

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 ПОВРЕДИ НА MEDULLA SPINALIS

Член 1

Со ова упатство се утврдува медицинското згрижување при повреди на medulla spinalis.

Член 2

Начинот на медицинското згрижување при повреди на medulla spinalis 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 повреди на medulla spinalis 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 повреди на медула спиналис („Службен весник на Република Македонија“ бр.49/14).

Член 5

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

Бр. 17-2410/1
27 февруари 2015 година
Скопје

МИНИСТЕР
Никола Тодоров

ПОВРЕДИ НА MEDULLA SPINALIS

МЗД Упатство
28.04.2010

- Основни податоци
- Акутна повреда
- Рехабилитација
- Секвели од повреда
- Поврзани извори
- Референци

ОСНОВНИ ПОДАТОЦИ

- Земете ја предвид можноста од повреда на медула спиналис кај сите пациенти со траума и осигурајте се дека транспортот нема да ја влоши повредата (рбетот мора да се стабилизира).
- Третманот и рехабилитацијата на овие повреди мора да се изведува на специјални оддели.
- Проблемите по повреда на медулата се повеќестрани, тешки за третман и долготрајни. Затоа, третманот бара експертиза и индивидуално планирање.

АКУТНА ПОВРЕДА

- **Дали механизмот на траумата е таков што пациентот можеби страда од спинална повреда?** Несвесен пациент со високо-енергетска повреда мора да се смета дека има повреда на медулата, додека не се докаже спротивното.
- Параплегичката или тетраплегичката се очигледни знаци на спинална повреда. И помалку тешки знаци на невролошки дефицит може да покажат на зафатеност на медулата ако механизмот на траумата укажува на тоа и особено ако пациентот се жали на локални симптоми во грбот или во вратот.
- Пациентот веднаш треба да се однесе во болница која има доволно можност да се третираат спинални повреди.(1). Негата на спиналните повреди треба да се изведува на специјални оддели.
- Од витална важност е да не се презема дејство на местото на несреќата и за време на транспортот, што може да ја влоши повредата.
- Кога се подготвува пациентот за транспорт, треба следново да се земе предвид:
 - Приоритет е следењето на виталните функции. Дишењето на пациент без свест може да не е ефективно. Помош при дишењето кај пациентот со цервикална повреда обично бара одржување на отворен проток на воздухот. Треба да се внимава да не се компромитира имобилизацијата. Во услови на поле, најсоодветен метод е употреба на рачна ларингеална маска (**ИЛМА**). Меѓутоа, препорачаниот метод да се одржуваат дишните патишта отворени е методот кој најдобро е воден од тимот за спасување.
 - Просечниот крвен притисок треба да се одржува доволно високо што се должи на повредата на нервното ткиво. Дисфункцијата на симпатикусот со повреди на високо ниво (над ТХ6) треба да се третира со катехоламини (имајте на ум ризик од вагална брадикардија). Можниот волуменски застој кај мултитрауматизиран пациент, предизвикан од губиток на крв, треба да се коригира со интравенски течности.

- Обично се користат специјални носила како подобри од рацете на неколку помагачи кога се транспортира пациентот или кога пациентот треба да се ослободи од местото на несреќата. Меѓутоа, ако има потреба, пациентот може да се пренесе на спинална штица или на носило, поткрепено од 3-4 лица.
- Од витална важност е имобилизацијата на `рбетот за транспорт, ако постои сомнение за спинална повреда. Штицата треба да е мазна за да се спречат рана појава на декубитуси при транспортот. Треба да се третира и уринарната ретенција.
- Резултатите од поновите проучувања кои се однесуваат на употребата на метилпреднизолон во акутна фаза (ннд-Б) се противставувачки. Меѓутоа, метилпреднизолонот е прифатен како стандардна терапија во многу земји и треба да се даде што е можно побргу.
 - Почетната доза е 30 mg/kg, интравенозно. Ако третманот е започнат во првите 3 часа од несреќата, со лекот треба да се продолжи како инфузија (5.4 mg/kg/час) за 24 часа. Ако поминале 3-8 часа од несреќата, инфузијата треба да продолжи 48 часа. Метилпреднизолон не треба да се дава ако е поминато повеќе од 8 часа од несреќата.

РЕХАБИЛИТАЦИЈА

Рехабилитација во акутна фаза

- Негата и рехабилитацијата на пациентот треба да се одвива во специјализирани оддели.
- Животот на пациентот е одеднаш сменет драматично. Централизираната нега и рехабилитација овозможува персоналот да стане високо обучен и искусен. Од врвна важност е и поддршката од другите пациенти со спинална повреда.
- Рехабилитацијата во акутна фаза вклучува:
 - **Промоција на функционалната независност.**
 - Треба да се зајакнат сите мускули кои се функционални.
 - 2/3 од пациентите ќе бидат врзани за инвалидска количка за цел живот.
 - Обично се практикува вертикализација и исправена положба.
 - Пациентот се снабдува со лични помагала и опрема и се обучува за нивна употреба (пр. количка, системи за контрола во околината).
 - Функционалната оспособеност и справувањето се тестираат при куси посети дома.
- **Медицинска нега**
 - Најдобра можна медицинска нега треба да се даде со третманот на изменетите телесни функции (пр. мочен меур, црева, сексуална функција).
 - Треба да се превенираат компликации (пр. декубитуси).
- **Психијатриска поткрепа**
 - Фамилијата мора да се вклучи во згрижувањето на кризата која ја следи изненадната инвалидност.
 - Еднаква поддршка може да се добие и од претходно повредени пациенти.
- Пациентот треба да се советува околу релевантна корист и компензациони исплати. Неопходните помагала и опрема треба да се прикажат во домот на пациентот (ако е потребно специјално домаќинство). На пациентот му се нуди работна, професионална рехабилитација.
 - Скоро сите пациенти со спинална повреда се испишуваат дома по акутната фаза на рехабилитација. Со помош на личен негувател, дури и оние со тешки повреди, може да се справуваат со независно живеење.

Континуирана рехабилитација

- За да се одржи физичкото функционирање, пациентите со спинални повреди може да имаат потреба од стационарна рехабилитација во редовни интервали. Целта е да се одржи или да се подобри функционалната независност, да се третираат какви било мускулоскелетни проблеми и да се подобри физичката кондиција. Куси одмори се потребни за пациентот да се одмори од терапијата.

- Потребата и степенот на физиотерапија во заедница треба да се одредуваат индивидуално.
 - Тетраплегичарите често имаат потреба од редовна физиотерапија, еднаш или двапати неделно или периодично. Оваа физиотерапија треба да вклучува функционални вежби, одржување на движењата во зглобовите, намалување на спастичноста, нега на мускулите итн.
 - Параплегичарите, исто така, имаат потреба од редовна физиотерапија во општествената заедница (ннд-Ц) за да се одржат гореспоменатите цели, како и да се одржи мускулоскелетното функционирање.
- Професионалната рехабилитација и тренинг на адаптација обично се воведуваат во текот на првите неколку години по повредата. Меѓутоа, потребата од ваква рехабилитација може да се јави подоцна во животот, откако другите работи кои се однесуваат на инвалидноста ќе се стабилизираат.
- Помагалата и опремата значително ја подобруваат самовербата и често го овозможуваат независното живеење. Потребата од опрема се проценува во почетната рехабилитациона фаза. Ситуацијата на пациентот ќе се менува со текот на годините, така што проценката треба да се изведува во редовни интервали.

Секвени од спинална повреда

- Долготрајниот третман на пациенти со спинална повреда ќе биде одговорност на општиот лекар.
- Како резултат на единствената природа на подоцнежните компликации, пациентот треба да се проценува во редовни интервали во специјализиран центар кој ќе соработува со општиот лекар на пациентот.

Проблеми со уринарниот тракт

- Симптоматските инфекции на уринарен тракт треба да се потврдат со примерок на чисто земена урина и бактериска култура. Инфекцијата на уринарен тракт треба секогаш да се смета како причина за акутни системски симптоми и грозница, дури и во отсуство на типични симптоми. Некои пациенти на кои им треба интермитентна катетеризација имаат хронична бактериурија.
- Пациент со рецидивни инфекции треба да се испрати на уролог. Симптоматски уринарни инфекции треба да се третираат со антибиотик подолго отколку што е вообичаено. Профилактички антибиотици рутински не треба да се препишуваат.
- Урологот треба да ги проверува сите пациенти секои 1-3 год. со ултразвучен преглед на бубрезите и на уринарниот тракт, ренографија или урографија, ако има потреба. При специјални индикации, се прави уродинамско испитување.
- Секогаш методот на празнење на мочниот меур се одредува индивидуално. Интермитентна катетеризација е засега примарна терапија за неурогена дисфункција на мочниот меур и се покажало дека превенира дилатација и рефлукс во горниот уринарен тракт.

Проблеми со кожата

- Декубитуси може да се превенираат со соодветно советување и помош. Важна е внимателна превенција (вклучувајќи и мерење на притисок при седење).
- Ако постои опасност од нивна појава и развој, веднаш треба да се отстрани компресијата на кожата (мирување во кревет ако е неопходно, промена на положбата, пренасочување на притисокот врз здрави регии на кожата).
- Дури и за мали декубитуси, треба да се консултира пластичен хирург кога не заздравуваат со конзервативен третман. Месеци на мирување во кревет може да се одбегнат со навремена пластична операција.

Болка

- Мускулоскелетна болка треба да се третира според вообичаените правила.
- Болката во вратот и во рамената и проблеми на горните екстремитети кај пациенти врзани за инвалидаска количка, бараат особено внимание, бидејќи може да ја попречи функционалната независност на пациентот.
- Дијагнозата на висцерална болка може да е отежната поради сензорен дефицит.
- Болката, придружена на спинална повреда е често невропатска и тешка за третирање, меѓутоа таа треба соодветно да се третира, бидејќи има значително влијание врз квалитетот на животот на пациентот. Можеби ќе треба рано обраќање до клиниката за болка.

Спастицитет

- Типична компликација на спинална повреда.
- Зголемиот спастицитет може да потекнува од причина каудално на нивото на спиналната повреда. Таква причина често не може да се дефинира (на пр. инфекција, проблеми со кожата или други процеси кои нормално предизвикуваат болка). Ако спастицитетот е проследен со системни симптоми, тоа може да биде знак на сериозен процес, на пр. акутен абдомен.
- Причината за зголемен спастицитет мора да биде веднаш третирана.
- Третман на спастицитет.

Сексуална функција, фертилитет, планирање на семејство

- Нарушувањата на сексуалната функција (особено губитокот на осет) може многу да го наруши квалитетот на животот.
- Информацијата и сексуалното советување се важен дел на рехабилитациониот процес. Потребата може да се јави подоцна, со менување на животните ситуации.
- Обично е ефикасна орална примена на лекови за еректилна дисфункција. Некои пациенти повеќе сакаат употреба на инјекции.
- Кај мажи со спинална повреда, неејакулацијата и слабиот квалитет на спермата скоро секогаш предизвикуваат неплодност. Меѓутоа, со модерни третмански методи (стимулација со вибратор, електроејакулација или тестикуларна биопсија) спермата може да се собира од скоро секој маж со спинална повреда.

Посттрауматска сирингомелија (ПТС)

- ПТС укажува на цистична дилатација на централниот канал на медулата.
- Секогаш треба да се сомневаме кога невролошката состојба на пациентот одеднаш ќе се влоши неколку години по повредата. Првиот клинички синдром може да е интензивираната болка. Други симптоми се зголемувањето на нивото на сензорната повреда, зголемената спастичност, прогресивната мускулна слабост и симптомите кои укажуваат на оштетеност на автономниот нервен систем.
- Дијагнозата се потврдува со магнетна резонанца. Пациентот треба веднаш да се префрли на неврохирушкиот оддел заради евалуација.

Други компликации

- Треба да се има на ум следново: променета функција на цревата, синдром на автономна дисрефлексија и ризик од остеопороза.

РЕФЕРЕНЦИ

1. Bagnall AM, Jones L, Richardson G, Duffy S, Riemsma R. Effectiveness and cost-effectiveness of acute hospital-based spinal cord injuries services: systematic review. Health Technol Assess 2003; 7(19):iii, 1-92. **PubMed**.

Authors:

Antti Dahlberg

Previous authors:

Veli Matti Huittinen,

Article ID: ebm00804 (018.011)

© 2014 Duodecim Medical Publications Ltd

1. **EBM Guidelines, 28.4.2010. www.ebm-guidelines.com**
2. **Упатството не е ажурирано до 2014 г**
3. **Упатството треба да се ажурира по 3 години.**
4. **Предвидено е следно ажурирање до јуни 2017 година.**