мозочните комори и можниот пораст на интракранијалниот притисок.
- Студии со магнетна резонанца изведени од третиот до 14. ден по повредата откриваат дури и мали контузии и расцепи на нервното ткиво. Во подоцнежните студии резонантните студии може да покажат нормален наод. Кај млади и работоспособни пациенти, магнетната резонанца треба да се вклучи во раниот стадиум на испитување.

ТРЕТМАН ВО АКУТНАТА ФАЗА

- Основниот третман на пациентот без свест се одвива во единица за интензивна нега.

- Мерењето на интракранијалниот притисок и превенцијата или лекувањето на растечкиот притисок се посебни процедури за мозочната контузија.
 - Постурална терапија: горниот дел на телото на пациентот се подигнува за 30 степени
 - Треба да се избегнува хиповентилацијата (ннд-**D**). Доколку пациентот е интубиран, контролираната нормовентилација може да почне уште за време на пренесувањето.
 - Притисокот може да биде контролиран со манитол (ннд-**D**) во тек на краток временски период. Кортикостероидите не покажале добри резултати (ннд-**A**).
 - Краткотрајна профилакса со антиепилептик (фенитоин) не се применува рутински (ннд-**A**).
- Повторната КТ ќе даде дополнителни информации за доцни хематоми и за следење на порастот на контузиските лезии на мозокот.
- Во екстремни случаи, може да биде реализирана екстензивна декомпресивна краниектомија.

НАТАМОШЕН ТРЕТМАН

- Фазата на акутнорастечкиот интракранијален притисок вообичаено завршува за четири до пет дена. По ова, пациентот без свест, со трахеостома, може да се лекува на одделот.
- Во тек на следните три до четири недели на основно следење се разјаснува прогнозата и потребата за натамошен третман и за рехабилитација.
 - Лесните контузии не го спречуваат нормалното заздравување и враќањето на работа.
 - Кога бессознанието продолжува подолго време, веројатните секвели како когнитивните промени и, особено, промените во личноста бараат програма за рехабилитација и за натамошно внимание и следење. Магнетната резонанција на главата реализирана во првичниот период и во подоцнежната фаза даваат вредни дополнителни информации за екстензивноста на повредата.
- Прогнозата за симптомите на невролошки дефицит, на пр. парализа, во основа е добра, но треба да се продолжи со физикална терапија толку долго колку што е потребно.
- Инциденцијата на епилепсија е под пет проценти во тек на првата година, но интрацеребрален хематом ја зголемува до 30 проценти. По 10 години една половина од овие пациенти немаат напади.

ПОВРЗАНИ ДОКАЗИ

5.3.2010

Кохранови прегледи

- Хипербаричниот кислород може да ја намали стапката на смртност по мозочна повреда, но се чини дека не го подобрува квалитетот на живот на преживеаните (ннд-**C**).
- Нема доволно докази за ефектите на лековите за инхибиција на ексцитаторните аминокиселини врз мозочната траума, но се спроведува поопсежно истражување (ннд-**D**).
- Барбитуратите не ја намалуваат смртноста или стапката на лошиот невролошки резултат за луѓето со тешка повреда на главата. Еден од четири пациенти лекуван со барбитурати има клинички забележлива хипотензија, влошувајќи го интракранијалниот притисок и намалувајќи го притисокот на мозочниот проток (ннд-**B**).

Други резимеа на докази

- Терапевтската хипотермија може да ја намали смртноста и да го зголеми поволниот невролошки резултат кај возрасните лица со трауматска мозочна повреда (ннд-**C**).

ЛИТЕРАТУРА

1. Compagnone C, Murray GD, Teasdale GM, et al. The management of patients with intradural post-traumatic mass lesions: a multicenter survey of current approaches to surgical management in 729 patients coordinated by the European Brain Injury Consortium. *Neurosurgery* 2007 Jul;61(1 Suppl):232-40; discussion 240-1. [PubMed](#)
2. Hutchinson PJ, Corteen E, Czosnyka M, et al. Decompressive craniectomy in traumatic brain injury: the randomized multicenter RESCUEicp study (www.RESCUEicp.com). *Acta Neurochir Suppl* 2006;96():17-20. [PubMed](#)
3. Servadei F, Compagnone C, Sahuquillo J. The role of surgery in traumatic brain injury. *Curr Opin Crit Care* 2007 Apr;13(2):163-8. [PubMed](#)

Автори:

This article is created and updated by the EBMG Editorial Team

Article ID: rel00396 (018.004)

© 2012 Duodecim Medical Publications Ltd

Автор:

Timo Koivisto

Претходни автопри

Matti Varalahti

Article ID: ebm00364 (018.004)

© 2012 Duodecim Medical Publications Ltd

1. **EBM Guidelines, 19.11.2010, www.ebm-guidelines.com**
2. **Упатството треба да се ажурира еднаш на четири години**
3. **Предвидено следно ажурирање до април 2014 година**