

КП № 212 ГРЪБНАЧНИ И ГРЪБНАЧНО-МОЗЪЧНИ ОПЕРАТИВНИ ИНТЕРВЕНЦИИ СЪС СРЕДЕН ОБЕМ И СЛОЖНОСТ

Минимален болничен престой – 3 дни

КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ ПО МКБ-9КМ

ДРУГИ ОПЕРАЦИИ НА ЧЕРЕПА, ГЛАВНИЯ МОЗЪК И МЕНИНГИТЕ МУ

Изключва:

операции на:

тинеална жлеза - 07.17, 07.51-07.59

хипофиза - 07.13-07.15, 07.61-07.79

***02.94 ПОСТАВЯНЕ ИЛИ СМЯНА НА ЧЕРЕПНО ЕКСТЕНЗИОННО УСТРОЙСТВО-КЛЕЩИ (КРЕЧФИЛД) И ХАЛО**

Други процедури за апликация, поставяне или премахване върху череп, мозъчни обвивки или мозък

47705-00 Поставяне на калипер на череп
Поставяне на черепни щипци
Не включва: такава при гръбначна фрактура или луксация (47684-00, 47687-00 [1381], 47690-00, 47693-00 [1387])

ХОРДОТОМИЯ

***03.29 ДРУГА ХОРДОТОМИЯ**

хордотомия БДУ

трактотомия (едноетапна) (двуетапна)

прерязване на спинален тракт

Кордотомия или миелотомия

Не включва: перкутанна спинална кордотомия (39121-00 [58])

39124-00 Кордотомия
Спинална трактотомия
Включва: ламинектомия

39124-01 Миелотомия
Включва: ламинектомия

39124-02 Процедура в областта на навлизане на задните коренчета [DREZ]
Процедура за лезия в областта на задни коренчета
Включва: ламинектомия

Инцизионни процедури на сухожилие или сухожилна обвивка на други мускулно-скелетни точки

47963-00 Отворена тенотомия, неклассифицирана другаде

***03.53 ВЪЗСТАНОВЯВАНЕ ПРИ ПРЕШЛЕННА ФРАКТУРА**

елевация на прешленни фрагменти

наместване на фрактура на прешлени

отстраняване на костни отломъци от канала

Затворено наместване на фрактура \ луксация на гръбначен стълб

Забележка: Ангажиране на гръбначен мозък би могло да бъде описано като увреда на гръбначен мозък

47696-00 Затворено наместване фрактура\луксация на гръбначен стълб

47690-00 Затворено наместване на фрактура\ луксация на гръбначен стълб с имобилизация

Други спинални процедури

∇1348

35400-00 Вертебропластика, 1 вертебрално тяло
Инжектиране на полиметилметакрилат [РММА] в едно прешленно тяло
Включва: двупосочно (бипедикулярно) инжектиране

35400-01 Вертебропластика, ≥ 2 вертебрални тела
Инжектиране на полиметилметакрилат [РММА] в две или повече прешленни тела
Включва: двупосочно (бипедикулярно) инжектиране

ШЪНТ НА СПИНАЛНАТА ТЕКА

Включва: шънт с клапа

***03.71 СПИНАЛЕН СУБАРАХНОИДАЛЕН - ПЕРИТОНЕАЛЕН ШЪНТ**

Поставяне и отстраняване на спинален шънт за цереброспинална течност

Не включва: лумбален дрен за цереброспинална течност (40018-00, 90008-00 [41])
ревизия на спинален шънт (40009-02 [56])

40006-00 Поставяне на спинален шънт
Поставяне на лумбоперитонеален шънт
Не включва: такава с ламинектомия (40342-00 [42])

40342-00 Поставяне на шънт за цереброспинална течност с ламинектомия
Процедура, извършвана при сирингомиелия и хидромиелия
Включва: сирингоперитонеален }
сирингоплеврален } шънт

40009-05 Премахване на спинален шънт

∇ 0634

Отстраняване на лумбоперитонеален шънт
Не включва: такава с подмяна (40009-02 [56])

ДРУГИ ОПЕРАЦИИ НА ГРЪБНАЧНИЯ МОЗЪК И ГРЪБНАЧНОМОЗЪЧНИЯ КАНАЛ

***03.93 ПОСТАВЯНЕ ИЛИ СМЯНА НА СПИНАЛЕН НЕВРОСТИМУЛАТОР**

Поставяне, замяна или отстраняване на епидурални електроди

Забележка: Извършва се за облекчение на болка

39130-00 Перкутанно поставяне на епидурални електроди
Перкутанно:
• вграждане }
• въвеждане } на епидурални електроди
• тунелизиране }

Включва: интраоперативен тест за стимулация

39139-00 Поставяне на епидурални електроди чрез ламинектомия
Подмяна }
Ревизия } на епидурални електроди чрез отворен достъп
Включва: интраоперативен тест за стимулация

39131-00 Корекция на епидурални електроди
Ревизия на епидурални електроди

39137-00 Подмяна на епидурални електроди
Включва: интраоперативен тест за стимулация
Не включва: тази с подмяна на епидурални електроди чрез ламинектомия (39139-00 [43])

39136-01 Премахване на епидурални електроди
Не включва: такава с подмяна:
• чрез ламинектомия (39139-00 [43])

• БДУ (39137-00 [43])

ТОТАЛНА ОСТЕКТОМИЯ

***77.99 РЕЗЕКЦИЯ НА ОПАШНА КОСТ**

Остектомия на бедрена кост или таз

48424-03 Остектомия на таз

ОТСТРАНЯВАНЕ ОТ КОСТТА НА ИМПЛАНТИРАНИ УРЕДИ

външно фиксиращо устройство (инвазивно)

вътрешно фиксиращо устройство

отстраняване на стимулатор на костния растеж (инвазивен)

Изключва:

отстраняване на гипсова превръзка, шина, тракционнo устройство (тел на Kirschner) (игла на Steinmann) - 97.88

отстраняване на черепни щипци или хало-тракционнo устройство - 02.95

***78.69 ОТСТРАНЯВАНЕ НА ИМПЛАНТИРАНИ УРЕДИ ОТ ГРЪБНАЧНИЯ СТЬЛБ**

Други спинални процедури

V1348

50616-01 Ревизия на спинална процедура с отстраняване на спинална фиксация

ОТКРИТО НАМЕСТВАНЕ НА ФРАКТУРА БЕЗ ВЪТРЕШНА ФИКСАЦИЯ

Изключва:

такова за разделяне на епифиза - 79.50-79.59

***79.29 ОТКРИТО НАМЕСТВАНЕ НА ФРАКТУРА БЕЗ ВЪТРЕШНА ФИКСАЦИЯ – ГРЪБНАК**

Отворено наместване фрактура\луксация на гръбначен стълб

Забележка: Ангажиране на гръбначен мозък би могло да бъде описано като увреда на гръбначен мозък

47699-00 Отворено наместване на фрактура\луксация на гръбначен стълб

47702-00 Отворено наместване на фрактура\луксация на гръбначен стълб с ангажиране на гръбначен мозък

ЕКСЦИЗИЯ ИЛИ ДЕСТРУКЦИЯ НА ИНТЕРВЕРТЕБРАЛЕН ДИСК

***80.51 ЕКСЦИЗИЯ НА ИНТЕРВЕРТЕБРАЛЕН ДИСК**

дискектомия

отстраняване на херниран нуклеус пулпозус

Нива:

Шийно

Гръдно

поясно (пояснокръстно)

такава при ламинотомия или хемиламинектомия

такава при декомпресия на спинално нервно коренче на същото ниво

кодират също всяка придружаваща декомпресия на спинален нервен корен на различно ниво от мястото на ексцизия, придружаваща гръбначна остеосинтеза – 81.00-81.09

Изключва:

интервертебрална хемонуклеолиза - 80.52

ламинектомия за оглед на интраспиналния канал - 03.09

ламинотомия само за декомпресия на спинално нервно коренче - 03.09

Дискектомия при повтарящи се дискови лезии

Дискектомия чрез:

• ламинектомия

}

• ламинотомия

}

при повтаряща се дискова лезия

Ексцизия на интервертебрален диск }

Не включва: такава с интервертебрална дискова протеза (виж блок [59])

40303-00 Дискектомия при рецидивираща дискова лезия, 1 ниво

40303-01 Дискектомия при рецидивираща дискова лезия, ≥ 2 нива

Друга дискектомия

	Ексцизия на интервертебрален диск <i>Не включва:</i> дискектомия при повторна дискова лезия (40303 [51]) ламинектомия с поставяне на цереброспинален шънт (40342-00 [42]) такава с интервертебрална дискова протеза (виж блок [59])
40300-00	Дискектомия, 1 ниво Дискектомия, 1 ниво чрез: • ламинектомия • ламинотомия <i>Не включва:</i> перкутанна лумбална дискектомия (48636-00 [52]) такава на цервикален интервертебрален диск (40333-00 [52]) такава с декомпресия на: • лумбална част на гръбначния мозък (90024-00 [48]) • гръдна или тораколумбална част на гръбначния мозък (40345-00, 40348-00, 40351-00 [47])
40300-01	Дискектомия, ≥ 2 нива Дискектомия, ≥ 2 нива, чрез: • ламинектомия • ламинотомия <i>Не включва:</i> перкутанна лумбална дискектомия (48636-00 [52]) такава на цервикален интервертебрален диск (40333-01 [52]) такава с декомпресия на: • лумбална част на гръбначния мозък (90024-01 [48]) • гръдна или тораколумбална част на гръбначен мозък (40345-00, 40348-00, 40351-00 [47])

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако е извършена една основна оперативна процедура и минимум по една диагностична процедура от три различни групи (рубрики) **кодове по МКБ 9 КМ, посочени в Приложение № 24.**

Забележка: НЗОК не заплаща клиничната пътека в случаите, при които с някоя от основните процедури, посочени в блок „Кодове на основни процедури по МКБ-9 КМ“ се отчита основна процедура, състояща се в озонотерапия със или без стероиден блок, тъй като процедурата е неоперативна.

Общата интубационна анестезия е задължителна при оперативна процедура с код **80.51 „Ексцизия на интервертебрален диск“ /40303-00 Дискектомия при рецидивираща дискова лезия, 1 ниво; 40303-01 Дискектомия при рецидивираща дискова лезия, ≥ 2 нива; 40300-00 Дискектомия, 1 ниво; 40300-01 Дискектомия, ≥ 2 нива/. При тази процедура е задължително извършването на хистологично изследване, което се отчита като четвърта диагностична процедура, с код 91.59 /92204-00 Неинвазивни диагностични тестове, измервания или изследвания, неклассифицирани другаде/, за завършване на клиничната пътека.

Забележка: За всички клинични пътеки, в чийто алгоритъм са включени образни изследвания (рентгенографии, КТ/МРТ и др.), да се има предвид следното:

Образните изследвания (КТ/МРТ) имат давност 3 месеца до датата на хоспитализация на пациента.

Всички медико-диагностични изследвания се обективизират само с оригинални документи, които задължително се прикрепват към ИЗ. Рентгеновите филми или друг носител при образни изследвания се прикрепват към ИЗ.

Резултатите от рентгенологичните изследвания се интерпретират от специалист по образна диагностика, съгласно медицински стандарт „Образна диагностика”.

Документът с резултатите от проведени образни изследвания съдържа задължително:

- трите имена и възрастта на пациента;
- датата на изследването;
- вида на изследването;
- получените резултати от изследването и неговото тълкуване;
- подпис на лекаря, извършил изследването.

Фишът се прикрепва към ИЗ.

В случаите, когато резултатите от проведени образни изследвания не могат да останат в болничното лечебно заведение, в ИЗ на пациента следва да се опише точно резултата от проведеното образно изследване, а самите снимки от него се предоставят на пациента срещу подпис в ИЗ.

I. УСЛОВИЯ ЗА СКЛЮЧВАНЕ НА ДОГОВОР И ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

Ниво на компетентност за клиничната пътека – от обхвата на медицинската специалност "Неврохирургия", осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Неврохирургия"; от обхвата на медицинската специалност "Ортопедия и травматология", осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Ортопедия и травматология".

Изискванията за ниво на компетентност на всички задължителни звена са в съответствие с изискванията на медицински стандарт „Неврохирургия” и „Ортопедия и травматология”.

1. ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НАЛИЧНИ И ФУНКЦИОНИРАЩИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури чрез договор, вменените като задължителни звена, медицинска апаратура и оборудване, и с друго лечебно заведение за извънболнична или болнична помощ, разположени на територията му и имащи договор с НЗОК.

Задължителни звена и медицинска апаратура
1. Клиника/отделение по неврохирургия или Клиника/отделение по ортопедия и травматология
2. КАИЛ/ОАИЛ или Самостоятелна структура за интензивно лечение към клиника/отделение по неврохирургия
3. Операционен блок/зали – най-малко две зали за асептични и септични операции
4. Клинична лаборатория, с II ниво на компетентност, с възможност за извършване на ликворно изследване
5. Образна диагностика – рентгенов апарат за скопия и графия, С-рамо за периперативен

2. ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НЕОБХОДИМИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА ПЪТЕКАТА, НЕНАЛИЧНИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури дейността на съответното задължително звено и чрез договор с друго лечебно заведение на територията на населеното място, което отговаря на изискванията за апаратура, оборудване и специалисти за тази КП и има договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. КАТ/МРТ или ангиографска апаратура, с осигурен 24-часов достъп, вкл. в условията на спешност
2. Патоморфологична лаборатория
3. Микробиологична лаборатория – на територията на областта

3. НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА.

Блок 1. Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст над 18 години:

- лекари със специалност по неврохирургия – минимум двама;
- или**
- лекари със специалност по ортопедия и травматология – минимум трима;
- лекари със специалност по анестезиология и интензивно лечение – минимум двама;
- лекар/и със специалност по образна диагностика;
- лекар/и със специалност по клинична лаборатория.

Блок 2. Необходими специалисти за възраст до 18 години:

- лекари със специалност по неврохирургия – минимум двама;
- или**
- лекари със специалност по ортопедия и травматология – минимум трима;
- лекар/и със специалност по детски болести;
- лекари със специалност по анестезиология и интензивно лечение – минимум двама;
- лекар/и със специалност по образна диагностика;
- лекар/и със специалност по клинична лаборатория.

Забележка: При анамнеза от страна на пациента за алергия, се извършва задължителна консултация с лекар със специалност по анестезиология или клинична алергология.

Забележка: При доказано онкологично заболяване пациентът задължително се насочва към Клинична онкологична комисия или Клинична хематологична комисия (съгласно медицински стандарти „Медицинска онкология“ и „Клинична хематология“), осигурена от лечебното заведение чрез договор.

4. ДОПЪЛНИТЕЛНИ ИЗИСКВАНИЯ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

Минимален обем дейност за клиника/отделение по неврохирургия от II-ро ниво на компетентност – 160 операции годишно, общо за всички неврохирургични пътеки.

Минимален обем дейност: за клиника/отделение по ортопедия и травматология от II ниво на компетентност - минимум по 250 операции годишно на всеки 10 легла.

II. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ

Дейностите и услугите в обхвата на клиничната пътека се осъществяват незабавно или се планират за изпълнение в зависимост от развитието, тежестта и остротата на съответното заболяване и определения диагностично-лечебен план.

1. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ.

Диагностика и оперативно лечение без прилагане на оперативни стабилизиращи процедури за пациенти с:

- поява или прогресия на неврологичен дефицит, включващ отпадна моторна симптоматика, тазово-резервоарни смущения.
- протрахиран или консервативно резистентен болев синдром, неповлияващ се от прилаганата до момента терапия;
- изкривявания на гръбначния стълб;
- фрактури и луксации на гръбначния стълб;
- костни и мекотъканни инфекции на гръбначния стълб;
- първични и метастатични злокачествени заболявания в областта на гръбначния стълб.

2. ДИАГНОСТИЧНО – ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ.

ДИАГНОСТИЧНО – ЛЕЧЕБНИЯТ АЛГОРИТЪМ В ПОСОЧЕНИТЕ ВАРИАЦИИ И ВЪЗМОЖНОСТИ Е ЗАДЪЛЖИТЕЛЕН ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ И ОПРЕДЕЛЯ ПАКЕТА ОТ БОЛНИЧНИ ЗДРАВНИ ДЕЙНОСТИ, КОИТО СЕ ЗАПЛАЩАТ ПО ТАЗИ КЛИНИЧНА ПЪТЕКА.

Прием и изготвяне на диагностично-лечебен план.

Специфичното лечение при пациентите със спондилогенни радикуломиелопатии, тумори, вродени съдови малформации, гръбначно-мозъчни травми и гръбначни изкривявания включва комбинирани оперативни и консервативни терапевтични подходи, които са насочени към преодоляване на основните причини за лошата прогноза:

- парези и парализи;
- тазово-резервоарни разстройства;
- тежки гръбначни изкривявания;
- хронифицирани болеви синдроми.

При пациентите със сфинктерни разстройства и остро настъпила пареза е наложителна спешна оперативната намеса.

ОПЕРАТИВНО ЛЕЧЕНИЕ:

- за дегенеративните дорзопатии:

- перкутанна нуклеотомия;
- микродискектомия и/или спинодеза;
- хемиламинектомия;
- ламинектомия;
- медиална фасетектомия;
- ламинектомия и/или спинална инструментация;
- **за спиналните травми** - декомпресивни и стабилизиращи процедури;
- **за спиналните тумори и съдови малформации** - туморни и съдови ексцизии, съдови оклузии, стабилизиращи процедури;
- **за възпалителни и паразитози** - ексцизия, стабилизация;
- **за гръбначни изкривявания** - спинодеза, корекция;
- **за други** - функционални процедури, стимулации, невротомии.

КОНСЕРВАТИВНО ЛЕЧЕНИЕ:

- **Дегенеративните дорзопатии:**
 - постелен режим, лумбостат, шийна яка;
 - нестероидни противовъзпалителни медикаменти;
 - аналгетици, нестероидни противовъзпалителни, миорелаксанти за не повече от 2-3 седмици;
 - епидурални стероидни инжекции;
 - физиотерапия 1-2 седмици след постелния режим - тракции, ултразвук, електро - мускулна стимулация.

Поведението, което се използва за профилактиката на рецидив на спиналните радикуломиопатии, е в постепенно възстановяване на нормална физическа активност, подходящи позиция при сън и движение, повдигащи техники.

- **Гръбначни изкривявания:**
 - лечебна физкултура;
 - коригиращи пластмасови корсети.
- **Спинални травми** - овладяване на евентуалната хипотензия (поддържане на систолично налягане над 90 мм Hg, внимателна хидратация, поради анормална хемодинамика и склонност към пулмонарен едем), кислородотерапия, уретрален катетер, най-късно до осмия час от травмата оптимални дози кортикостероиди по схема.
- **Гръбначно-мозъчни тумори (първични и метастатични)** - високи дози кортикостероиди (с особено добър ефект при метастазите), опиоидни аналгетици (включително и приложения през епидурален катетър).

Здравни грижи.

ПРИ ЛЕЧЕНИЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА, ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ Е ДЛЪЖНО ДА ОСИГУРЯВА СПАЗВАНЕТО ПРАВАТА НА ПАЦИЕНТА, УСТАНОВЕНИ В ЗАКОНА ЗА ЗДРАВЕТО.

ПРАВАТА НА ПАЦИЕНТА СЕ УПРАЖНЯВАТ ПРИ СПАЗВАНЕ НА ПРАВИЛНИКА ЗА УСТРОЙСТВОТО, ДЕЙНОСТТА И ВЪТРЕШНИЯ РЕД НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ.

3. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

Окончателната диагноза се поставя след задължително хистологично изследване на оперативен материал за определени диагнози, налагащи патоморфологично изследване.

4. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ.

Медицински критерии за дехоспитализация:

- спокойна оперативна рана;
- стабилизирано соматично и неврологично състояние

Довършване на лечебния процес и проследяване

В цената на клиничната пътека влизат до два контролни прегледа при явяване на пациента в рамките на един месец след изписване и задължително записани в епикризата.

Контролните прегледи след изписване на пациента се отразяват в специален дневник/журнал за прегледи, който се съхранява в диагностично-консултативния блок на лечебното заведение – изпълнител на болнична помощ.

При диагноза включена в Наредбата за диспансеризация, пациентът се насочва за диспансерно наблюдение, съгласно изискванията на същата. Диспансеризацията на злокачествените заболявания се провежда само в ЛЗБП и в КОЦ, като обемът и честотата на дейностите по диспансерно наблюдение са съгласно заложения алгоритъм в Наредбата.

5. МЕДИЦИНСКА ЕКСПЕРТИЗА НА РАБОТОСПОСОБНОСТТА – извършва се съгласно Наредба за медицинската експертиза на работоспособността.

III. ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДЕЙНОСТИТЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

1. ХОСПИТАЛИЗАЦИЯТА НА ПАЦИЕНТА се документира в *“История на заболяването”* (ИЗ) и в част II на *„Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури“*, бл.МЗ – НЗОК №7.

2. ПРЕДОПЕРАТИВНА БОЛНИЧНА ДОКУМЕНТАЦИЯ – включва попълване на лист за *Предоперативна анестезиологична консултация* (Документ №2) и задължителна предоперативна епикриза – документите се оформят съгласно Медицински стандарти *“Анестезия и интензивно лечение”* и *“Хирургия”*.

3. ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ЛЕЧЕНИЕТО:

3.1. Документиране на предоперативни дни (в ИЗ).

3.2. Документиране на операцията – изготвяне на оперативен протокол (съобразно Медицински стандарти *“Хирургия”*).

3.3. Документиране на следоперативните дни (в ИЗ).

4. ИЗПИСВАНЕТО/ПРЕВЕЖДАНЕТО КЪМ ДРУГО ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ СЕ ДОКУМЕНТИРА В:

- *“История на заболяването”*;
- част III на *„Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури“*, бл.МЗ – НЗОК №7;

- епикриза – получава се срещу подпис на пациента (родителя/настойника), отразен в ИЗ.

5. ДЕКЛАРАЦИЯ ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ (Документ №.....) – подписва се от пациента (родителя/настойника) и е неразделна част от *“История на заболяването”*.

ДОКУМЕНТ № 2 И ДЕКЛАРАЦИЯТА ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ СЕ ПРИКРЕПВАТ КЪМ ЛИСТ “ИСТОРИЯ НА ЗАБОЛЯВАНЕТО”.

ДОКУМЕНТ № 4

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (РОДИТЕЛЯ /НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)

Дегенеративните спондилогенни радикуломиелопатии могат да обхванат различните отдели на гръбначния стълб (с най-голяма честота подвижните отдели в областта на кръста и шийния отдел), с компресия върху гръбначния мозък или гръбначно-мозъчните коренчета. В резултат на дегенеративни процеси, протичащи във интервертебралния диск, чиято нормална функция е да абсорбира стресовите при натоварване на гръбначния стълб, централните участъци на диска могат да преминат извън външните му граници, с притискане на нервните коренчета в шийните или торакалните отдели и на гръбначния мозък. Подобна компресия върху невралните структури може да се получи и в резултат на дегенеративни процеси в прешлените (прешленото тяло, стави, дъги и лигаменти) със стеснение на гръбначния канал.

Компресията и съпътстващото възпаление на нервните коренчета са отговорни за появата на болка, излъчваща се от кръста в определени области на долния крайник или шията и горния крайник. Компресията върху нервното коренче може да предизвика слабост в долните или горните крайници с обхващане на специфични мускулни групи. Компресията върху гръбначния мозък е причина за слабост и стегнатост в долните и/или горните крайници и сфинктерни разстройства. При централно разположени дискови хернии в лумбалния отдел може да се стигне до тежки паретични разстройства в долните крайници и сфинктерните разстройства. Стеснението на канала в същата област (обикновено при по-възрастни пациенти) е причина за появата на тежест и болка в долните отдели на кръста, глутеусите и бедрената мускулатура, провокираща се при изправено положение, която ги инвалидизира, като болката намалява при навеждане напред или седнало положение. В по-редки случаи, при тези пациенти може се появи слабост в долните крайници и сфинктерни разстройства.

Лечението е консервативно с подходящ режим, медикаменти (включващи и епидурални стероидни инжекции), физикална терапия (като при 80% болевата симптоматика се повлиява в първите 3-5 дни); при пациентите със стеноза обикновено повлияването е временно. При около 15-18 % е необходимо и по-продължително лечение до 60 дни. При 2-5% се налага оперативно лечение, което се изразява в хирургично отстраняване на дисковата херния и костно-лигаментарна компресия и освобождаване на невралните структури, а при нестабилност между отделните прешлени - и стабилизиращи операции с костни или метални транспланти. При част от пациентите навременната оперативна намеса е решаваща за добрата прогноза - при появила се и прогресираща слабост в крайниците и тазово-резервоарни нарушения.

Възпалителните гръбначни заболявания, особено тези причинени от специфична инфекция като туберкулозата, имат важно здравно и социално значение, поради реалната възможност за заразяване и на други хора. Затова диагностиката и лечението им трябва да се провеждат активно от ортопед или неврохирург. Рано трябва да се започне адекватно медикаментозно и корсетно лечение, а при поява на деформация на засегнатите сегменти на гръбнака, на паретични симптоми и при образуване на студени абсцеси веднага да се пристъпва към евакуация на гнойната колекция и изкюретирване на некротичната маса, декомпресия на невралните структури и стабилизация на гръбнака. Тази оперативна намеса може да спаси голяма част от пациентите от парализи и други животозастрашаващи усложнения.

Същата тактика се прилага и при зачестилите през последните години случаи с **ехинокок (кучешка тения) на гръбнака**, които са застрашени от деформация и парализи на засегнатите, най-често деца и юноши.

Особено място при възпалителните заболявания на гръбнака заемат **гръбначната нестабилност при ревматоидния артрит и кифотичната деформация на гръбначния стълб при анкилозиращия спондилартрит**. Тези състояния причиняват тежко деформиране на гръбначния стълб, ограничаване на движенията му и реална опасност от гръбначно-мозъчни увреждания с парализи в различна степен. Ефективното лечение се състои в спинална стабилизация при нестабилността вследствие на ревматоиден артрит (най-често в шийния отдел), и остеотомия на гръбначния стълб с последваща корекция и стабилизация при анкилозиращия спондилартрит (най-често в поясния отдел и по-рядко в шийния отдел). Тези интервенции представляват най-сложните операции в гръбначната хирургия и се извършват от квалифицирани ортопеди и неврохирурзи.

Спиналните туморни формации и съдови малформации причиняват хронична или остра компресия върху гръбначно-мозъчните структури, последвани от изразени в различна степен нарушения на движенията на крайниците, сетивни и тазово-резервоарни разстройства. Диагностиката им е сложна и изисква съответна апаратура и опит. Лечението на тези състояния включва навременно откриване, отстраняване на формацията, спинална декомпресия и при необходимост, особено при случаите с обширно разкриване на гръбначния канал и дестабилизиране на гръбнака при декомпресивната процедура, стабилизация на гръбначния стълб с костни присадъци или метални имплантати.

Травмите (счупвания и изкълчвания и комбинацията от тях) на гръбначния стълб, кръстната и опашната кост със или без засягане на гръбначния мозък и други неврални структури могат да бъдат различни по своя вид и тежест. Във всеки случай обаче те представляват сериозна увреда на опорно-двигателния апарат, което смущава неговата статика и механика, води до деформация и нестабилност, а в около 20% от случаите са налице гръбначно-мозъчни нарушения от различна степен, от леки коренчеви увреди до тежки парализи на горните и/или долните крайници със загуба на способността за активни движения, сетивност и контрола върху тазовите резервоари. По-леките гръбначни травми, особено такива без неврологична симптоматика, се лекуват консервативно с екстензионно или позиционно наместване и съответна имобилизация. По-тежките фрактури на гръбнака, особено тези с голямо разместване, нестабилност и увреда на гръбначно-мозъчни структури, се лекуват оперативно. Това лечение трябва да се извършва по спешност от квалифицирани ортопедо-травматолози и неврохирурзи и включва репозиция, декомпресия и стабилизация на гръбначния стълб. От навременността и качеството на това лечение в голяма част от случаите зависи животът на тези пациенти, резултатите от лечението и прогнозата.

Вродените и придобитите изкривявания на гръбначния стълб (сколиоза, кифоза, лордоза или комбинациите от тях) се срещат в 3-5% от децата и юношите. Причините за тези тежки заболявания на гръбначния стълб могат да бъдат различни – вродена малформация на прешлените, налично неврологично или миологично заболяване, вродена малостойност на съединителната тъкан и други генерализирани дисплазии, а в голяма част от случаите причината остава неизяснена. Сколиозите, кифозите и лордозите представляват деформация на гръбначния стълб в различни равнини, имат прогресивен характер с израстването на засегнатите деца и юноши, и водят освен до обезобразяване на тялото и до увреждане на дихателната и сърдечно-съдовата функция. В по-тежките, най-често нелекувани или късно открити случаи, е налице възможността за увреждане на гръбначния мозък и неговите структури с развитие на парези и парализи. След завършване на растежа тенденцията към засилване на изкривяването намалява, но тези изкривявания неизменно водят до развитие на дегенеративни изменения на прешлените, междупрешленните дискове и ставички, причиняващи ранна инвалидизация. Лечението при леките случаи е консервативно с кинезитерапия и корсетолечение, а в прогресиращите случаи (над 40 градуса) е оперативно, включващо корекция на деформацията и стабилизацията на постигнатия резултат с монтаж на метални импланти.

Особено място при деформациите на гръбначния стълб заемат различните видове спондилолистези, които представляват подхлъзване на един прешлен спрямо по-долулежащия. Това състояние може да има различна причина – вродена малформация, придобит дефект на дъгата (спондилолиза), дегенеративна нестабилност поради износване на междупрешленните дискове, деструкция на междупрешленните ставички поради възпалителен или туморен процес. Най-често са засегнати поясните прешлени, следвани от шийния отдел на гръбначния стълб. Обикновено спондилолистезата има прогресивен характер и освен до болки и нарушена подвижност, нерядко води до притискане на гръбначно-мозъчните структури и коренчета, в зависимост от нивото и степента на подхлъзването. Особено тежко може да бъде състоянието на притискане на снопа от нервни коренчета (конската опашка) в поясно-кръстната част на гръбначния канал, с поява на тазово-резервоарни смущения. Лечението при по-леките случаи е консервативно, докато при доказана тенденция към прогресиране и поява и на най-малки смущения в сетивността и способността за активни движения на крайниците, или контрола на тазовите резервоари, лечението е оперативно, включващо декомпресия и стабилизация без или със наместване.

Драги пациенти, представената информация е предназначена за Вас, които имате подобни гръбначни и гръбначно-мозъчни оплаквания и симптоми. Отказът Ви от постъпване в болнично заведение крие риск от неточност или забавяне на диагностицирането на сериозно гръбначно заболяване, последвано от неадекватно и неефективно лечение.

Преди хоспитализацията ще получите копие от формуляра за информация на пациента. Можете да задавате въпросите си и да коментирате информацията с общопрактикуващия лекар, с неврохирург или ортопед-травматолог от извънболничната помощ, а така също и с лекаря от приемния кабинет.