

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

1. Минимален болничен престой – 3 дни

3. КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

Други процедури за апликация, поставяне или премахване върху череп, мозъчни обвивки или мозък	
47705-00	Поставяне на калипер на череп Поставяне на черепни щипци <i>Не включва:</i> такава при гръбначна фрактура или луксация (47684-00, 47687-00 [1381], 47690-00, 47693-00 [1387]) (КОДОВЕТЕ ПО-ДОЛУ НЕ ВКЛЮЧВАТ ЕКСПЛОРАЦИЯ НА КОРЕНЧЕТАТА НА СПИНАЛНИ НЕРВИ И ФОРАМЕНОТОМИЯ)
Декомпресия на лумбалния участък на гръбначния канал	
	<i>Включва:</i> декомпресия: • предна • задна диссектомия ламинектомия такава при спинална стеноза <i>Кодирай също когато е направена:</i> • ризолиза (40330-00 [49]) <i>Не включва:</i> Предна декомпресия на тораколумбален спинален мозък (40351-00 [47])
90024-00	Декомпресия на лумбален спинален канал, 1 ниво
90024-01	Декомпресия на лумбален спинален канал, ≥ 2 нива
Декомпресия в цервикален участък на гръбначния мозък	
	Декомпресивна ламинектомия на гръбначния мозък <i>Включва:</i> шийна диссектомия такава при спинална стеноза <i>Кодирай също когато е направена:</i> • ризолиза (40330-00 [49])
40331-00	Декомпресия на цервикалния отдел на гръбначния мозък, > 1 ниво
40332-00	Декомпресия на цервикалния отдел на гръбначния мозък с предно сливане, > 1 ниво <i>Включва:</i> костен графт доставяне на графт материал през същата инцизия <i>Кодирай също когато е направена:</i> • вътрешна фиксация (48678-00, 48681-00, 48684-00 [1390]) • доставяне на кост за графт чрез отделна инцизия (47726-00 [1563])
40334-00	Декомпресия на цервикалния гръбначен мозък ≥ 2 нива
40335-00	Декомпресия на цервикалния гръбначен мозък с предно сливане ≥ 2 нива <i>Включва:</i> костен графт доставяне на графт материал през същата инцизия <i>Кодирай също когато е направена:</i> • вътрешна фиксация (48678-00, 48681-00, 48687-00, 48690-00 [1390]) • доставяне на кост за графт чрез самостоятелна инцизия (47726-00 [1563])
Декомпресия в торакален и тораколумбален участък на гръбначния мозък	
	<i>Включва:</i> такава при спинална стеноза

	<i>Кодирай също когато е направена:</i> • ризолиза (40330-00 [49]) • спинално сливане (48642-00, 48645-00, 48648-00, 48651-00, 48660-00, 48669-00 [1389])
40345-00	Декомпресия на торакален гръбначен мозък чрез костотрансверзектомия <i>Включва:</i> премахване на ребро торакална диссектомия
40348-00	Декомпресия на торакалния гръбначен мозък чрез торакотомия <i>Включва:</i> премахване на ребро торакална: • диссектомия • вертебректомия
40351-00	Предна декомпресия на тораколумбален гръбначен мозък Предна декомпресия на горна лумбална част на гръбначен мозък <i>Включва:</i> диссектомия: • лумбална • торакална
Отстраняване на спинални лезии	
	<i>Включва:</i> тези чрез ламинектомия
40309-00	Премахване на гръбначна екстрадурална лезия Премахване на гръбначен екстрадурален: • абсцес • тумор
40318-00	Ексцизия на спинална артериовенозна малформация Клипсиране на спинална артериовенозна малформация (не включва експлорация на коренчета на спинални нерви и фораменотомия)
40318-01	Премахване на спинална интрамедуларна лезия Ексцизия на спинален интрамедуларен тумор
40312-00	Премахване на гръбначна интрадурална лезия Премахване на спинален: • интрадурален екстрамедуларен тумор • менингиом <i>Не включва:</i> ексцизия на: • артериовенозна малформация (40318-00 [53]) • интрамедуларна лезия (40318-01 [53]) • лезия на краниоцервикален преход (40315-00 [59])
Кордотомия или миелотомия	
	<i>Не включва:</i> перкутанна спинална кордотомия (39121-00 [58])
39124-00	Кордотомия Спинална трактотомия <i>Включва:</i> ламинектомия
39124-01	Миелотомия <i>Включва:</i> ламинектомия
39124-02	Процедура в областта на навлизане на задните коренчета [DREZ] Процедура за лезия в областта на задни коренчета <i>Включва:</i> ламинектомия
Инцизионни процедури на сухожилие или сухожилна обвивка на други мускулно-скелетни точки	
47963-00	Отворена тенотомия, неклаифицирана другаде

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 [PMMA] в едно прешленно тяло
Включва: двупосочно (бипедикулярно) инжектиране

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

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])

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])
--

Остектомия на бедрена кост или таз

48424-03	Остектомия на таз
----------	-------------------

Други спинални процедури

□1348	
50616-01	Ревизия на спинална процедура с отстраняване на спинална фиксация

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

Дисцектомия при повтарящи се дискови лезии

Дискектомия чрез:

- ламинектомия }

• ламинотомия	}	при повтаряща се дискова лезия
Ексцизия на интервертебрален диск	}	
<i>Не включва:</i> 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 дисцектомия

Ексцизия на интервертебрален диск

Не включва: 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	Диссектомия, 1 ниво Диссектомия, 1 ниво чрез: • ламинектомия • ламинотомия
----------	---

Не включва: 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	Диссектомия, ≥ 2 нива Диссектомия, ≥ 2 нива, чрез: • ламинектомия • ламинотомия
----------	--

Не включва: 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 [52])

1934 Други лабораторни изследвания

92191-00	Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID- 19
92191-01	Тест за откриване на антиген на SARS-CoV- 2

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако е извършена една основна оперативна процедура и минимум три различни кодове **от различни блокове**, насочени към основната диагноза, посочени в Приложение № 21.

Основна процедура **91.92 (92191-00 или 92191-01) се осъществява при необходимост и се прилага при диагностициране на COVID- 19. Тази процедура се извършва при показания и се отчита като допълнителна диагностична процедура към другите диагностични процедури, посочени във всеки диагностично-лечебен алгоритъм на съответната клинична пътека

НЗОК не заплаща клиничната пътека в случаите, при които с някоя от основните процедури, посочени в блок „Кодове на основни процедури“ 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 /40303-00 Диссектомия при рецидивираща дискова лезия, 1 ниво; 40303-01

Диссектомия при рецидивираща дискова лезия, ≥ 2 нива; 40300-00

Диссектомия, 1 ниво; 40300-01 Диссектомия, ≥ 2 нива/. При тази процедура е задължително извършването на хистологично изследване, което се отчита като четвърта диагностична процедура, с код 92182-06 или 91934-06, за завършване на клиничната пътека.

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

4. 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“.

4а. 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 образен контрол

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

46. НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА И ИЗИСКВАНИЯ ЗА ДОПЪЛНИТЕЛНА КВАЛИФИКАЦИЯ.

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.

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.

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

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.

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.

Скъпоструващи медицински изделия за провеждане на лечение

Антиадхезивен гел	НЗОК не заплаща посоченото изделие
Агресивен борер за високооборотна конзола – с различни диаметри	НЗОК не заплаща посоченото изделие
Заместващо костно вещество при остеосинтеза	НЗОК не заплаща посоченото изделие
Ендоскопски катетър за еднократна употреба в спиналната хирургия	НЗОК не заплаща посоченото изделие
Сет за ултразвукова аспирация	НЗОК не заплаща посоченото изделие
Комплект електроди за невромониторинг	НЗОК не заплаща посоченото изделие
Лазерен световод	НЗОК не заплаща посоченото изделие
Медицински изделия за робот асистирана хирургия	НЗОК не заплаща посочените изделия

5. 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.

5а. 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.

5б. ДИАГНОСТИЧНО – ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ.

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 апликации през епидурален катетър).

6. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

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

7. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ.

Медицински критерии за дехоспитализация:

- спокойна оперативна рана;
- стабилизирано соматично и неврологично състояние

8. 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”*.

При влягане на медицински изделия от *„Списък с медицински изделия, които НЗОК заплаща в условията на болничната медицинска помощ“* към ИЗ се прикрепят и следните документи, ставащи неразделна част от същата:

ФОРМУЛЯР ЗА ВЛОЖЕНИ МЕДИЦИНСКИ ИЗДЕЛИЯ (МИ), СТОЙНОСТТА НА КОИТО СЕ ЗАПЛАЩА ОТ НЗОК ИЗВЪН ЦЕНАТА НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА/АМБУЛАТОРНА ПРОЦЕДУРА/КЛИНИЧНА ПРОЦЕДУРА

ПАЦИЕНТ		ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ:	
РЗОК №.	здравен район	договор с НЗОК ☐	РЗОК №.
ЕГН (ЛНЧ) на пациента		здравен	регистрационен номер на лечебното заведение
Пол		УИН на лекаря/ЛПК на лекаря,	
М/ж		име на лечебното заведение	
Идентификационен номер		име и фамилия на лекаря	
☐ ЕГН ☐ ЛНЧ дата на раждане			
☐ ССН ☐ гражданин на ЕС (или по двустранни спогодби)			
код на държава			
Адрес: гр.(с)			
ул.			
Ж.К.			
бл.			
вх.			
тел.			
Клинична пътека		№.	
Амбулаторна процедура		№.	

Клинична процедура №.

Диагноза: МКБ10

дата на приемане: ИЗ:
ден месец година номер година

дата на операцията:
ден месец година

Пациент:
(подпис)

КОД НЗОК	Код проце- дура/Код австралийска спецификация	Място за прилагане на стикер с фабрични номера	Търговец на едро с МИ	№ на фактурата за закупуване на МИ; № и дата на заприходяването в склада на болничната аптека; № и дата на разрешение за откриване на болнична аптека	Стойност за заплащане от НЗОК	Стойност доплатена от пациента	Ц е н а н а М И п о ф а к т у р а н а з а к у п у в а н е о т Л З
Обща стойност:							

дата на изписване:
ден месец година

Директор на лечебното заведение: Лекар, вложил МИ:
подпис и печат на лечебното заведение фамилия, подпис

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 изкюретиване 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 ортопеди-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 имплантати.

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.