

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 КОМПРЕСИЈА НА 'РБЕТНИОТ МОЗОК
ОД МЕТАСТАЗА

Член 1

Со ова упатство се утврдува медицинското згрижување при компресија на 'рбетниот мозок од метастаза.

Член 2

Начинот на медицинското згрижување при компресија на 'рбетниот мозок од метастаза 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 компресија на 'рбетниот мозок од метастаза 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

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

Бр. 17-3181/1
09 март 2015 година
Скопје

МИНИСТЕР
Никола Тодоров

Компресија на `рбетниот мозок од метастаза

Дијагноза и менаџирање кај возрасни со ризик и со компресија на `рбетниот мозок од метастаза

Објавено: ноември 2008 год.

NICE клинички упатства 75
guidance.nice.org.uk/cg75

Содржина

Вовед	Error! Bookmark not defined.
Грижа насочена кон пациентот	Error! Bookmark not defined.
Клучни приоритети за имплементација	Error! Bookmark not defined.
1. Упатство	Error! Bookmark not defined.
1.1 Локална патека за препознавање, упатување и дијагностичка процена на евентуален аутизам	Error! Bookmark not defined.
1.2 Препознавање на деца/адолесценти со можен аутизам	Error! Bookmark not defined.
1.3 Упатување на деца/адолесценти кон тимот за аутизам	Error! Bookmark not defined.
1.4 По упатување кон тимот за аутизам	Error! Bookmark not defined.
1.5 Дијагностичка процена за аутизам кај деца и адолесценти	Error! Bookmark not defined.
1.6 По дијагностичката процена за аутизам	Error! Bookmark not defined.
1.7 Медицински истражувања	Error! Bookmark not defined.
1.8 Соопштување на резултатите од дијагностичката процена за аутизам ...	Error! Bookmark not defined.
1.9 Информации и поддршка за семејствата	Error! Bookmark not defined.
2. Белешки за подрачјето на упатството	Error! Bookmark not defined.
3. Имплементација	Error! Bookmark not defined.
4. Препораки за истражување	Error! Bookmark not defined.
4.1 Обука на професионалците	Error! Bookmark not defined.
4.2 Прибирање информации од училишта и градинки	Error! Bookmark not defined.
4.3 Дополнителна процена	Error! Bookmark not defined.
4.4 Компаративно геномско хибридно поле	Error! Bookmark not defined.
5. Други верзии на ова упатство	Error! Bookmark not defined.
5.1 Целосно упатство	Error! Bookmark not defined.
5.2 Информации за јавноста	Error! Bookmark not defined.
6. Соодветни NICE упатства	Error! Bookmark not defined.
7. Освежување на упатството	Error! Bookmark not defined.
Додаток А: Група за развој на упатството, Национален центар за соработка и NICE проектен тим	Error! Bookmark not defined.
Група за развој на упатството (Guideline Development Group)	Error! Bookmark not defined.
Национален центар за соработка за здравјето на мајката и детето (National Collaborating Centre for Women's and Children's Health)	Error! Bookmark not defined.
NICE проектен тим (NICE project team)	Error! Bookmark not defined.
Додаток В: Панел за рецензија на упатството (The Guideline Review Panel) ...	Error! Bookmark not defined.
Додаток С: Знаци и симптоми на можен аутизам	Error! Bookmark not defined.
Употреба на табелите 1–3	Error! Bookmark not defined.
Додаток D: Алгоритми	Error! Bookmark not defined.
За упатството	Error! Bookmark not defined.

Вовед

Метастатска компресија на 'рбетниот мозок (МКРМ) е дефинирана во ова упатство компресија на 'рбетниот мозок или кауда еквина од директен притисок и/или индукција на колапс на пршленот или нестабилност од метастатско ширење или директна екстензија на малигномот што се заканува со или предизвикува невролошки испади. Вистинската инциденца на МКРМ во Англија и во Велс е непозната, бидејќи причините не се систематски запишани. Како и да е, доказите од една ревизија, извршена во Шкотска помеѓу 1997 и 1999 год.¹ и од објавена студија во Канада², укажува на тоа дека инциденцата може да биде до 80 случаи на милион луѓе секоја година. Ова е еднакво на околу 4000 случаи секоја година во Англија и во Велс или повеќе од 100 случаи на раширен канцер секоја година.

Шкотската ревизија покажа дека постои значително доцнење од времето кога пациентот прво ги развива симптомите со времето кога општите и болничките доктори ја препознаваат можноста за МКРМ и прават соодветен упат. Средно време од почетокот на болки во грбот и болка од нервните корени до упатување беше 3 месеци и 9 недели. Скоро половина од сите пациенти со МКРМ не можеа да одат во времето на дијагнозата, а мнозинството (67%) од нив не ја повратија функцијата по 1 месец. Од тие што можеа да одат без помош за време на дијагнозата, 81 % можеа да одат (или сами или со помош) по 1 месец. Способноста за одење за време на дијагнозата исто така беше значително поврзана со севкупното преживување.

Во моментов, на релативно мал број пациенти со МКРМ во Велика Британија е извршена хируршка интервенција за состојбата.

Сепак, истражувањата врз докази укажуваат дека раната операција може да биде многу поефикасна од радиотерапија во одржувањето мобилност во одредено подмножество на пациенти.

Упатството ќе претпостави дека препишувачите ќе го користат резимето на лекот за особините на производот, да ги информираат за своите одлуки за поодделни пациенти.

¹ Levack P et al (2001) A prospective audit of the diagnosis, management and outcome of malignant cord compression (CRAG 97/08). Edinburgh: CRAG.

² Loblaw DA, Laperriere NJ, Mackillop WJ (2003) A population-based study of malignant spinal cord compression in Ontario. *Clinical Oncology* 15 (4): 211–17.

Грижа насочена кон пациентот

Ова упатство ги понудува најдобрите практични совети за грижа за пациенти со ризик од или со МКРМ.

Третманот и негата треба да ги земат во предвид потребите и афинитетите на пациентот. Луѓето со МКРМ треба да имаат можност да донесат информирана одлука за нивната нега и третман, во соработка со нивните здравствени работници. Доколку пациентите немаат капацитет да донесуваат одлуки, здравствените работници треба да ги следат упатствата на одделот за здравство - 'Прирачник за соодветно испитување или лекување' (2001) (достапен на www.dh.gov.uk). Здравствените работници, исто така, треба да го следат и кодот за работа кој го придружува Актот за ментален капацитет (резимето достапно на www.publicguardian.gov.uk).

Основна е добрата комуникација помеѓу здравствените професионалци и луѓето со главоболки. Таа треба да биде поддржана од пишана информација, заснована на доказ според потребите на лицето. Третманот, грижата и информацијата која на луѓето им е дадена за тоа, треба да бидат културолошки соодветни. Таа треба, исто така, да биде достапна на луѓе со посебни потреби, како со ментални, сензорни тешкотии или тешкотии при учењето и за луѓе кои не го зборуваат или не читаат на англискиот јазик.

Доколку пациентот се согласи, семејствата и негувателите треба да имаат можност да бидат вклучени во одлуките за третманот и за негата.

На семејствата и на негувателите треба да им биде дадена информација и поддршка за која тие имаат потреба.

Клучни приоритети за имплементација

Конфигурација на услугата и итноста на третман

Секоја мрежа за канцер треба да се осигура дека се нарачани и поставени соодветни служби за ефикасни и ефективни дијагноза, третман, рехабилитација и постојана нега на пациенти со МКРМ. Овие услуги треба да се следат редовно преку проспективна ревизија на патеката за нега.

Рано откривање

Информирајте ги пациентите со висок ризик за развој на коскени метастази, пациентите со дијагностицирани коскени метастази или пациентите со рак кои се јавуваат со 'рбетна болка за симптомите на МКРМ. Понудете информации (на пример, во форма на брошура) за пациентите, нивните семејства и негуватели кои ги објаснуваат симптомите на МКРМ и советувајте ги (и нивните здравствени работници) што да се направи доколку тие ги развиваат овие симптоми.

Контактирајте го итно координаторот за МКРМ (во рамките на 24 часа) за да разговарате за нега на пациенти со рак и кои било од следниве симптоми кои сугерираат на 'рбетни метастази:

- Болка во средниот (торакален) или горниот (цервикален) 'рбет.
- Прогресивна ниска (лумбална) 'рбетна болка.
- Тешка незапирливата ниска 'рбетна болка.
- 'Рбетна болка, влошена при истегање (на пример, при седење, кашлање или кивање).
- Локализирана осетливост на 'рбетот.
- Ноќни 'рбетни болки кои го попречуваат спиењето.

Контактирајте го координаторот MSCC веднаш да разговарате за грижата на пациентите со рак и за симптомите кои сугерираат на метастази на 'рбетниот столб кои имаат кои било од следниве невролошки симптоми или знаци кои укажуваат на МКРМ и разгледајте ги како онколошки за итни случаи:

- Невролошки симптоми, вклучувајќи радикуларни болка, каква било слабост на ногата, тешкотии во одењето, сензитивна загуба или дисфункција на мочниот меур или дисфункција на дебелото црево.
- Невролошки знаци од 'рбетниот мозок или компресија на cauda equina.

Визуализација

Реализирајте на МНР на целиот 'рбет кај пациенти со суспектна МКРМ, освен ако не постои специфична контраиндикација. Ова треба да се направи на време за да се овозможи планирање на дефинитивен третман во рок од една недела од сомнението за дијагноза во случај на болка во 'рбетот која укажува на 'рбетни метастази и во рок од 24 часа во случај на болка во 'рбетот која укажува на 'рбетни метастази и невролошки симптоми или знаци кои укажуваат на МКРМ и повремено порано, доколку постои неодољна медицинска потреба од итна операција.

Третман на 'рбетните метастази и МКРМ

- Пациентите со тешка механичка болка која укажува на нестабилност на 'рбетниот столб или на кои било невролошки симптоми или знаци кои укажуваат на МКРМ, треба да се положат рамно во неутрална положба на 'рбетот (вклучувајќи стручно вртење на телото или употреба на кревети за вртење и употреба на 'лопатка' за тоалет), додека се обезбеди коскена и невролошка стабилност и може да започне претпазливо повторна мобилизација.
- Започнете дефинитивен третман, доколку е соодветно, пред какви било понатамошни невролошки влошувања, идеално во рок од 24 часа од потврдата на дијагнозата на МКРМ.
- Внимателно планирајте ја операцијата за да се зголеми веројатноста за зачувување на функцијата на 'рбетниот мозок без непотребен ризик за пациентот, земајќи ги во предвид нивната целокупна кондиција, прогноза и афинитети.
- Обезбедете итно (во рамките на 24 часа) пристап до и достапност на радиотерапија и симулатор во дневните сесии 7 дена во неделата за пациенти со МКРМ кои бараат дефинитивен третман или кои се несоодветни за операција.

Нега и рехабилитација

Планирање на отпустот и постојаната нега, вклучувајќи рехабилитација на пациенти со МКРМ, треба да почне на приемот и да биде водено од името на поединец во рамките на одговорниот клинички тим. Тоа треба да го вклучи пациентот, нивните семејства и негуватели, нивниот примарен онколошки тим, тимот за рехабилитација, поддршка на заедницата, вклучувајќи ја примарната здравствена заштита и специјалист за палијативна нега.

1. Упатство

Следниве упатства се базирани на најдобрите достапни докази. Целосниот водич (www.nice.org.uk/CG75FullGuideline) дава детали за методите и за доказите кои се користени да се развие упатството.

1.1 Конфигурација на услугите и итноста на третманот

- 1.1.1.1 Секоја мрежа на институции за рак треба да има јасни здравствени насоки за дијагноза, третман, рехабилитација и тековна нега на пациенти со метастатска компресија на 'рбетниот мозок (МКРМ).
- 1.1.1.2 Секоја мрежа на институции за рак треба да осигура поставување на соодветни служби за ефикасно и ефективно поставување на дијагнозата, третман, рехабилитација и тековна нега на пациенти со МКРМ. Овие служби треба редовно да се следат преку проспективна ревизија на патеката за нега.
- 1.1.1.3 Мрежата на институциите за рак треба да обезбедат постоење на локален пристап до итна магнетна резонанца (МР) во рок од 24 часа за сите пациенти со суспектна МКРМ. Оваа услуга треба да биде достапна надвор од нормалното работно време и со 24-часовна способност во центрите за лекување на пациентите со МКРМ.
- 1.1.1.4 Секоја мрежа на институции за рак треба да има специфична група на мрежата за МКРМ. Групата треба да вклучува претставници од примарната, секундарната и терцијарната грижа и треба да има силни врски со специфични групи на мрежата за примарни тумори.
- 1.1.1.5 Мрежата на институции за рак треба да назначи раководство на мрежата за МКРМ, чии надлежности вклучуваат:
- Да ја советува мрежата на институции за рак, членовите на комисијата и давателите на услуги за обезбедување и организирање на соодветни клинички услуги.
 - Да осигура дека патека на локалната грижа за дијагноза и управување се документирани, согласно и конзистентно низ мрежата.
 - Да осигура дека постојат соодветни места за телефонски контакт со вршителот координатор на МКРМ и со високите клинички советници.
 - Да одржува широко преиспитување во мрежата, на инциденцата, навременоста на менаџирање, како и резултатите на пациентите со МКРМ, користејќи национално договорени мерки.
 - Да уредува и претседава двапати годишно на средби на специфична група на мрежата за МКРМ, на кои ќе се презентираат резултатите на пациентот, ќе се разгледа патека на локалната грижа и измените, ако е потребно.
- 1.1.1.6 Секој секундарен или терциерен центар за згрижување треба да има идентификувани водечки здравствени професионалци за МКРМ (кои се обично, но не секогаш, медицински) и чии надлежности вклучуваат:

- Да ја претставуваат болницата на ниво на мрежата на институции во развојот на патеките за згрижување.
- Да ги имплементираат патеките за грижа и ширење информации за дијагнозата и соодветен третман на пациентите со позната или суспектна МКРМ.
- Да обезбедуваат навремена и ефикасна комуникација помеѓу сите релевантни здравствени професионалци кои се вклучени во грижата на пациентите со МКРМ, вклучувајќи ги примарната здравствена заштита и палијативната грижа.
- Подигање и одржување на свеста и разбирањето на третмани на МКРМ меѓу сиот клинички персонал низ локалитетот.
- Да придонесе за редовна мрежна ревизија на грижата за пациентите со МКРМ.
- Да присуствува и да придонесе двапати годишно на средбата на специфичната група на мрежата за МКРМ.

1.1.1.7 Членовите на комисијата треба да воспостават заеднички пристап со совети до одговорните за локални социјални услуги за да се обезбеди ефикасно обезбедување на опрема и поддршка, вклучувајќи неа и услуги за рехабилитација, за да се задоволат индивидуалните потреби на пациентите со МКРМ, нивните семејства и згрижувачи.

1.1.2 МЛРМ координатор и висок клинички советник - улогите и одговорностите

1.1.2.1 Секој центар кој лекува пациенти со МКРМ треба да ги идентификува или да назначи лица одговорни за вршење на улогата на координатор за МКРМ и да се обезбеди негова достапност во секое време.

1.1.2.2 Секој центар кој лекува пациенти со МКРМ треба да има соодветно место за телефонски контакт со координаторот на МКРМ, кој треба да обезбеди совети за клиничарите и да ја координира патеката на грижата во секое време.

1.1.2.3 Координаторот за МКРМ треба:

- Да го обезбеди првиот контакт за клиничарите кои се сомневаат дека пациентот може да развива 'рбетни метастази или МКРМ.
- Да направи почетна телефонска тријажа, оценувајќи ја потребата за и итноста на иследувањата, преносот и третманот.
- Да советува за итна заштита на 'рбетниот мозок и на 'рбетниот столб и да бара поискусен клинички совет, доколку е потребно.
- Да собере информации да го помогне донесувањето одлуки и да средува податоци за ревизиски цели.
- Да одреди соодветно место за навремено вршење прегледи и прием, доколку е потребно.
- Да се поврзе со тимот за итен прием и да организира прием и начин на транспорт.

1.1.2.4 Оптималната нега на пациенти со МКРМ треба да се утврди од страна на високи клинички советници (тие вклучуваат клинички онколози, хирурзи на

'рбетниот столб и радиолози со искуство и експертиза во лекување на пациенти со МКРМ), земајќи ги предвид афинитетите на пациентот и сите аспекти на нивната состојба, со совети од клиничарите од групата за лекување на примарниот тумор или други експерти, како е потребно.

1.1.2.4 Секој центар кои лекува пациентите со МКРМ треба да обезбеди 24-часовна достапност на високи клинички советници за да му дадат совет и поддршка на координаторот на МКРМ и други клиничари, да го информира процесот на донесување одлуки и да преземе третман, каде што е потребно.

1.2 Искуството на пациентот за МКРМ

1.2.1 Поддршка на одлуките на пациентот

1.2.1.1 Осигурајте се дека комуникацијата со пациентите со позната или суспектна МКРМ е јасна и конзистентна, а дека пациентите, нивните семејства и згрижители се целосно информирани и вклучени во сите одлуки за третман.

1.2.2 Емоционална и семејна поддршка

1.2.2.1 Понудете им на пациентите со MSCC, на нивните семејства и згрижители, специјалистичка психолошка и/или духовна поддршка, соодветна на нивните потреби во време на дијагнозата, на други клучни точки за време на третманот и на излегувањето од болница.

1.2.2.2 Обезбедување на информации за пациентите со МКРМ на соодветен јазик и формат, кој објаснува како да пристапат до услугите на психолошка и/или духовна поддршка, кога е потребно.

1.2.2.3 Понудете услуга за поддршка на жалост на семејствата врз основа на трикомпонентен модел, наведен во 'Подобрување на поддршката и палијативната нега за возрасни со рак' (NICE насока за услуга за болни од рак CSGSP).

1.3 Рано откривање

1.3.1 Комуникациски симптоми и ризици

1.3.1.1 Информирајте ги пациентите со висок ризик за развој на коскени метастази, пациентите со дијагностицирани коскени метастази или пациентите со рак кои се јавуваат со 'рбетна болка и со симптомите на МКРМ. Понудете информации (на пример, во форма на брошура) за пациентите, нивните семејства и згрижители кои ги објаснуваат симптомите на МКРМ и советувајте ги (и нивните здравствени работници) што да направат доколку тие ги развиваат овие симптоми.

1.3.1.2 Осигурајте се дека пациентите со МКРМ, нивните семејства и згрижители знаат кому да се јават доколку нивните симптоми напредуваат додека тие чекаат за итни прегледи за сомнителна МКРМ.

1.3.2 Раните симптоми и знаци

1.3.2.1 Итно контактирајте го координаторот за МКРМ (во рамките на 24 часа) за да разговараат за грижата за пациентите со рак и за кои било од следниве симптоми кои сугерираат на метастази на 'рбетниот столб:

- Болка во срединиот (торакален) или горниот (цервикален) 'рбет.
- Прогресивна ниска (лумбална) 'рбетна болка.
- Тешка незапирлива ниска 'рбетна болка.
- 'Рбетна болка, влошена при напрегање (на пример, во столица или при кашлање или кивање).
- Локализирана 'рбетна осетливост.
- Ноќна 'рбетна болка која го спречува спиењето.

1.3.2.2 Веднаш контактирајте го координаторот за МКРМ да се разговара за негата на пациенти со рак и за симптомите кои сугерираат на метастази на 'рбетниот столб и кои имаат кои било од следниве невролошки симптоми или знаци кои укажуваат на МССС и видете ги како онколошки итни случаи:

- Невролошки симптоми, вклучувајќи ја радикуларната болка, каква било слабост на екстремитет, тешкотии во одењето, испад на сензибилитетот или дисфункција на мочниот меур и на дебелото црево.
- Невролошки знаци на 'рбетниот мозок или компресија на cauda equina.

1.3.2.3 Направете чести клинички прегледи на пациентите со рак кои развиваат ниска 'рбетна болка која клинички се смета од неспецифично потекло (која е непрогресивна, тешка или влошена од напрегање и нема придружни невролошки симптоми). Особено барајте:

- Развој на прогресивна болка или на други симптоми кои сугерираат на метастази на 'рбетниот столб (контактирајте со координаторот МКРМ во рок од 24 часа).
- Развојот на невролошки симптоми или знаци укажува на МКРМ (веднаш контактирајте со координаторот МССС).

1.3.2.4 Направете чести клинички прегледи на пациенти без претходна дијагноза на рак кај кои се развиваат сомнителна 'рбетна болка со или без невролошки симптоми. Третирајте или упатете ги пациентите со стабилни и благи симптоми по нормални неспецифични патеки за 'рбетниот столб или упатете ги по патека за рак доколку се загрижени. Особено барајте:

- Развој на прогресивна болка или на други симптоми кои сугерираат на метастази на 'рбетниот столб (контактирајте со координаторот МКРМ во рок од 24 часа).
- Развојот на невролошки симптоми или знаци укажува на МКРМ (веднаш контактирајте со координаторот за МКРМ).

1.4 Визуализација

1.4.1 Избор на модалитет на визуализација

1.4.1.1 НМР на 'рбетот кај пациенти со сомнителна МКРМ треба да биде надгледувана и пријавена од страна на радиолог, а треба да содржи сагитален T1 и/или кратка T1 инверзна секвенца на обнова (STIR) на целиот 'рбет, да се докаже или

исклучи присуството на метастази на 'рбетниот столб. Сагитални T2 секвенци, треба исто така да се реализираат, за да се покаже нивото и степенот на компресија на 'рбетниот мозок или cauda equina од мекоткивна маса и да се откријат лезии во рамките на 'рбетниот мозок. Дополнителни аксијални слики треба да се реализираат преку какви било битни абнормалности, забележани на сагиталниот скен.

- 1.4.1.2 Контактирајте го координаторот за МКРМ да се утврди најсоодветниот метод на визуализација за пациенти со суспектна МКРМ кај кои НМР е контраиндицирана и каде треба да се спроведе.
- 1.4.1.3 Разгледајте ја насочената компјутеризирана томографија (КТ) со тродимензионална реконструкција за да се процени стабилноста на 'рбетниот столб и планирајте вертебропластика, кифопластика или спинална хирургија кај пациенти со МКРМ.
- 1.4.1.4 Размислете за миелографија, доколку другите модалитети на визуализација се контраиндицирани или несоодветни. Миелографија треба да се реализира само во неврохируршки или спинален хируршки центар, поради потребната техничка експертиза и затоа што состојбата на пациентите со МКРМ може да се влоши по миелографијата и да бараат итна декомпресија.
- 1.4.1.5 Не правете нативни редтген слики на 'рбетот, било да се потврди или да се исклучи дијагнозата на метастази на 'рбетниот столб или МКРМ.

1.4.2 Рутинска НМР и рано откривање на МКРМ

- 1.4.2.1 Кај пациенти со претходна дијагноза на малигнитет, рутински слики на 'рбетот не е препорачливо, доколку тие се асимптоматски.
- 1.4.2.2 Сериски слики на 'рбетот кај асимптоматски пациенти со рак, кои се изложени на висок ризик за развој на 'рбетни метастази, треба да се реализираат само како дел од рандомизирана контролирана студија.

1.4.3 Времето на проценка со НМР

- 1.4.3.1 Одделенијата за снимање треба да ја конфигурираат листата за НМР, така што ќе се овозможи време за преглед на пациенти со сомнение за МКРМ во краток временски период во текот на постоечките или продолжени сесии (со поместување на рутинските случаи во прекувремена работа или на алтернативни сесии, доколку прекувремено не е можно).
- 1.4.3.2 Ако НМР не е на располагање кај дадената болница, пренесете ги пациентите со суспектна МКРМ во единица со 24-часовна можност за НМР и дефинитивен третман на МКРМ.
- 1.4.3.3 Направете НМР на целиот 'рбет кај пациенти со суспектна МКРМ, освен ако не постои специфична контраиндикација. Ова треба да се направи на време за да се овозможи планирање на дефинитивниот третман во рок од 1 недела од

сомнението за дијагнозата во случај на 'рбетна болка која укажува на 'рбетни метастази и во рок од 24 часа во случај на 'рбетна болка која укажува на 'рбетни метастази и невролошки симптоми или знаци кои укажуваат на МКРМ, повремено и порано доколку постои неодољна медицинска потреба од итна операција.

- 1.4.3.4 Надвор од термин, НМР треба да се реализира само во клинички услови кога има итна потреба и намера да продолжи веднаш со лекување, доколку е соодветно.

1.5 Третман на 'рбетни метастази и МКРМ

1.5.1 Третмани за болни спинални метастази и спречување на МКРМ

Аналгезија

- 1.5.1.1 Понудете конвенционална аналгезија (вклучувајќи НСАИЛ, неопијатни и опијатни лекови) ако е потребно, кај пациенти со болни спинални метастази во наголемувачки дози, како што е опишано од страна на тричекорната каскада за ублажување на болката³ на СЗО.

- 1.5.1.2 Размислете за упат на специјалистичко лекување на болката, вклучувајќи инвазивни процедури (како што се епидурална или интратекална аналгезија) и неврохируршки интервенции кај пациенти со упорна болка од 'рбетни метастази.

Бифосфонати

- 1.5.1.3 Понудете на пациентите со зафатеност на пршлените од миелом или рак на дојка, бифосфонати за да се намали болката и ризикот од фрактура/колапс на пршлените.

- 1.5.1.4 Понудете на пациентите со метастази на пршлените од рак на простата, бифосфонати за да се намали болката, само ако конвенционалната аналгезија не ја контролира болката.

- 1.5.1.5 Бифосфонатите не треба да се користат за лекување на 'рбетна болка кај пациенти со зафаќање на 'рбетниот столб од тип тумор, различен од миелом, рак на дојка или рак на простата (ако конвенционалната аналгезија не е успешна) или со намера за спречување на МКРМ, освен како дел од рандомизирана контролирана студија.

Радиотерапија

- 1.5.1.6 Понудете на пациентите со спинални метастази кои предизвикуваат немеханичка 'рбетна болка, 8 Gy единечна доза како палијативна радиотерапија, дури и ако тие се целосно парализирани.

³ Видете на www.who.int/cancer/palliative/painladder/en

1.5.1.7 Пациенти со асимптоматски 'рбетни метастази не треба да бидат понудени на радиотерапија со намера за спречување на МКРМ, освен како дел од рандомизирана контролирана студија.

Вертебропластика и кифопластика

1.5.1.8 Размислете за вертебропластика⁴ или кифопластика⁵ за пациенти кои имаат метастази на пршлените и немаат никакви докази за МКРМ или спинална нестабилност, доколку тие имаат:

- Механичка болка, отпорна на конвенционалната аналгезија, или
- Колапс на телото на пршленот.

1.5.1.9 Вертебропластика или кифопластика за 'рбетни метастази треба да се направи само по договор меѓу соодветни специјалисти (вклучувајќи онколог, интервентен радиолог и хирург за 'рбетниот столб), со целосна вклученост на пациентот и во објекти каде што има добар пристап до хирургија на 'рбетниот столб.

Хирургија

1.5.1.10 Итно да се разгледаат пациентите со спинални метастази и визуализиран доказ за структурни промени на 'рбетниот столб со нестабилност на 'рбетниот столб, за операција да се стабилизира 'рбетот и да се спречи МКРМ.

1.5.1.11 Разгледајте ги пациентите со спинални метастази и механички болка, отпорна на конвенционалната аналгезија за операција и стабилизација на 'рбетниот столб, дури и ако се целосно парализирани.

1.5.1.12 Разгледајте ги пациентите со МКРМ кои имаат тешка механички болка и/или визуализирани докази за спинална нестабилност, но кои се несоодветни за хирургија, за надворешна 'рбетна поддршка (на пример, ореол елек или cervico-thoraco-лумбална ортоза).

1.5.1.13 Пациентите со спинални метастази без болка или нестабилност не треба да се понудат на хирургија со намера за спречување на МКРМ, освен како дел од рандомизирана контролирана студија.

Опции на третман

1.5.1.14 Сите одлуки на повеќето соодветни комбинации на третман за болка или спречување на парализа, предизвикана од МКРМ, треба да се направат од страна на релевантните специјалисти за 'рбетен столб во консултација со клиничарите од групата за лекување на примарниот тумор и со целосна вклученост на пациентот.

⁴ 'Percutaneous vertebroplasty' (NICE interventional procedure guidance 12). The Medicines and Healthcare Products Regulatory Agency has issued safety notices relating to this procedure (reference MDA/2003/021).

⁵ 'Balloon kyphoplasty for vertebral compression fractures' (NICE interventional procedure guidance 166).

1.5.2 Заштита на загрозениот 'рбетен мозок кај пациенти со МКРМ

Мобилизација

- 1.5.2.1 Пациенти со тешка механичка болка која укажува на спинална нестабилност или на кои било невролошки симптоми или знаци кои укажуваат на МКРМ, треба да се негуваат рамно, со неутрална положба на 'рбетот (вклучувајќи 'стручно вртење' на телото или употреба на кревети за вртење и употреба на 'лопатка' за тоалет) додека да се обезбеди коскена и невролошка стабилност и може да се започне претпазливо повторна мобилизација.
- 1.5.2.2 За пациентите со МКРМ, откако ќе помине спиналниот шок и неврологијата е стабилна, спроведете внимателно следење и интервална проценка за време на постепено седнување од лежечка положба до 60 степени во период од 3-4 часа.
- 1.5.2.3 Кога пациентите со МКРМ ќе почнат со постепено седнување, доколку нивниот крвен притисок останува стабилен и нема значителен пораст во болката или не се јават невролошки симптоми, продолжете со седнување без помош, трансфери и мобилизација, како што дозволуваат симптомите.
- 1.5.2.4 Доколку настане значителен пораст на болката или се јават невролошки симптоми кога пациентите со МКРМ почнат со постепено седење и мобилизација, вратете ги во позиција каде овие промени се повлекуваат и повторно проценете ја стабилноста на нивниот 'рбет.
- 1.5.2.5 По целосна дискусија за ризиците, на пациентите кои не се погодни за дефинитивен третман треба да им се помогне да се позиционираат и да се мобилизираат како дозволуваат симптомите со помош на ортози и/или специјалист за седење да го стабилизира 'рбетот, доколку е соодветно.

Кортикостероиди

- 1.5.2.6 Освен на контраиндицирани (вклучувајќи битно сомнение за лимфом), понудете на сите пациенти со МКРМ иницијална доза од најмалку 16 mg на дексаметазон што е можно поскоро по проценката, проследена со краток курс од 16 mg дексаметазон секојдневно, додека се планира третманот.
- 1.5.2.7 Продолжете со дексаметазон 16 mg дневно кај пациенти кои чекаат операција или радиотерапија за МКРМ. По операцијата или на почетокот на радиотерапијата дозата треба да се намали постепено во текот 5-7 дена и да се прекине. Доколку невролошката функција се влошува во секое време, дозата треба привремено да биде зголемена.
- 1.5.2.8 Намалете постепено и престанете со дексаметазон 16 mg дневно кај пациенти со МКРМ кои не продолжуваат со операција или со радиотерапија по планирањето. Доколку невролошката функција се влошува во секое време, дозата треба да се преиспита.

1.5.2.9 Следете го нивото на гликоза во крвта кај сите пациенти кои примаат кортикостероиди.

1.5.3 Избор на случаи за дефинитивен третман на МКРМ

1.5.3.1 Почнете дефинитивен третман, доколку е соодветен, пред какви било понатамошни невролошки влошувања и идеално во рок од 24 часа по потврда на дијагнозата на МКРМ.

Природата на метастазите

1.5.3.2 Обидете се да воспоставите примарна хистологија на 'рбетните метастази (вклучувајќи и биопсија на туморот, доколку е потребно) при планирањето на дефинитивен третман.

1.5.3.3 Одредете го стадиумот на туморите кај пациенти со МКРМ за да се утврди бројот, анатомската локализација и раширеноста на 'рбетните и висцералните метастази при планирањето на дефинитивен третман.

Функционална способност, општата кондиција, претходните третмани и погодноста за анестезија

1.5.3.4 Земете ги предвид афинитетите на пациентите со МКРМ, како и нивната невролошка способност, функционална состојба, општото здравје и кондиција, претходните третмани, големината на операцијата, веројатноста за појава на компликации, погодноста за општа анестезија и целокупната прогноза кога планирате третман.

1.5.3.5 Пациентите со сомневање за МКРМ, слабата состојба на перформансите и широко распространетата метастатска болест треба секогаш, кога е можно, да се дискутираат со нивните клиничари за лекување на примарниот тумор и висок клинички советник за 'рбетникот пред каква било итна визуализација или пренос во болница.

1.5.3.6 Пациентите со сомнение за МКРМ кои биле целосно параплегични или тетраплегични за повеќе од 24 часа треба, секогаш кога е можно, итно да дискутираат со нивните клиничари за лекување на примарниот тумор и висок клинички советник за 'рбетникот, пред каква било визуализација или пренос во болница.

1.5.3.7 Пациентите кои се премногу кривки и непогодни за специјалистичко лекување за МКРМ не треба да бидат префрлени непотребно.

Возраст

1.5.3.8 Пациентите со МКРМ не треба да одбиваат или хирургија (ако се во добра кондиција) или радиотерапија врз основа само на возраста.

Улогата на бодовни системи

1.5.3.9 При одлучувањето дали операцијата е соодветна, а ако е така и нејзиниот тип и степенот, употребети ги признатите прогностички фактори, вклучувајќи го ревидираниот Токухаши (Tokuhashi) бодовен систем⁶, степенувањето на Американското друштво на анестезиолози. Систематски запишете ги и земете ги во предвид релевантните коморбидитети.

1.5.3.10 Разгледајте ги поголемите хируршки третмани само за пациентите кои се очекува да преживеат подолго од 3 месеци.

1.5.4 Операција за дефинитивен третман на МКРМ

Општи принципи

1.5.4.1 Доколку операцијата е соодветна кај пациенти со МКРМ, обидете се да се постигне и декомпресија на 'рбетниот мозок и долготрајна стабилност на 'рбетниот столб.

Невролошка способност

1.5.4.2 Пациентите со МКРМ кои се погодни за операција треба да бидат оперирани пред тие да ја изгубат способноста да одат.

1.5.4.3 Пациентите со МКРМ кои имаат остаток на дисталната сензитивна или моторна функција, операцијата треба да понуди добра прогноза во обид да оздрави корисната функција, без оглед на нивната способност да одат.

1.5.4.4 На пациентите со МКРМ кои биле целосно параплегични или тетраплегични за повеќе од 24 часа треба да се понуди операција, само доколку е потребна стабилизација на 'рбетниот столб за ублажување на болката.

Времето за лекување

1.5.4.5 Кога ја проценувате итноста на хирургијата, земете ја во предвид брзината на почетокот, времетраењето, степенот и местото на потеклото на невролошките симптоми и знаци ('рбетниот мозок или cauda equina).

Технички фактори

1.5.4.6 Внимателно планирајте ја операцијата за да се зголеми веројатноста за зачувување на функцијата на 'рбетниот мозок без непотребен ризик за пациентот, земајќи ги во предвид нивната целокупна кондиција, прогноза и афинитети.

⁶ Tokuhashi Y et al (2005) A revised scoring system for preoperative evaluation of metastatic spine tumor prognosis. Spine 30 (19): 2186-91.

- 1.5.4.7 Задна декомпресија сама по себе не треба да се врши кај пациенти со МКРМ, освен во ретки околности на изолирани епидурални тумори или метастази на задните делови на пршлените без коскена нестабилност.
- 1.5.4.8 Доколку 'рбетните метастази го зафаќаат пршленското тело или се закануваат на 'рбетната стабилност, задната декомпресија секогаш треба да биде придружена со внатрешна фиксација, со или без коскен трансплантат.
- 1.5.4.9 Размислете за засилување на пршленското тело, засилување со цемент за пациенти со МКРМ и зафатеност на пршленското тело, кои се погодни за инструментализирана декомпресија, но се очекува да преживеат помалку од 1 година.
- 1.5.4.10 Размислете за реконструкција на пршленското тело со преден/или коскен трансплантат за пациенти со МКРМ и зафатеност на пршленското тело, кои се погодни за инструментализирана декомпресија, кои се очекува да преживеат 1 година или повеќе и кои се погодни да се подложат на попролонгирана процедура.
- 1.5.4.11 Ексцизиона хирургија во блок, со цел лекување на ракот, не треба да се проба, освен во многу ретки околности (на пример, потврдена солитарна бубрежна или тиреоидна метастаза по целосно одредување на стадиумот).

1.5.5 Радиотерапија за дефинитивен третман на МКРМ

- 1.5.5.1 Обезбедете итен (во рамките на 24 часа) пристап до и достапност на објекти за радиотерапија и симулатор во дневните сесии 7 дена во неделата за пациенти со МКРМ кои бараат дефинитивен третман или кои се несоодветни за операција.
- 1.5.5.2 Понудете фракционирана радиотерапија како дефинитивен третман од избор кај пациенти со епидурален тумор без невролошки оштетувања, механички болка или спинална нестабилност.
- 1.5.5.3 Понудете фракциониран, наместо единечен режим, кај пациенти со добра прогноза, кои имаат радиотерапија како нивен третман од прва линија.
- 1.5.5.4 Предоперативната радиотерапија не треба да се врши на пациентите со МКРМ, доколку се планира операција.
- 1.5.5.5 Постоперативна фракционирана радиотерапија треба да биде понудена рутински кај сите пациенти со задоволителен хируршки резултат кога раната ќе зарасне.
- 1.5.5.6 Понудете итна радиотерапија (во рамките на 24 часа) за сите пациенти со МКРМ кои не се погодни за спинална операција, освен ако:
- Тие имале целосна тетраплегија или параплегија за повеќе од 24 часа, а нивната болка е добро контролирана, или
 - нивната севкупна прогноза е осудена да биде премногу слаба.

Избор на третман по претходна радиотерапија

- 1.5.5.7 Разгледајте понатамошна радиотерапија или хируршка интервенција кај пациенти кои одговорија добро на претходната радиотерапија и развиваат рекурентни симптоми по најмалку 3 месеци.
- 1.5.5.8 Ако пациентите имаат дополнителна радиотерапија, вкупната доза треба да биде под биолошки еквивалентната доза од 100 Gy₂, каде што е можно. Разговарајте за можните придобивки и ризици со пациентот пред да се согласи со планот за лекување.

1.6 Нега за поддршка и рехабилитација

1.6.1 Интервенции за тромбоемболија

- 1.6.1.1 Понудете на сите пациенти кои се во кревет со сомнение за МКРМ постепена лесна компресија долж бутот/антиемболични чорапи, освен ако се контраиндицирани и/или повремени пневматска компресија или уреди за масажа на стапалото.
- 1.6.1.2 Понудете на пациентите со МКРМ кои се изложени на висок ризик од венски тромбоемболизам (вклучувајќи ги и оние лекувани хируршки и оценети безбедни за антикоагулацијата) поткожно тромбоемболијатичен хепарин со ниска молекуларна тежина во прилог на механичката тромбоемболија⁷.
- 1.6.1.3 За пациенти со МКРМ, поединечно проценете го времетраењето на тромбоемболијатичниот третман врз основа на присуство на тековните фактори на ризик, целокупната клиничката состојба и враќање на мобилноста.

1.6.2 Менаџирање на улцери од притисок

- 1.6.2.1 Направете и документирајте проценка на ризикот за улцери од притисок (со користење призната алатка за оценување) на почетокот на една епизода на нега за пациенти со МКРМ. Повторете ја оваа проценка секој пат кога пациентот е свртен за време лежењето во кревет и потоа најмалку секојдневно.
- 1.6.2.2 Додека пациентите со MSCC лежат во кревет, завртете ги користејќи стручна техника за вртење најмалку на секои 2-3 часа. Поттикнувајте ги пациентите кои не лежат постојано во кревет редовно да се мобилизираат (на секои неколку часа). Охрабрете и помогнете на оние кои се во состојба да стојат или прошетка за изведување активности за ублажување на притисокот, како што се напред/настрана потпирање најмалку секој час кога тие седат надвор.
- 1.6.2.3 Веднаш обезбедете уреди за ублажување на притисокот за пациенти со МКРМ, соодветни на нивниот резултат за проценет ризик од притисок. Понудете на

⁷ Видете во 'Venous thromboembolism' (NICE clinical guideline 46) for information on reducing the risk of venous thromboembolism (deep vein thrombosis and pulmonary embolism) in inpatients undergoing spinal surgery.

пациентите со ограничена подвижност или со намален осет перници и/или душеци со многу високи својства за ублажување на притисокот.

1.6.2.4 Кога се грижите за пациентите со МКРМ, придржувајте се на проценката на воспалението од притисок, превенција и протоколи за лекување, препорачани во 'Користењето на уреди за ублажување на притисокот за спречување на улцери од притисок' (NICE клиничко упатство 7) и 'Менаџирање на улцери од притисок во примарната и во секундарната нега' (NICE клинички упатства 29).

1.6.3 Менаџирање на континенцијата на мочниот меур и на дебелото црево

1.6.3.1 Проценете ја функцијата на дебелото црево и на мочниот меур кај сите пациенти со МКРМ на почетното јавување и започнете план за згрижување.

1.6.3.2 Следете ги пациентите со МКРМ кои се со инконтиненција без уринарна ретенција или со нарушена функција на дебелото црево најмалку еднаш дневно за промени во функцијата на мочниот меур и на дебелото црево.

1.6.3.3 Менаџирајте ја дисфункција на мочниот меур кај пациенти со МКРМ првично со уринарен катетер за ослободена дренажа. Доколку е потребна долгорочна катетеризација, размислете за наизменична катетеризација или поставување на супрапубични катетри.

1.6.3.4 Понудете програма за невролошко менаџирање на дебелото црево за пациенти со МКРМ и нарушена навика на дебелото црево, како што е препорачано во 'Фекалната инконтиненција' (NICE клиничко упатство 49). Земете ги во предвид афинитетите на пациентот кога нудите според потребите модификација на исхраната, фекални омекнувачи, усни или ректални лаксативи и/или средства за констипација. Според потребите, може да се понуди дигитална стимулација, рачна евакуација, ректална иригација и хируршки третман.

1.6.4 Одржување на циркулаторната и респираторната функција

1.6.4.1 Вклучете мерење на срцевите пулсации и на крвниот притисок, бројот на респирации и пулс е оксиметрија во иницијалната оценка и рутинското следење на сите пациенти со МКРМ.

1.6.4.2 Симптоматската постурална хипотензија кај пациенти со МКРМ треба иницијално да се менаџира со позиционирање на пациентот и со уреди за подобрување на венскиот повраток (како што се ножни пумпи и постепена компресија/антиемболични чорапи). Избегнете прекумерно хидрирање кое може да предизвика белодробен едем.

1.6.4.3 Вклучете расчистување на белодробниот секрет со вежби за дишење, помогнато кашлање и аспирација, како што е потребно во профилактичен респираторен третман на пациентите со МКРМ. Лекувајте ја задршката на секрет и последиците со длабоко дишење и со позиционирање, дополнети со

бифазичен позитивен притисок на дишните патишта и со повремена вентилација со позитивен притисок, доколку е потребно.

1.6.5 Пристап до специјалист за рехабилитација и транзиција на грижата дома

- 1.6.5.1 Осигурајте се дека сите пациенти примени во болница со МКРМ имаат пристап до широк спектар на услуги за професионална здравствена поддршка за проценка, советување и рехабилитација.
- 1.6.5.2 Фокусирајте ја рехабилитацијата на пациентите со МКРМ на своите цели и посакуваните резултати, кои може да вклучуваат промовирање на функционална независност, учество во нормални активности на секојдневниот живот и аспекти, поврзани со квалитетот на нивниот живот.
- 1.6.5.3 Понудете прием во единица за специјалистичка рехабилитација на оние пациенти со МКРМ кои, најверојатно, би имале корист, на пример, оние со добра прогноза, висока толеранција на активностите и силен рехабилитациски потенцијал.
- 1.6.5.4 Планирање дека отпустот и постојаната нега, вклучувајќи и рехабилитација на пациенти со МКРМ, треба да почне на приемот и да биде воден од наменуван поединец од одговорниот клинички тим. Според потребите тоа треба да го вклучи пациентот, нивните семејства и згрижители, нивниот примарен онколошки тим, тимот за рехабилитација и поддршка на заедницата, вклучувајќи ги и примарната здравствена заштита и специјалистичката палијативна нега.
- 1.6.5.5 Осигурајте се дека услугите на рехабилитацијата и негата, заснована од заедницата, се достапни за луѓе со МКРМ по нивното враќање дома, со цел да се зголеми квалитетот на нивниот живот и да продолжи вклучувањето во активности кои тие ги ценат.
- 1.6.5.6 Осигурајте се дека луѓето со МКРМ се навремено снабдени со опрема и грижа за кои имаат потреба да се зголеми квалитетот на нивниот живот дома.
- 1.6.5.7 Понудете на семејствата и на згрижителите на пациентите со МКРМ релевантна поддршка и обука пред пуштањето дома.
- 1.6.5.8 Потребно е воспоставување на јасни патеки помеѓу болниците и тимовите за здравствени и социјални услуги, поставени од заедницата, за да се осигури дека опремата и поддршката на лицата со МКРМ кои се враќаат дома, на нивните негуватели и семејства се уредени на ефикасен и координиран начин.

2. Забелешки за целта на прирачникот

NICE упатствата се развиени во согласност со целта која дефинира што упатствата ќе покријат и нема да покријат. Обемот на ова упатство е на располагање на www.nice.org.uk/CG75.

Групи кои ќе бидат покриени:

- Возрасни со метастатска болест на 'рбетниот столб, изложени на ризик од развој на метастатска компресија на 'рбетниот мозок.
- Возрасни со сомнение и дијагностицирана компресија на 'рбетниот мозок и на нервните корени, како резултат на метастатска малигна болест.
- Возрасните со примарни малигни тумори (на пример, рак на белите дробови, мезотелиом или плазмоцитом) и директна инфилтрација што се заканува на функцијата на 'рбетниот мозок.

Групи кои нема да бидат покриени:

- Возрасните со 'рбетниот мозок компресија која се должи на примарни тумори на 'рбетниот мозок и на менингите.
- Возрасните со 'рбетниот мозок компресија која се должи на немалигни причини.
- Возрасните со нервните корени тумори компресирање на 'рбетниот мозок.
- Децата.

Како е развиено ова упатство

NICE го овласти Националниот центар за соработка за рак да го развие ова упатство. Центарот формира група за изработка на упатството (види Додаток А), која ги разгледа доказите и ги изработи препораките. Независен панел за преглед на упатството го надгледуваше развојот на упатството (види Додаток Б).

Има повеќе информации во брошурата: „Процесот на изработка на упатството: осврт за заинтересираните страни, јавноста и NHS“ (трето издание, објавено во април 2007 година), која е достапна на www.nice.org.uk/guidelinesprocess или од NICE публикации (телефон 0845 003 7783 или е-мејл publications@nice.org.uk, наведете референца N1233).

3 Имплементација

Здравствената комисија оценува колку добро NHS организациите ги задоволуваат основните и развојни стандарди, поставени од страна на Одделот за здравство во „Стандарди за подобро здравје“ (достапни на www.dh.gov.uk). Спроведувањето на клиничките упатства претставува дел од развојните стандарди Д2. Основниот стандард С5 вели дека NHS организациите треба да ги земат предвид националните консензус насоки при планирањето и давањето на услуги.

NICE има развиено алатки за да им помогне на организациите да го имплементираат овој прирачник (наведени подолу). Тие се достапни на нашата веб страница (www.nice.org.uk/CG75).

- Слајдови со нагласување на клучните пораки за локалната дискусија.
- Трошковни алатки:
 - Трошковен извештај за проценка на националните заштеди и трошоците, поврзани со имплементацијата.
 - Трошковен образец за да се проценат вклучените локални трошоци.
- Совети за тоа како да се стави упатството во пракса и националните иницијативи кои го поддржуваат ова локално спроведување.
- Поддршка на ревизијата за следење на локалната пракса.
- Анкетен лист за информации од локален тип за пациентот.

4 Препораки за истражување

Групата за развој на упатството ги има направено следниве препораки за истражување, врз основа на разгледувањето на доказите, да се подобри NICE прирачникот и грижата за пациентот во иднина. Целосниот сет на препораките за истражување на групата за развој на упатството е детално опишан во целосното упатство (види дел 5).

4.1 *Употреба на радиотерапија во спречувањето на МКРМ*

Употреба на радиотерапија за спречување на развој на МКРМ кај пациенти со идентификувани 'рбетни метастази, но не и болка, треба да се испита во проспективни рандомизирани контролирани испитувања.

Моментално нема сигурни докази за да се покаже дали употребата на профилактичка радиотерапија може да се спречи развојот на МКРМ кај пациенти со познати метастази во 'рбетот, но не и болка.

4.2 *Употреба на операцијата во спречувањето на МКРМ*

Употреба на операција за да се спречи развојот на МКРМ кај пациенти со идентификувани 'рбетни метастази, но не и болка, треба да се испита во проспективни рандомизирани контролирани испитувања.

Моментално нема сигурни докази за да се покаже дали употребата на профилактичка операција може да го спречи развојот на МКРМ кај пациенти со познати метастази во 'рбетот, но не и болка.

4.3 *Менаџирање со МКРМ*

Понатамошно истражување треба да испита кои се најклинички и трошковно ефективни режими на радиотерапија за лекување на пациенти со основани МКРМ и да ја истражи употребата на нови техники, како што е интензитет-модулирана радиотерапија.

Во моментов нема доволно висококвалитетни докази за ефектот на различни режими на радиотерапија за лекување на пациенти со формирана МКРМ. Со цел да се оцени влијанието на различни режими на радиотерапија, потребни се повеќе рандомизирани контролирани испитувања. Нема докази кои оценуваат нови техники, како што е интензитет-модулирана радиотерапија, кај пациенти со МКРМ.

4.4 *Употреба на вертеброластика и кифопластика во спречувањето на МКРМ*

Употребата на вертеброластика и кифопластика во спречувањето на МКРМ кај пациенти со метастази на пршлените треба да се испита во проспективни, компаративни студии.

Овие процедури се истражени во опсервирачки студии, без компаратори и во голема мера кај пациенти со остеопорозен колапс на пршлените. Постојат ограничени докази за нивната употреба кај пациенти со МКРМ.

5. Други верзии од ова упатство

5.1 *Комплетно упатство*

Комплетното упатство „Метастатска компресија на 'рбетниот мозок: дијагноза и менаџирање на возрасни лица со ризик или со метастатска компресија на 'рбетниот мозок“ содржи детали за методите и за доказите, употребени за изработка на упатството. Објавен е од страна на Националниот центар за соработка при рак и е на располагање од www.wales.nhs.uk/sites3/home.cfm?orgid=432, нашата веб страница (www.nice.org.uk/CG75fullguideline) и Националната библиотека за здравство (www.nlh.nhs.uk).

5.2 *Кратко упатство*

Краток прирачник за здравствените работници е на располагање од www.nice.org.uk/CG75quickrefguide.

За печатени копии, телефонирајте на NICE издавателство на 0845 003 7783 или е-мејл publications@nice.org.uk (наведете број на референца N1719).

5.3 *„Разбирање на упатствата од NICE“*

Резиме за пациенти и негуватели („Разбирање на упатствата од NICE“) е на располагање од www.nice.org.uk/CG75publicinfo.

За печатени копии, телефонирајте на NICE на 0845 003 7783 или пратете е-мејл на publications@nice.org.uk (наведете го бројот на референца N1720).

Ние ги охрабруваме NHS и организациите од добротворниот сектор да го користат текстот од оваа брошура за нивна сопствена информација за метастатска компресија на 'рбетниот мозок.

6 Поврзани NICE упатства

Објавени

Фекална инконтиненција: менаџирање на фекална инконтиненција кај возрасните. NICE клиничко упатство 49 (2007). Достапно од www.nice.org.uk/CG49

Венски тромбемболизам : намалување на ризикот од венска тромб-емболија (длабока венска тромбоза и пулмонална емболија) кај хоспитализирани пациенти, подложени на операција . NICE клиничко упатство 46 (2007). Достапно од www.nice.org.uk/CG46

Подобрување на резултатите за лицата со мозочни и други тумори на ЦНС . NICE прирачник за услуги за рак (2006). Достапен на www.nice.org.uk/csgbraincns.
Подобрување на резултатите за лицата со сарком. NICE прирачник за услуги за рак (2006). Достапен на www.nice.org.uk/csgsarcoma

Менаџирање со улцери од притисок во примарната и во секундарната заштита. NICE клиничко упатство 29 (2005). Достапно од www.nice.org.uk/CG29

Насоки за упатување за сомнение за рак. NICE клиничко упатство 27 (2005). Достапно од www.nice.org.uk/CG27

Подобрување на негата за поддршка и палијативна нега за возрасни со рак. NICE рак услуга прирачник за упатства за услуги за рак (2004). Достапен на www.nice.org.uk/csgsp

Употреба на уреди за намалување на притисокот (кревети, душеци и преклопи) за спречување на улцери и од притисок во примарната и секундарната заштита. NICE клиничко упатство 7 (2003). Достапно од www.nice.org.uk/CG7

7 . Ажурирање на упатството

NICE клиничките упатства се ажурирани според потребите, така што препораките земаат предвид нови важни информации. Ние проверуваме за нови докази 2 и 4 години по објавувањето, да одлучиме дали целото или дел од упатството треба да се ажурира. Доколку се објавени нови важни докази во друго време, ние може да одлучиме да се направи побрзо ажурирање на некои од препораките.

Додаток А: Група за развој на упатството

Mr Barrie White (Chair), (Neurosurgeon, Queen’s Medical Centre, Nottingham).

Mr Alistair Stirling (Lead clinician), (Consultant Orthopaedic Spinal Surgeon, The Royal Orthopaedic Hospital, Birmingham).

Margaret Berg, Претставник на пациентите/негувателите.

Dr Bernard Brett, Divisional Director Emergency Division & Consultant Physician & Gastroenterologist, James Paget Healthcare NHS Trust, Norfolk.

Dr Juliet Britton, St George’s Hospital, London (St George’s Hospital, London).

Nicola Cornelius, Lincoln County Hospital.

Dr Angela Gall, Spinal Cord Injury Centre, Royal National Orthopaedic Hospital, Middlesex

Dr Linda Garvican, Public Health Director & Quality Assurance Director, Sussex Cancer Network

Dr David Levy, Medical Director, North Trent Cancer Network, Sheffield.

Dr Victoria Lidstone, Consultant in Palliative Medicine, North Glamorgan NHS Trust.

Daniel Lowrie, Senior Occupational Therapist, Royal Marsden NHS Trust, London.

Mr Robert Marshall, Royal Berkshire Hospital, Reading.

Dr Euan Patterson, General Practitioner & Macmillan GP Facilitator, Glasgow.

Michael Scanes, Есекс мрежа за рак (Essex Cancer Network).

Dr David Spooner, Queen Elizabeth Hospital), Birmingham.

Helen Tyler, Velindre Cancer Centre, Velindre NHS Trust, Cardiff

Christine Ward, Hambleton & Richmondshire Primary Care Trust, North Yorkshire.

Додаток Б: Панел за надзор на упатство

Панел за надзор на упатството е независна комисија која го надгледува развојот на упатството и ја презема одговорноста за следење на придржувањето до NICE процесите за развој на упатството. Особено, панелот гарантира дека коментарите на заинтересираните страни беа соодветно разгледани и одговорени. Панелот вклучува членови од следниве перспективи: примарна здравствена заштита, секундарна здравствена заштита, борци за човекови права, јавното здравје и индустријата.

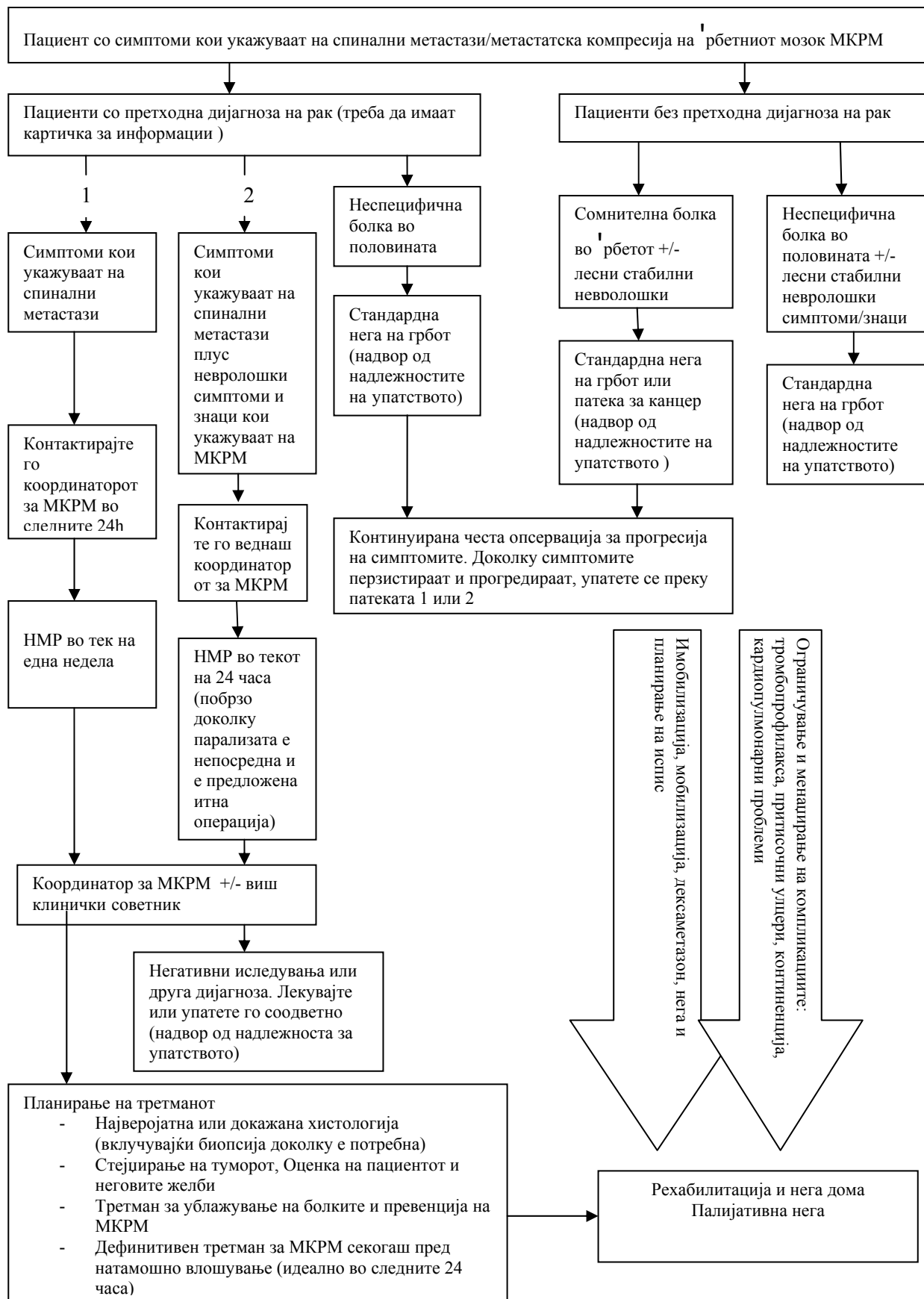
John Hyslop (Chair), Royal Cornwall Hospital NHS Trust.

Peter Gosling, борец за човекови права.

Jonathan Hopper, ConvaTec Ltd.

Ash Paul, Health Commission Wales.

Додаток Ц: Алгоритми



Дијаграм за одлука за време и безбедност на мобилизацијата еднаш кога постои сомнение за МКРМ

