
ПРИЛОЖЕНИЕ № 9

**КЛИНИЧНИ НАСОКИ ЗА ДИАГНОСТИКА И
ЛЕЧЕНИЕ НА ЗАБОЛЯВАНИЯ, ПРИЕТИ С
КОНСЕНСУС**

СЪДЪРЖАНИЕ

СЪДЪРЖАНИЕ.....	2
ЛЕЧЕНИЕ НА ХРОНИЧНИ И ТРУДНО-ЗАРАСТВАЩИ РАНИ (ХТЗР).....	3
ПАРКИНСОНОВА БОЛЕСТ	12
ПЪРВИЧНИ ТИПОВЕ ГЛАВОБОЛИЕ.....	16
МНОЖЕСТВЕНА СКЛЕРОЗА	21
ЕПИЛЕПСИЯ.....	26
МОЗЪЧНО-СЪДОВА БОЛЕСТ	31
ОСТЕОПОРОЗА.....	43

ЛЕЧЕНИЕ НА ХРОНИЧНИ И ТРУДНО-ЗАРАСТВАЩИ РАНИ (ХТЗР)

Вид рана	Фаза на развитие	Клинични симптоми	Препоръки за общо лечение	Препоръки за локално лечение
I. Декубитални рани	I. Заплавашащ декубитус-всички състояния, водещи до залежаване без възможност за активна промяна на положението в леглото.	-Липсваща до лежестепенна хиперемия в зоните от тялото, попадащи между костната подложка и леглото. -Липса на болка или неясна субективна болка. -Тежко състояние, обусловено от неврологично, вътрешно, хирургично или травматологично заболяване.	<ul style="list-style-type: none"> -Периферни вазодилататори - (Trental) -Лимфокинетични средства (Endotelon) -Краткотрайна антибактериална профилактика -Лечение на основното заболяване. -Профилактика на тромбоемболичните усложнения според основното заболяване с нискомолекулни хепарини (НМХ). 	<ul style="list-style-type: none"> -Прилагане на антидекубитални системи, почасова рехабилитация. -Антисептични мехлеми и разтвори в подложките на травма зони(Jodasept) -Средства, предизвикващи локална хиперемия и средства с локален антифлогестивен ефект (Profenid gel®) -Антидекубитални системи – дюшеци, легла и т.н. -Локални бактерицидни препарати (Flammazine®) -Локални антисептици (Jodasept)
II. Фаза на начеващи декубитални промени.		<ul style="list-style-type: none"> -Епидермолиза. -Оточност и лимфостаза в засегнатата област. -Оскъдна серозно-хеморагична ексудация. -Липсваща до слабо изразена болезненост в засегнатата зона. -Неубедителни данни за флукутация в подлежащите тъкани. -Отсъствие или наличие на фебрилитет до 38,0С -Хиперемия на перифокалната област. 	<ul style="list-style-type: none"> -Периферни вазодилататори (Trental) -Лимфокинетични средства (Endotelon) -Антибиотична терапия. -Антипиретици и аналгетици, антифлогестивни средства (Profenid - парентерално) -Субституираща терапия-аминокиселинни и водно-солеви разтвори. 	<ul style="list-style-type: none"> -Цинков хиалуронат (Hyaluricht®) -Хидроколоидни пасти и гелове (Granuflex paste, Granugel, Comfeel paste) -Абсорбиращи превръзки – през два до пет дни; 1.полиуретанови-Allevyn® 2.Melolin® 3.Comfeel seasorbe® 4.Tegapore™, Tegaderm™

Вид рана	Фаза на развитие	Клинични симптоми	Препоръки за общо лечение	Препоръки за локално лечение
	<p>III. Некротичен декубитус във фаза на напреднала демаркация.</p>	<p>- Некротичен кожен участък - Слабо до силно изразени данни за флукуации. - Зловонен ексудат от подлежащите тъкани. - Септично състояние до изразен сепсис.</p>	<p>- Периферни вазодилататори (Trental) - Лимфокинетични средства (Endotelon) - Антибиотична терапия, като с оглед проникване на инфекцията процес в дълбочина е уместно използването на Клиндамицинови АБ (Dalacin C) - Антипиретици и аналгетици, антифлогестивни средства (Profenid - парентерално) - Субституираща терапия - аминокиселинни и водно-солеви разтвори.</p>	<p>- Агресивен, безпощаден дебридман на границата със здравата тъкан (подлежащият дефект е винаги по-голям от повърхностния) - Хемостаза - Превръзки: през 1 до 3 дни 1. локални оксидиращи препарати - 3% Водороден прекис. 2. локални антисептици (Jodasept) 3. локални бактерицидни средства (Flammazine®) 4. локални антианаеробни разтвори (Flagyl®) 5. Хидроколоидни превръзки: - Granuflex® - Comfeel plus ulcer dressing® - ElastoGel® - Tegisorb™ 6. Полиуретанови превръзки - Alleyn® Melolin®. 7. Некролитични препарати - IntraSite gel® - Fibrilan - Irguxol Желателно е прикреването на превръзките да бъде с щадящи околните тъкани материали, позволяващи допълнителен травматичен ефект - цинкоксидна лепенка</p>

Вид рана	Фаза на развитие	Клинични симптоми	Препоръки за общо лечение	Препоръки за локално лечение
	IV. Гранулация и епителизация.	Свежа, розово-червена, кървяща при докосване, изпъпваща дефекта със свежи гранулации тъкан, обратно развитие на симптомите на септичното състояние.	<ul style="list-style-type: none"> -Периферни вазодилататори - (Trental) -Лимфокинетични средства (Endotelon) -краткотрайна антибактериална профилактика -Лечение на основното заболяване -Профилактика на тромбоемболичните усложнения според основното заболяване с нискомолекулни хепарини (НМХ). 	<ul style="list-style-type: none"> -dugapore™, micropore™ -Transpore™, Medipore™ -Tegaderm™ -hupafix® -opside flexigide® <p>Локалното лечение е идентично с лечението във фаза II и III като тук се добавя</p> <ul style="list-style-type: none"> -opside postOp®, Tegaderm + Pad™ -несвободна кожна пластика -свободна кожна пластика.
2. Рани (язви) по крайниците от съдов произход				
2.1 Хронични и венозни рани (язви)	I. Фаза, предшестваща появата на венозна язва.	<ul style="list-style-type: none"> -Варици по крайниците във фаза на декомпенсация. -Липодерматосклероза. -Отток около глезените и в областта на подбедриците -Тежест в краката - "уморени крака -Нощни крампи -Болки -Парестезии 	<ul style="list-style-type: none"> Едемопротективни и вентонизиращи средства -Процианидолови олигомери (Endotelon филмтабл. 150 mg). <p>Дозировка: два пъти дневно по една таблетка, в продължение на 20 дни; след почивка от 10 дни курсът може да се повтори.</p> <ul style="list-style-type: none"> -Pentoxifyllin (Trental tabl. 100 mg и 400 mg; dr. 400 mg; caps 400 mg retard) <p>Начална дозировка: три пъти дневно по 400 mg, след 10-14 дни-два пъти дневно по 400 mg в продължение на две до три седмици; поддържаща доза 400 mg дневно 2, 3 и повече месеца.</p>	<p>Поставя се еластично-компресивна превръзка (еластичен бинт, еластичен чорап на Sigvaris® и Proforg®).</p>

Вид рана	Фаза на развитие	Клинични симптоми	Препоръки за общо лечение	Препоръки за локално лечение
	II. Фаза на открита, терапевтично-резистентна хронична рана (язва).	<ul style="list-style-type: none"> -Дъно с фибринен налеп. -Калозни, атонични или подколани (при насложена локална инфекция) ръбове. -Слаба до умерена болка в раната. -зони на вяли гранулации. 	Тук терапията е подобна на I.	<p>Почистване на язвената повърхност с кислородна вода, хибитан и/или с физиологичен разтвор. Почистването с физиологичен разтвор е задължително при прилагане на ензимни препарати. Честота на превръзките – 1 път дневно или през ден;</p> <p>Отстраняване на налепа</p> <p>а) с ензимни препарати: IntraSite gel, Ighol ung., Fibrolan ung.</p> <p>б) инструментално: кюретиране, некректомия.</p>
	III. Фаза на гранулиране и епителизиране.	<ul style="list-style-type: none"> -Поява на свежи гранулации, изпълващи дъното. -Краева и островна епителизация. -Намаляване на ексудацията и болката. 	Тук терапията е подобна на I.	<p>Стимулиране на гранулациите и епителизацията</p> <p>а) скарификация на калозни ръбове</p> <p>б) препарати на базата на хемодиализат от телешка кръв: (Actovegin и Solcoseryl под форма на гел 20% и крем 5%)</p> <p>Честота на превръзките - през ден или два пъти седмично.</p> <p>в) хидроколоидни превръзки (Granuflex, Comfeel Sea Sorb, Comfeel Plus, Tegisorb™, Tegagel™, Tegapore™)</p> <p>Честота на превръзките – през 3-4 дни или един път седмично.</p> <p>г) Полиуретанови превръзки – (Allevyn®, Mellolin)</p>

Вид рана	Фаза на развитие	Клинични симптоми	Препоръки за общо лечение	Препоръки за локално лечение
				<p>д) цинк – хиалуронат (Hyaluricht® Sol.)</p> <p>Честота на превръзките – един път дневно. Количество – 4-7 капки на 10cm² площ.</p> <p>При наличие на инфекция</p> <p>а) при локална инфекция – прилагане на локални антибиотици и антисептици (Flammazine 2% крем, Gentamycin крем, Jodasept разтвор или унгвент, Vita-Margen).</p> <p>б) при обща инфекция - приложение на антибиотици, както парентерално или перорално, така и локално.</p> <p>При наличие на екзема около раната</p> <p>а) при остра екзема - компреси с калиев перманганат (бледо розов разтвор) или 2-3 пъти дневно третиране с Laevosoft или със Sol. Ruostalini 2% до намаляване на ексудацията.</p> <p>б) при субакутна екзема или само при наличие на сърбеж – чист кортикостероид (без примес на антисептик или антибиотик).</p>

Вид рана	Фаза на развитие	Клинични симптоми	Препоръки за общо лечение	Препоръки за локално лечение
2.2.Рани при хронична артериална недостатъчност на крайниците (ХАНК)	Клинично се разграничават 4 стадия на ХАНК по класификацията на Fontaine: I стадий-латентен II стадий-клаудикационни болки при ходене-А (над 100 м.) и Б (под 100 м) III стадий-болки в покой IV стадий-некротични исхемични промени.	Обект на амбулаторно лечение е ХАНК от IV A стадий. -При този вид увреди липсва гноевидна ексудация. -Те протичат по сух тип. -Липсват белезите на активна насложена инфекция, както и вторичен лимфангит и лимфаденит -Няма данни за обща интоксикация на пациента -Налице е силна, разлята болка по хода на целия крайник, влияеща се от положението му. Постепенно при напредване на процеса могат да бъдат обхванати сухожилия, стави и кости.	Общото лечение включва две основни подгрупи : -Вазоактивна терапия 1.Пентоксифилин 2.Проставазин. 3. Солудексид. -Антитромбозна терапия: 1.Ацетизал. 2.ДипиридамоЛ. 3.Тиклид.	1.Некретомия -механична -ензимна некролиза - IntraSite gel, Iguol ung., Fibrolan ung. -химическа некролиза 2.Антисептична обработка – Jodasept, Flamazine 3.Стимулиране на гранулаците и епителизацията - Allevyn, Melloin, Granuflex, Comfeel Sea Sorb, Comfeel Plus, Tegisorb™, Tegagel™, Tegarore™ 4. Имобилизация на засегнатия крайник.
3.Диабетно ходило	I.Инфектирана	I.В тази фаза се наблюдават някои локални сигнали на възпаление: -неприятен мирис -гноевидна ексудация -засилваща се болка -повишена температура -изолират се различни микроорганизми	То включва: 1.Вазоактивни медикаменти: (Endotelon, Trental, Prostavasin) 2.Антибиотици – (Клиндамицини, Цефалоспоринони, Пеницилини). 3.Общо лечение на диабета. 4.Нискомолекулни хепарини (НМХ)	Локалното лечение във всяка една от фазите н развитие се определя от дълбочината на раната и от степента на ексудата. В първата фаза на развитие се употребяват следните медикаменти: -алгинатни превръзки - Comfeel Sea Sorb -медицински превръзки: Flammazine, Flagyl, Bactigras полиуретанови – Allevyn cavity, Allevyn hydrocellular

Вид рана	Фаза на развитие	Клинични симптоми	Препоръки за общо лечение	Препоръки за локално лечение
	II. Некротична	II. В тази фаза мъртвата тъкан пречи на грануляцията. След отстраняване на некротичната тъкан първоначално раните нарастват по размер.	II. Общото лечение е подобно.	II. Широк дебридман до здрава тъкан. Тук се използват : -хидроколоидни превръзки - ElastoGel, Comfeel plus, Tegaserbe, Granuflex -хидроколоиден гел – Granugel -алгинатни – Seasorb dressing, Seasorb filler -полиуретанови – Allewyn hydrocellular, Allewyn cavity
	III. Като струлей	III. Мъртвата тъкан се премахва, за да има възможност за грануляция. първоначално раните нарастват по размер.	III. Общото лечение е подобно.	III. Широк дебридман до здрава тъкан. Тук се използват: -хидроколоидни превръзки – Comfeel plus dressing, Granuflex, Tegagel, Comfeel paste -хидроколоидни гелове – IntraSite Gel, Granugel -алгинатни - Seasorb dressing, Seasorb filler -полиуретанови - Allewyn hydrocellular –, Allewyn cavity
	IV. Гранулираща	IV. Тъканта в тази фаза е много нежна и ранима. Желателно е смяната на превръзките да бъде колкото е възможно по-рядко.	IV. Общото лечение е подобно.	IV. Необходимо е подпомагане на грануляцията, ранно разкриване на хипергрануляциите. Тук се използват: -хидроколоидни превръзки - Comfeel plus dressing, Granuflex -хидроколоиден гел – Granugel -Hyaluricht -слабо абсорбиращи - Melloin, Opsite flexigrid, Tegaderm™

Вид рана	Фаза на развитие	Клинични симптоми	Препоръки за общо лечение	Препоръки за локално лечение
				<ul style="list-style-type: none"> -алгинатни – Seisorbe plus dressing, Seisorbe filler -полиуретанови – Alleyn hydrocellular, Alleyn cavity -хидроколоидни - Granuflex extra thin
	V.Епителизираща	V.Тъканта в тази фаза е лесно ранима. Смяна на превръзките колкото е възможно по-рядко.	V. Общото лечение е подобно.	<p>V.Профилактика на инфекцията. Подпомагане на епителизацията, протекция на нежната лесно ранима тъкан.</p> <p>Тук се използват следните превръзки:</p> <ul style="list-style-type: none"> -цинк-хиалуронат – Hyaluricht -алгинатни – Seisorb dressing -полиуретанови – Alleyn hydrocellular -хидроколоидни – Granuflex extra thin, Comfeel plus transparent dressing -слабоабсорбиращи – Mellolin
4.Хронични трудно-здравяващи следоперативни рани	I.Екскудираща II.Фаза на вторично усложнение-необходима е консултация с хирург-оператор.	Когато локалният статус и/или общото състояние на болния се влошат, е необходимо да се търси хирург-оператор. Това се налага в следните случаи: 1.Обилно кървене от раната. 2.Белези на остро и разпространяващо се възпаление на раната и околните тъкани.	<ul style="list-style-type: none"> -Топлинни процедури -Периферни вазодилатори (Trental) -Лимфокинетични средства (Endotelon) -Антибиотична терапия. -Антипиретици и аналгетици, антифлогестивни средства (Profenid - парентерално) -Субституираща терапия-аминокиселинни и водно-солеви разтвори. 	<ul style="list-style-type: none"> 1.Конвенционални превръзочни техники-периодични превръзки. 2.Високо-технологични превръзочни материали -алгинатни – Seisorb plus dressing -полиуретанови – Alleyn hydrocellular -хидроколоидни – Granuflex extra thin, Comfeel plus transparente -слабоабсорбиращи - Mellolin 3.Антисептици - Jodasept, Flammazine

Вид рана	Фаза на развитие	Клинични симптоми	Препоръки за общо лечение	Препоръки за локално лечение
	III. Фаза на епителизация	<p>3. Образуване на некрози и разширяване на раневия дефект.</p> <p>4. Дехисценция на първично зараснала оперативна рана.</p> <p>5. Пролабиране на подлежащи органи от дълбочина.</p> <p>6. Промяна в характера на секрецията-съмнение за оформяне на фистула.</p> <p>7. Секреция от раната, продължаваща повече от 2-3 седмици след изписването на болния.</p> <p>8. Фасциит.</p> <p>9. Чужди тела.</p>		<p>4. Антибиотици - препоръчва се редуциране на локалното им приложение.</p> <p>6. Средства, извършващи нехирургична некролиза и химична некретомия с отстраняване на девитализираните тъкани - Hyaluricht, Iguhol, протеолитични ензими, Fibrolap.</p> <p>7. Средства, стимулиращи гранулациите - хипертоничен разтвор на натриев хлорид, Hyaluricht, Actovegin.</p>

ПАРКИНСОНОВА БОЛЕСТ

Паркинсоновата болест (ПБ) е хронично прогресиращо дегенеративно заболяване на нервната система. Клиничната картина се характеризира с нарушения на двигателната активност - ригидноповишен мускулен тонус, тремор в покой, брадикинеза и постурални нарушения.

I. Цели на програмата:

1. Ранна и точна диагноза на ПБ.
2. Ранно започване на адекватна терапия.
3. Бълзо овладяване на основните симптоми.
4. Изработване индивидуален лечебен план на болните.
5. Периодичен контрол от ОПЛ и консултации със специалист.

II. Целеви групи:

1. Всички стари и новооткрити болни с ПБ
2. Всички болни с усложнена ПБ

III. Очаквани резултати:

1. Краткосрочни - намаляване на хипердиагностиката и съответно броя болни с ПБ, намаляване количеството на консумирани медикаменти.

2. Дългосрочни - отлагане на инвалидизация и запазване трудоспособността на болните за по-дълго време, подобряване качеството им на живот, лекарите ще се обучат в правилна диагностика и лечение на Паркинсоновата болест.

Краткотрайните и дълготрайните резултати ще намалят в крайна сметка директните и индиректните разходи на ПБ.

IV. Институционална рамка:

1. Специализирана и неспециализирана доболнична помощ.
2. Болнични отделения и университетски клиники.
3. Министерство на здравеопазването.
4. НЗОК
5. Неправителствени организации

V. Общи положения

Заболяването започва най-често след 50 годишна възраст, като рискът от заболяване нараства с възрастта. Наблюдават се обаче и случаи на по-ранно начало, включително и ювенилен Паркинсонизъм. ПБ засяга 0.15% от цялото население, като за възрастта от 60 до 70 години нараства до 1%. Според епидемиологичните данни в България би трябвало да има около 12 000 болни. Хроничният характер на заболяването изисква постоянно лечение и следователно постоянни финансови ресурси.

VI. Конкретизация на дейността

1. Диагностична дейност:

Действия на ОПЛ за диагностициране на ПБ

Ранната диагноза на ПБ е задължителна предпоставка за нейното успешно лечение. Важно е да бъдат разпознати още първите леки симптоми, за да може своевременно да се започне невропротективно лечение.

Диагностицирането на ПБ от общопрактикуващия лекар (ОПЛ) включва следните дейности:

- снемане на задълбочена анамнеза с подробна фамилна анамнеза за наличие на болни с ПБ или някакъв тремор;
- интервю с близките;
- неврологично изследване за откриване на основните симптоми на ПБ:
 - ригидност;
 - тремор в покой;
 - брадикинеза;
 - постурални нарушения.
- клинични диагностични проби за установяване на съпътстващи симптоми:
 - наблюдение на походката и движенията - забавена с дребни крачки;
 - микрография - изписване на числата от 1 до 9 върху бял лист;
 - забавеност при изпълнение на ежедневни дейности - разкопчаване на дрехи;
 - рядко мигане;
 - наблюдение на мимиката - масковидно лице;
 - наблюдение на говора - тиха реч с нарушена модулация и интонация.

При наличие на един или повече от **основните** симптоми ОПЛ трябва да насочи болния за консултация със специалист-невролог.

Действия на специалиста-невролог за диагностициране на ПБ

За потвърждаване или отхвърляне на диагнозата специалистът-невролог, освен щателен неврологичен преглед и прилагането на различни провокационни проби (отразени в "Български алгоритъм за диагноза и лечение на ПБ"), задължително провежда и фармакологичен диагностичен тест:

- на болния се дава 1 таблетка 125 мг от дисперсната форма на леводопа с бензеразид, разтворена в около 100мл вода. Ако симптомите се дължат на ПБ в голям процент от случаите те изчезват след около 15 минути.

Диагностични категории при ПБ:

- **клинично възможно** - при наличие на един от основните симптоми;
- **клинично вероятно** - комбинация от два основни симптома или един от тях, но проявени асиметрично;
- **клинично сигурна** - комбинация от три от основните симптоми или два от тях, но проявени асиметрично.

При съмнение за наличие на друго заболяване специалистът-невролог може да насочи за провеждане на лабораторни изследвания, електромиография, невроизобразяващи методи, офталмологично изследване и др.

Действия на ОПЛ при болни с потвърдена диагноза ПБ:

- лично преглежда болните един път месечно и при всяко влошаване на състоянието им;
- изписва ежемесечно терапията на болния, назначена от специалист-невролог;
- не променя терапията без консултация със специалист-невролог;
- извършва домашни посещения при влошаване в състоянието на болните;
- спешно консултира болните със специалист-невролог в следните случаи:
 - симптоми на предозирание на терапията;
 - поява на халюцинации и обърканост;
 - поява на двигателни флукутации или дискинезии;
 - при интеркурентни заболявания или хирургически интервенции;
 - при поява или влошаване на симптомите от автономната нервна система.

Действия на специалиста-невролог в доболничната помощ при болни с потвърдена диагноза ПБ:

- преглежда болния с ПБ един път на три месеца;
- извършва консултация винаги, когато болния е насочен от ОПЛ;
- извършва домашни посещения по искане на ОПЛ;
- извършва необходимите изследвания;
- назначава адекватно лечение, съобразено с "Български алгоритъм за диагноза и лечение на ПБ";
- насочва ги към ОПЛ с подробно медицинско заключение и индивидуален план за лечение;
- при показания насочва болния за стационарно лечение.

Действия на специалиста-невролог в болничната помощ:

- съвместно с невролога от доболничната помощ провежда диагностичния процес;
- по искане на невролога от доболничната помощ осъществява хоспитализиране на болните при наличие на медицински показания за това;
- насочва болния след изписването му от стационара към специалиста-невролог от доболничната помощ с подробна епикриза.

Общомедицински дейности:

- практическо приложение на алгоритъма за диагностика и лечение на заболяването;
- издаване на съвременно ръководство за ПБ;
- организиране обучение по линия на СДО;
- издаване на наръчник за болните и техните близки

2. Лечение на ПБ

ОПЛ изпълнява лечението на болни с ПБ, съгласно назначенията на специалиста-невролог. Съвременното лечение на ПБ включва използването, самостоятелно или в комбинация, на следните групи медикаменти:

- Сележилин
- Амантадин
- Допаминови агонисти
- Антихолинергици
- Леводопа/декарбоксилазен инхибитор
 - стандартна форма
 - форма с удължено действие
 - дисперсна форма

3. Инвалидизация и смъртност

При правилно провеждано лечение двете категории лекари ще могат да лекуват болните амбулаторно и ще имат по-малък брой домашни визити или необходимост от хоспитализации. За болните ползата от това лечение е в удължаване на тяхната работоспособност и намаляване на инвалидността, а за близките им в намаляване на инвалидността на болните, съответно намалява времето с което те се ангажират за тяхното обслужване. Не са малко случаите в които близките на болните не работят, за да могат да ги обслужват. При правилно провеждано лечение продължителността на живот при тази категория болни не се различава от обичайната за страната.

ПЪРВИЧНИ ТИПОВЕ ГЛАВОБОЛИЕ

Главоболието е най-честото оплакване, което пациентите съобщават при посещенията си при различни медицински специалисти. В повечето случаи става дума за един от симптомите при дадено неврологично, психично или соматично заболяване. В последната публикувана класификация на главоболието (сп. Cephalgia, 1988 год.) са отдиференцирани 164 вида главоболия, като 161 от тях са симптом на дадено заболяване и следователно лечението е насочено към основното заболяване.

В неврологичната и общомедицинската практика лекарите най-често се срещат с първичните типове главоболие - мигрена, кластърно и тензионен тип главоболие.

I. Цели на програмата:

1. Първична профилактика.
2. Ранна и точна диагноза на първичните типове главоболие.
3. Своевременно започване на адекватна терапия.
4. Бързо овладяване на пристъпите.
5. Изработване на индивидуален хигиенно-диетичен и лечебен план на болните по време на пристъп и извън пристъп.
6. Вторична профилактика.
7. Ограничаване на самолечение и злоупотребата с неопиатни аналгетици.
8. Намаляване на временната неработоспособност.
9. Свеждане до минимум и определяне показанията за болнично лечение.
10. Периодичен контрол от ОПЛ и консултации със специалист.

II. Целеви групи:

1. Обект на първичната профилактика са децата, на които единият или двамата родители страдат от първично главоболие.
2. Всички стари и новооткрити болни с първично главоболие.
3. Всички болни с чести и/или тежки пристъпи.
4. Вторична профилактика при болни, отговарящи на критериите за такава, с оглед ограничаване хронифициране на страданието.

III. Очаквани резултати:

1. Краткосрочни - ранно откриване на заболяването и своевременно лечение, намаляване средствата и продължителността на временната неработоспособност, бързо възстановяване на физическата активност на страдащите.
2. Дългосрочни - лекарите ще бъдат обучени в правилна диагностика и лечение на първичните типове главоболие, ще се ограничи самолечението от страна на болните и всички негативни последици от това, ще се увеличи броят на

страдащите, потърсили квалифицирана помощ, ще се подобри качеството на живот на болните.

Краткотрайните и дългосрочни резултати от тази програма ще намалят директните и индиректните разходи за първичните типове главоболие.

IV. Институционална рамка:

1. Специализираната и неспециализирана доболнична помощ.
2. Болничните отделения и университетските клиники.
3. Министерство на здравеопазването.
4. НЗОК.
5. Неправителствени организации.

V. Общи положения

Според проведени епидемиологични проучвания в България от мигрена страдат 8% от жените и 1.8% от мъжете на възраст от 18 до 60 годишна възраст, от кластърно главоболие - 0.3% от населението, като от него страдат изключително мъжете, а от тензионно (епизодично или хронично) - повече от 80%.

VI. Конкретизация на дейността

1. Диагностична дейност:

Действия на ОПЛ за диагностициране на първичните типове главоболие

Своевременната диагноза на първичните типове главоболие е задължителна предпоставка за тяхното успешно лечение. Важно е да се познават диагностичните критерии и особеностите на детското главоболие, за да може своевременно да се започне симптоматично и/или профилактично лечение.

Диагностицирането на първичните типове главоболие от общопрактикуващия лекар (ОПЛ) включва следните дейности:

- снемане на задълбочена анамнеза - при деца и подробна фамилна анамнеза за наличие на главоболие при родителите;
- отдифиренциране на първични от вторични типове главоболие;
- насочване на страдащия от главоболие към специалист - при първичен тип към невролог.

Действия на специалиста-невролог за диагностициране на първичните типове главоболие

За потвърждаване или отхвърляне на диагнозата специалистът-невролог извършва следните действия:

- снема насочена анамнеза;
- щателен неврологичен преглед;
- използва на операционализираните диагностични критерии;
- прилага на фармакологични дианостични тестове:
- при мигрена - с нитроглицерин
- при кластърно главоболие - нитроглицерин, хистамин, алкохол
- при тензионен тип главоболие - ефект на алкохол

Той трябва да установи:

- мигрена - наличие или отсъствие на симптоми на аура, честота и тежест на пристъпите, наличие или отсъствие на съпътстващи симптоми;
- кластърно главоболие - формата, честотата на пристъпите и периодите, тежестта на пристъпите, обичайно време на настъпване на периодите през годината и на пристъпите през денонощието;
- тензионен тип главоболие - формата, тежест на пристъпите, наличие или не на повишен тонус на перикраниалната мускулатура (включително с ЕМГ).

При съмнение за наличие на вторично главоболие специалистът-невролог насочва за провеждане на: лабораторни изследвания, електромиография, невроизобразяващи методи, офталмологично изследване или консултация с други специалисти.

Действия на ОПЛ при болни с установен тип първично главоболие

- мигрена - лично преглежда болните един път месечно и при всяко влошаване на състоянието им;
- кластърно главоболие - лично преглежда болните един път седмично по време на кластърния период и при всяко влошаване и ежемесечно при хроничната му форма;
- тензионен тип главоболие - лично преглежда болните един път месечно и при всяко влошаване;
- не променя терапията без консултация със специалист-невролог;
- спешно консултира болните със специалист-невролог при установяване на анамнестични и клинични данни за промяна в характеристиките на вече установено първично главоболие.

Изпраща за спешна консултация със специалист-невролог при:

- недостатъчен ефект от провежданата терапия;
- симптоми на предозиране на терапията;
- при поява на медикаментозна зависимост.

Действия на специалиста-невролог в доболничната помощ при болни с потвърдена диагноза ПБ:

- определя вида и продължителността на симптоматичната и профилактичната терапия;
- извършва консултация винаги, когато болния е насочен от ОПЛ;
- извършва необходимите изследвания;
- насочва ги към ОПЛ с подробно медицинско заключение и индивидуален план за лечение;
- при показания насочва болния за стационарно лечение.

Действия на специалиста-невролог в болничната помощ:

- при необходимост съвместно с невролога от доболнична помощ провежда диагностичния процес;
- по искане на невролога от доболнична помощ осъществява хоспитализиране на болните;
- мигрена - при неповлияващо се главоболие в рамките на 72 часа, пристъпи при които има предозиране на медикаменти, при липса на

ефект от лечението, при наличие на други застрашаващи симптоми, включително мигренен статус;

- кластърно главоболие - при необичайна продължителност на кластърния период, при медикаментозно предозиране, при неповлияване на главоболието;
- тензионен тип главоболие - при промяна в характеристиките на главоболието, при медикаментозно предозиране, при неповлияване на главоболието;
- насочва болния след изписването му от стационара към специалиста-невролог от доболничната помощ с подробна епикриза.

Общомедицински дейности:

- практическо приложение на алгоритъма за диагностика и лечение на първичните типове главоболие;
- организиране обучение по линия на СДО;
- издаване на наръчник за болните.

2. Лечение на първичните типове главоболие

ОПЛ изпълнява лечението на болни с първични типове главоболие съгласно назначенията на специалиста-невролог. Съвременното им лечение включва използването, самостоятелно или в комбинация, на следните групи медикаменти:

Мигрена

- симптоматично лечение - неопиатни аналгетици (ацетилсалицилова киселина, парацетамол, комбинирани медикаменти), НСПВ (диклофенак К, ибупрофен, напроксен), антиеметици (метоклопрамид), ерготаминови деривати, триптани (суматриптан, ризатриптан, наратриптан, золмитриптан), опиатни аналгетици (лидол, трансдермален фентанил, тремадол);
- профилактично лечение - антидепресанти (трициклични, MAO-A инхибитори, ИБЗС), бета-антагонисти (пропранолол, метопролол, атенолол), калциеви антагонисти (флунаризин), антиконвулсанти (валпроати), ипразохром.

Кластърно главоболие:

а) епизодично

- профилактично - кортикостероиди (преднизон), ерготаминови деривати, фенотиазинови (хлорпромазин), антиконвулсанти (валпроати)
- симптоматично - инхалация с 100% кислород, триптани, ерготаминови деривати, локални анестетици, калциеви антагонисти;

б) хронично

- профилактично - литиев карбонат, калциеви антагонисти, антиконвулсанти, хирургическо;
- симптоматично - инхалация с 100% кислород, триптани, ерготаминови деривати, локални анестетици, калциеви антагонисти.

Тензионен тип главоболие:

а) епизодично - неопиатни аналгетици (ацетилсалицилова киселина), НСПВ (напроксен, ибупрофен, индометацин, пироксикам, теноксикам), миорелаксанти (тетразепам, баклофен, тизанидин);

б) хронично - антидепресанти (трициклични, МАО-А инхибитори, ИБЗС), антиконвулсанти (валпроати).

3. Социална значимост на първичните типове главоболие

За мигрената и кластърното главоболие е характерно, че протичат на пристъпи с различна продължителност (от 2 до 72 часа), през което време болните не са трудоспособни, включително и на легло, а 1-2 дни след пристъпа са с намалена работоспособност. Честотата на пристъпите от мигрена е средно 2-3 пъти месечно при средна продължителност 48 часа, което означава, че 4 - 6 дни от месеца тези болни са временно неработоспособни, което довежда до съответни материални загуби за тях, обществото и семействата им. Същите тези болни в голям процент от случаите провеждат самолечение, предимно с неопиатни аналгетици, което довежда до привикване, използването им в големи количества без особен ефект и хронифициране на страданието и съчетаването му с медикаментозно - предизвикано главоболие. При правилно провеждано лечение ОПЛ и специалиста-невролог ще могат да лекуват болните амбулаторно и ще се намали необходимостта от хоспитализации.

МНОЖЕСТВЕНА СКЛЕРОЗА

Множествената склероза (МС) представлява сериозен медицински проблем, поради все още неизяснената етиология, трудности при диагностициране и липсата на етиопатогенетично лечение. Съвременните схващания за заболяването го определят като имунообусловено и органоспецифично, причинено от съчетаването на генетични и фактори от околната среда. Това води до поява на автоантигени от базичния протеин на миелина и аберентен имуноен отговор.

В неврологичната и общомедицинската практика лекарите най-често се срещат с вече разгъната картина на МС.

I. Цели на програмата:

1. Ранна и точна диагноза на МС.
3. Своевременно започване на адекватна терапия.
4. Бързо овладяване на пристъпите.
5. Изработване индивидуален хигиенно-диетичен и лечебен план на болните по време на пристъп и извън пристъп.
6. Вторична профилактика.
7. Забавяне инвалидизацията.
8. Определяне показанията и минимизиране честотата и продължителността на болничното лечение.
9. Периодичен контрол от специалист-невролог.

II. Целеви групи:

1. Скрининг в районите с повишена заболяемост.
2. Всички стари и новооткрити болни с МС.
3. Всички болни с чести и/или тежки пристъпи..
4. Всички болни с усложнена МС.
5. Вторична профилактика при болни, отговарящи на критериите за такава, с оглед забавяне на инвалидизацията.

III. Очаквани резултати:

1. Краткосрочни - ранно откриване на заболяването, своевременно лечение на пристъпите, намаляване средствата и продължителността на болничното лечение, запазване на физическата активност на страдащите.

2. Дългосрочни - отлагане на инвалидизация и запазване трудоспособността на болните за по-дълго време, подобряване качеството им на живот, лекарите ще се обучат в правилна диагностика и лечение на МС.

Краткотрайните и дългосрочни резултати ще намалят в крайна сметка директните и индиректните разходи на МС.

IV. Институционална рамка:

1. Специализирана неврологична доболнична помощ.
2. Неврологичните болнични отделения и университетски клиники.
3. Министерство на здравеопазването.
4. НЗОК.
5. Неправителствени организации.

V. Общи положения

Заболяването започва най-често около 20 годишна възраст, като най-голям е броят им между 30-34 години. Съотношение жени/мъже е 1.9 : 1. Според епидемиологичните данни в България средната заболяемост е 1.03/100 000, а средната болестност - 44.5/100 000. Най-честият ход на болестта при 54.5% от болните е пристъпно-ремитиращият. Хроничният характер на заболяването изисква постоянно лечение и следователно постоянни финансови ресурси.

VI. Конкретизация на дейността

1. Диагностична дейност:

Действия на ОПЛ за диагностициране на МС

Ранната диагноза на МС е задължителна предпоставка за нейното успешно лечение. Важно е да бъдат разпознати още първите леки симптоми, за да може своевременно да се започне лечение.

При оплаквания от слабост в крайниците, залитане, зрителни нарушения, вследствие на ретробулбарен неврит, тазово-резервоарни нарушения или изтръпване на крайниците при болен, при който не е диагностицирана МС до този момент, общопрактикуващият лекар (ОПЛ) трябва да насочи болния незабавно към невролог. Това той трябва да установи чрез:

- снемане на задълбочена анамнеза с подробна фамилна анамнеза за наличие на болни с МС;
- интервю с близките.

Действия на специалиста-невролог за диагностициране на МС

За потвърждаване или отхвърляне на диагнозата специалистът-невролог трябва да използва диагностичните критерии на Позер и да извърши съответните лабораторни изследвания и консултации в амбулаторни условия или при нужда хоспитализира болния. Специалистът-невролог трябва да установи:

- формата на протичане на МС;
- броя преживените пристъпи;
- тежестта на пристъпите;

За потвърждаване на диагнозата се прилагат следните лабораторни методи:

- офталмологично изследване;
- неврофизиологично изследване - предизвикани потенциали;
- невроизобразяващи изследвания - магнитнорезонансна томография;
- ликворологично изследване - общо и електрофореза.

Диагностични категории при МС:

- **клинично възможна**
- **клинично вероятна**
- **клинично сигурна**

Клинични форми на протичане на МС:

- пристъпно - ремитентна
- прогресираща - първично и вторично прогресираща
- доброкачествена

Действия на специалиста-невролог при диагностицирана МС

Специалистът-невролог лично преглежда болните един път месечно и при всяко влошаване на състоянието им и наблюдава за:

- настъпване на нов пристъп;
- прогресивно влошаване на симптоматиката с повече от 1 точка по скалата на Куртски годишно;
- зачестяване на пристъпите повече от 2 годишно;
- странични ефекти от прилаганото лечение извън пристъп.

Действия на специалиста-невролог при възникване на нов пристъп от МС

- установява настъпване на нов пристъп, като използва съответните критерии;
- провежда кортикостероидно и симптоматично лечение в амбулаторни или болнични условия, в зависимост от тежестта на пристъпа;
- извършва домашни посещения по искане на ОПЛ и при необходимост.

Действия на специалиста-невролог при болни с МС извън пристъп

При липса на зачестяване на пристъпи или прогресивно влошаване на болния се препоръчва само хигиенно-диетичен режим:

- достатъчна почивка и избягване на физическа и умствена умора;
- предпазване от преохлаждане и прегряване;
- предпазване от простудни заболявания;
- намаляване на животинските мазнини;
- лечебна физкултура;
- внимателна преценка от необходимостта от ваксинации.

При зачестяване на пристъпите повече от 2 годишно на болния се препоръчва и медикаментозно лечение:

- лечение с интерферон бета;
- имуносупресивно лечение;
- симптоматично лечение.

При вземане на решение за започване на лечение с интерферон- бета специалистът-невролог има предвид:

- критериите за включване и изключване на лечение с интерферон- бета;
- лечението да продължи минимум една година, след което той да прецени ефекта му;
- преустановяване на лечение с интерферон бета се допуска при наличие на определени критерии, странични ефекти или липса на ефект;

- лечението с интерферон бета трябва да продължи най-малко 3-5 години.

Когато се наблюдава зачестяване на пристъпи и болния не отговаря на критериите за лечение с интерферон- бета или лечението е неефективно, специалистът-невролог преценява възможностите за започване на имуносупресивно лечение.

При прогресивно влошаване с повече от 1 точка по скалата на Куртски за 1 година при болните с хронично-прогресираща форма на заболяването, неврологът трябва да вземе решение за започване на:

- лечение с интерферон бета -1в съобразно критериите;
- имуносупресивно лечение;
- симптоматично лечение.

Болният се хоспитализира в неврологично отделение от невролог:

- за диагностично уточняване;
- залечение на пристъп;
- за започване на лечение с интерферон бета;
- при наличие на застрашаващи симптоми.

След изписването на болния от стационара той се насочва към специалист-невролог от доболнична помощ с подробна епикриза.

Общомедицински дейности:

- практическо приложение на алгоритъма за диагностика и лечение на заболяването;
- издаване на съвременно ръководство за МС;
- организиране обучение по линия на СДО;
- издаване на наръчник за болните и техните близки.

2. Лечение на МС

Лечението на МС се провежда от специалист-невролог в доболничната и болничната помощ. Съвременното лечение на МС включва използването, самостоятелно или в комбинация, на следните групи медикаменти:

- Глюкортикостероиди
- Миорелаксанти
- Антихолинергични медикаменти
- Антиконвулсанти
- Антидепресанти
- Интерферон бета
- Имуносупресанти

3. Инвалидизация и смъртност

Обичайната продължителност на заболяването е 10-15 години, но това, разбира се е строгоиндивидуално и зависи от формата на заболяването. При съвременно лечение продължителността на живота на тези болни се удължава и тяхната инвалидизация се забавя. Това особено важи за интерферон бета. Съвременното лечение предполага тяхното предимно амбулаторно лечение и намаляване на брой домашни визити или необходимост от хоспитализации. За

болните ползата от това лечение е в удължаване на тяхната работоспособност и забавяне на инвалидността, а за близките им това забавяне на инвалидността на болните води до намаляване времето, с което те се ангажират за тяхното обслужване. Не са малко случаите, в които близките на болните не работят, за да могат да ги обслужват.

ЕПИЛЕПСИЯ

Епилепсията е заболяване с епизодично нарушение във функциите на ЦНС, което се характеризира с конвулсивни или неконвулсивни клинични прояви и се обуславя от съчетанието на вродени и придобити промени в нервната система. Като хронично неврологично заболяване, епилепсията се определя от наличието на най-малко два спонтанни епилептични припадъка в резултат на първична мозъчна дисфункция

I. Цели на програмата:

1. Ранна диагноза на епилепсията.
2. Диференциране на епилептични от неепилептични пароксизмални състояния.
3. Уточняване на разрядната форма.
4. Дефиниране на епилептичния синдром.
5. Уточняване на етиологията (симптоматична, криптогенна, идиопатична).
6. Започване на ранна терапия с цел пълен контрол върху припадъците, отстраняване на психичните промени и постигане на добро качество на живот при минимални странични действия на лекарствените средства.
7. Периодичен контрол върху хода на лечението от специалист невролог или невропедиатър.

II. Целеви групи:

1. Всички стари и новооткрити болни без усложнения.
2. Болни с трудноконтролиращи се пристъпи със странични действия от приложеното лечение, прогресиращи форми с интеркурентни заболявания, бременни.
3. Болни с резистентно протичане или със синдроми с неблагоприятна прогноза.

III. Очаквани резултати:

1. Ефективност на монотерапията - купиране на пристъпите при умерени дози с едно противоепилептично средство (ПЕС).
2. Рационална политерапия - купиране на пристъпите при удачно съчетание максимум до три противоепилептични средства с добра клинична ефективност при незначителни странични действия.
3. Редукция на пристъпите и ограничаване прогресията на заболяването при множествени разрядни форми или прогресивен ход на заболяването.

IV. Институционална рамка:

1. Специализирана доболнична помощ.
2. Специализирани амбулаторни звена към ОРБ.
3. Университетски клиники в София, Пловдив, Плевен, Варна.

4. Министерство на здравеопазването.
5. НЗОК.
6. Научни организации.
7. Обществени организации.

V. Общи положения

1. Болестност

Епилепсията се проявява най-често в детската възраст, има известен спад на болестността в зряла възраст и ново увеличение в зряла възраст. Засега около 1% от цялото население, но значително по-малка част от болните, се отнасят до лекар. В България има около 80000 болни, от тях около 50000 търсят лекарска помощ и само около 30000 се лекуват системно. При нелекувани болни или неправилно лечение заболяването прогресира с по-тежки и по-чести пристъпи, което оскъпява разходите за тези болни. При благоприятно протичане (при около 60-70% от болните) лечението трае от 1,5 до 5 години.

VI. Конкретизация на дейността

1. Диагностична дейност

Действия на първо ниво (ДКЦ, специализирани кабинети, диспансерни отделения и др.)

Своевременна диагноза на епилепсията на базата на задълбочена анамнеза, ЕЕГ и лабораторен минимум с оглед:

- разграничаване на епилепсията от прояви, наподобяващи епилептични пристъпи;
- класифициране на пристъпите;
- класификация на синдромите;
- определяне на етиологията.

1. При доказана епилепсия се започва лечение с монотерапия.

2. При несигурна диагноза (съмнение за провокирани припадъци или пароксизмални неепилептични състояния) болният се прехвърля за наблюдение от ОПЛ.

3. При съмнение за симптоматична епилепсия (необходимост от етиологично уточняване), трудности при класифицирането на разрядите или съпътстващи интеркурентни заболявания болният се консултира на II ниво.

4. При неефективна монотерапия се преминава към ново ПЕС или политерапия с новите ПЕС.

5. При диагностични и терапевтични трудности, бременност, прогресия на заболяването с поява на нов вид разряди, психо-социални и др. проблеми в хода на лечението болният се прехвърля на II ниво

Действия на второ ниво (определени ОРБ със специалисти невролози, невропедиатри, психиатри, неврофизиолози, неврорадиолози)

1. Редиагностициране - включва освен подробните анамнестични данни , неврологичен и психичен статус (психологично изследване) и специализирани неврофизиологични изследвания, невроизобразяващи техники (МРТ, КТ), разширени лабораторни изследвания.

Уточняват се:

- вида на пристъпите;
- честота, трайност;
- активиращи фактори;
- лечебна ефективност от проведеното лечение.

2. Назначава се лечение с ПЕС от 1 или 2 ред моно- или политерапия

- контролират се титрационните периоди за поносимост и странични действия;
- ЕЕГ, лабораторен контрол, лекарствено мониториране;
- адаптиране на дозата;
- оценка на ефективността.

а) Болните със задоволителен контрол върху припадъците се прехвърлят за контрол на терапията на 1-во ниво.

б) Терапевтично проблемните болни остават под наблюдение на II ниво.

в) Резистентните форми, с прогресия на заболяването, с изразени странични действия и усложнения се прехвърлят на III ниво.

Действия на трето ниво (национални консултативни центрове по епилепсия - за лица над 14 г. Неврологични клиники към МУ София, Пловдив, Плевен, Варна; за деца до 14 г. Невропедиатрични клиники към МУ София и Пловдив, където има невролози, невропедиатри, психиатри, неврофизиолози, неврорадиолози, неврохирурзи и др. специалисти).

1. Редиагностициране

Освен обема на изследвания от II ниво с възможности за компютризирани неврофизиологични изследвания, невроизобразяващи техники, генетични изследвания, разширени лабораторни изследвания (метаболитни), психологични

Уточняват се детайлно всички параметри от II ниво и:

- клинични и инструментални данни за огнищност;
- наследственост - генетично изследване;
- етиологични фактори;
- психични отклонения от хода на заболяването или медикаментозни;
- съотношения с интеркурентни заболявания;
- синдромология;
- индикации за алтернативни форми на лечение в т.ч. и неврохирургично лечение.

2. Назначава се лечение по индикации от всички ПЕС в рационални комбинации, в т.ч. и лекарствени препарати в процес на проучване, алтернативна терапия, неврохирургично лечение и др.

- контролират се титрационни периоди за поносимост, странични действия и ефект;
- ЕЕГ, лабораторен контрол, лекарствено мониториране;
- комплиментиране и адаптиране на лечебния процес;
- оценка на ефективността ;
- контрол върху системното състояние (интеркурентни заболявания, бременност и др.);
- индикации за неврохирургично лечение;
- уреждане на социално-правни проблеми.

а) Болните със задоволителен контрол върху припадъците без странични действия и усложнения се прехвърлят за контрол по компетентна преценка за I или II ниво;

б) Проблемните болни без тежки усложнения се контролират амбулаторно от III ниво;

в) Резистентните и усложнени болни, протрахиранни форми със странични действия и усложнения се хоспитализират.

Действия на специалистите в болничната помощ

а) Съгласувано със специалистите невролози, респ невропедиатри болните с тежки форми, резистентни или т.нар. нелечими форми, с усложнения, прогресиращи форми, както и неklasифицираните се хоспитализират в неврологично отделение. Съобразно конкретното състояние на болния след хоспитализацията се насочва с епикриза за контрол от съответното ниво

б) Всички болни в епилептичен статус се хоспитализират в отделения за реанимация (бивши ОАРИЛ), където се подлагат на интензивно противоепилептично и общо соматично лечение.

Общомедицински дейности

- преработка на алгоритъма за диагностика и лечение на епилепсията, както и принципите за организацията на противоепилептичната помощ, като инструкция на МЗ за борба с епилепсията.;
- организиране по линията на СДК на обучение, съобразно принципите на програмата;
- изготвяне на практическо ръководство по епилепсия.

2. Лечение на епилепсията

Лечението на болните с епилепсия се осъществява от специалисти невролози, съответно за децата до 14 г от невропедиатри или профилирани в тази област невролози и педиатри.

Съвременното лечение на епилепсията се осъществява с противоепилептични средства като моно-и политерапия и рационална политерапия със следните медикаментозни средства

1. CarbamazepineCBZ8 OxcarbazepineOCBZ
2. ValproateVPA9 PhenytoinPHT
3. ClonazepamCZP10 EthosuximideESM

4. PiracetamPZT11 Phenobarbital PB
5. TopiramateTPM12 PrimidonePRM
6. LamotrigineLTG13 ACTH - Depot
7. TiagabineTGB14 Methylprednisolon

3. Инвалидизация и смъртност

Своевременното и правилно лечение на епилепсията ограничава прогресията на заболяването и инвалидизацията, което има здравен, социален и икономически ефект. Преобладаващата част от болните (прости, неусложнени форми, рано диагностицирани) се лекуват амбулаторно. Смъртност при епилепсия се наблюдава при тежки и запустени форми, най-често от интеркурентни заболявания, или травми при падане. По-чести са смъртните случаи при тежки конвулсивни епилептични статуси; т.нар. внезапна смърт при епилептично болни се наблюдава рядко и засега няма медицинско обяснение.

4. Прогноза

Прогнозата при болните с епилепсия зависи от формата, респективно формите, податливостта на лечение, давността, редица наследствени и придобити фактори.

Благоприятна	Неблагоприятна
<ol style="list-style-type: none"> 1. Абсанси 2. Бенигна детска <ul style="list-style-type: none"> - роландова - окципитална - неонатална 3. При възрастни 4. Фебрилни разряди 	<ul style="list-style-type: none"> Синдром на West Синдром на Lennox-Gastaut Тежка детска миоклонична Прогресивен миоклонус Ювенилен миоклонус Синдром на Landau-Kleffner Засегнат темпорален дял Корова дисплазия

МОЗЪЧНО-СЪДОВА БОЛЕСТ

Понятието мозъчносъдова болест (МСБ) не е самостоятелна болестна единица. Тук се включват различни исхемични и хеморагични нарушения, които се развиват в артериалната и венозна част на мозъчното кръвообращение:

1. Исхемични нарушения на мозъчното кръвообращение:
 - Асимптомни исхемични нарушения на мозъчното кръвообращение (АИНМК);
 - Преходни исхемични нарушения на мозъчното кръвообращение (ПИНМК);
 - Мозъчни инфаркти (исхемични мозъчни инсулти – ИМИ).
2. Хеморагични мозъчни инсулти (ХМИ):
 - Паренхимни мозъчни кръвоизливи (ПМК);
 - Субарахноидни кръвоизливи (САК).
3. Тромбози на мозъчни вени и дурални синуси
4. Съдова деменция (СД)
5. Съдови заболявания на гръбначния мозък
 - Инфаркт на гръбначния мозък (миеломалация)
 - Кръвоизливи в гръбначния мозък (хематомиелия)

Сред социално значимите, широко разпространени заболявания в нашата съвременност, мозъчно-съдовата болест заема основно място. Нейната първостепенна медико-социална значимост е резултат от високата заболяемост и смъртност, както и от тежката инвалидизация на част от преживелите мозъчния инсулт болни.

I. Цели на програмата:

1. Ранна и точна диагноза на МСБ във всички нейни форми.
2. Изграждане и регламентиране на система на организация за провеждане на своевременна и адекватна терапия, включително интензивно и оперативно лечение на мозъчните инсулти в острата фаза и на другите форми на МСБ.
3. Изготвяне на актуални и съобразени с принципите на фармакоикономиката терапевтични схеми с лекарствени позиции, регистрирани в република България – в доболнични и болнични условия.
4. Провеждане на адекватна рехабилитация в ранния и по-късните стадии на заболяването чрез интердисциплинарен тим, обучен за рехабилитация и лечение на болни с мозъчни инсулти.
5. Изготвяне на актуални и съобразени с принципите на фармакоикономиката терапевтични схеми за провеждане на първична и вторична профилактика.
6. Изготвяне на препоръки за борба с рисковите фактори.
7. Периодичен контрол от общопрактикуващия лекар и консултации със специалисти.

8. Изработване на клинични препоръки, като част от правилата за добра медицинска практика с алгоритми за диагностичен, профилактичен и терапевтичен процес в доболничната и болничната медицинска помощ.

II. Целеви групи:

1. Всички болни, прекарали ПИНМК, ИМИ и ХМИ.
2. Всички болни с АИНМК и съдова деменция.
3. Всички болни с прекарани и новооткрити форми на МСБ – АИНМК, ПИНМК, ИМИ, ХМИ, съдова деменция, тромбози на мозъчни венозни и дурални синуси.
4. Всички болни с прекарани и новооткрити съдови заболявания на гръбначния мозък.

III. Очаквани резултати:

1. Краткосрочни:
 - Сnižаване на смъртността в рамките на първия месец след мозъчния инсулт под 20%;
 - При болни, преживели острата фаза, честотата на рецидивиращите фатални и нефатални инсулти през следващите 2 години да се снижи под 20%, а смъртността от съдови заболявания за същия период да се снижи под 40%;
 - Повече от 70% от преживелите мозъчния инсулт болни да могат да се самообслужват и да бъдат независими в ежедневната им дейност след 3-я месец от началото на инсулта;
 - Намалвяване на количеството на използваните медикаменти в по-късните стадии на МСБ и подобряване качеството на живот на тези болни.
2. Дългосрочни:
 - Сnižаване на заболеваемостта, смъртността и инвалидността от МСБ, особено в по-ранните възрастови групи;
 - Подобряване качеството на живот на болните с МСБ;
 - Намалвяване на количеството медикаменти и скъпо струващото болнично лечение при този контингент болни;
 - Общопрактикуващите лекари ще се обучат за поставяне на ранна и точна диагноза, провеждане на правилно лечение и извършване на действена профилактика на МСБ във всички нейни форми;
 - Ще се снижат в крайна сметка директните и индиректните разходи на обществото, на болния и неговото семейство.

IV. Институционална рамка:

1. Специализирана и неспециализирана доболнична помощ.
2. Болнични отделения, университетски клиники и национални центрове.
3. Министерство на здравеопазването.
4. НЗОК.
5. Неправителствени организации.

V. Общи положения

Болестност, инвалидизация и смъртност

В нашата страна има около 50 000 болни, преживели мозъчен инсулт, като от новополучилите инсулт преживяват около 12 000. От тях 80% са ИМИ, 10-12% с ХМИ и 8-10% със САК. Около 1/3 от преживелите мозъчен имсулт са на възраст под 65 г. Над 40% от преживелите болни са с различна степен на инвалидизация, като при 10% тя е тежко изразена и изисква допълнителни грижи и помощ от семейството, близките и обществото. Нашата страна е на едно от първите места в света по заболяемост и смъртност от МСБ – 8,46/1000 (за население над 15 г.) и 4/1000 за лица под 15 г. Годишно в страната от МСБ умират около 21 000 болни, от които 6 000 с ХМИ и 15 000 с ИМИ. Около 4% от всички починали са под 45 г. възраст. Честотата на СД се движи от 18 до 65% от всички видове деменции, като относителният дял на заболяването нараства с възрастта. Тромбозите на мозъчните вени и дурални синуси са много по-редки от артериалните лезии. В противоположност на главния мозък, гръбначният мозък не е обичайно място за съдови заболявания. Инфарктите и кръвоизливите в него са много редки в сравнение с демиелинизиращия миелит.

VI. Конкретизация на дейността

1. Диагностична дейност

Ранната диагноза на МСБ е необходима предпоставка за нейното успешно лечение. Важно е да бъдат разпознати още началните леки симптоми, за да може своевременно да се изгради адекватен диагностичен, терапевтичен и профилактичен план.

2. Действия на общопрактикуващия лекар (ОПЛ) за диагностициране на МСБ

а) диагностичен процес и поведение при АИНМК;

При диагностициране на АИНМК от ОПЛ се включват следните дейности:

- щателна анамнеза за наличие на рискови фактори за развитие на МСБ;
- развитие на неврологични и/или психични оплаквания след пренапрежение и стресови ситуации – тилно или челно главоболие, появяващо се след умора, нарушено внимание, намалена умствена работоспособност, паметови нарушения, емоционална лабилност, шум в ушите, замайване, чести нарушения в съня;
- соматичен статус, включително с аускултация на сънните и подключични артерии за откриване на артериални шумове; измерване на артериалното налягане на двете ръце; при рутинен неврологичен статус не се откриват неврологични симптоми;
- при наличие на рискови фактори и анамнестични данни за МСБ някои от изброените неврологични и/или психични оплаквания ОПЛ насочва болния за консултация със специалист-невролог.

б) диагностичен процес и поведение при ПИНМК;

Диагностицирането на ПИНМК може да създаде затруднения, тъй като често болният търси помощ след отзвучаването на неврологичната симптоматика.

При диагностициране на ПИНМК от ОПЛ се включват следните дейности:

- наличие на рискови фактори;
- анамнеза за остро възникване и бързо отзвучаване на огнищен неврологичен дефицит с продължителност до 24 часа (зрителни нарушения, двигателни и сетивни разстройства, лезия на ЧМН, когнитивни и паметови нарушения и др.);
- анамнеза за рецидиви на симптомите;
- соматичен статус, включително с аускултация на сънните и подключични артерии за откриване на артериални шумове; двустранно измерване на артериалното налягане;
- неврологичен статус – липса на огнищни неврологични симптоми след 24-я час.
- при наличие на рискови фактори, съответна анамнеза, данни от соматичното изследване и отсъствие на огнищни неврологични симптоми, ОПЛ насочва болния за консултация със специалист-невролог.

в) диагностичен процес и поведение при мозъчни инсулти – ИМИ, ХМИ;

При диагностициране на ИМИ и ХМИ от ОПЛ се включват следните дейности:

- прецизна анамнеза за началото на мозъчносъдовия инцидент (остро, подостро) с развитие на огнищна неврологична симптоматика със или без общомозъчни симптоми;
- наличие на рискови фактори;
- соматичен статус, включително с аускултация на сънните и подключични артерии за откриване на артериални шумове, двустранно измерване на артериалното налягане;
- неврологичен статус: наличие или отсъствие на общомозъчни симптоми (главоболие, гадене, повръщане, количествени нарушения на съзнанието, дихателни нарушения и др.); наличие на огнищни неврологични симптоми в различна степен на изразеност (хемипареза, хемипестезия, хемиянопсия, централна или периферна лезия на ЧМН), наличие или отсъствие на менингеален синдром, епилептични гърчове и др.;
- при наличие на анамнестични или клинични данни за мозъчен инсулт, ОПЛ насочва болния за спешна хоспитализация чрез центъра за спешна медицинска помощ (ЦСМП), по установения ред – виж приложените фигури 1, 2, 3. Болните с много лека неврологична симптоматика, при възможност, могат първо да бъдат консултирани със специалист невролог и тогава насочени за спешна хоспитализация. Мозъчният инсулт е спешно състояние и изисква бърза хоспитализация чрез ЦСМП.

г) диагностичен процес и поведение при съдови заболявания на мозъчните вени и дурални синуси;

При тяхното диагностициране от ОПЛ се включват следните дейности:

- прецизна анамнеза за употреба на хормонални антиконцептивни средства, бременност, състояние след раждане, открити или закрити травми на главата, зъбни грануломи, кръвни заболявания;
- соматичен статус;
- неврологичен статус – възможни епилептични гърчове, лезия на ЧМН, двигателни и сетивни нарушения, общомозъчна симптоматика с количествени нарушения на съзнанието до кома;
- при наличие на анамнестични данни и симптоми от неврологичния статус и тежко общо състояние, болният спешно се насочва чрез ЦСМП за спешна хоспитализация. Ако състоянието е по-леко е уместно преди хоспитализацията да се извърши консултация със специалист невролог.

д) диагностичен процес и поведение при съдова деменция (СД);

При диагностициране на СД от ОПЛ се включват следните дейности:

- наличие на рискови фактори за МСБ – данни за преживян мозъчен инсулт или ПИНМК;
- соматичен статус, включително с аускултация на сънните и подключични артерии за откриване на артериални шумове; двустранно измерване на артериалното налягане;
- неврологично изследване – снижени когнитивни функции, насочващи за деменция и емоционални разстройства; могат да се установят пирамидни белези, псевдобулбарен синдром, апраксия на походката и др. При наличие на анамнестични данни и клинични симптоми за деменция болният се насочва за консултация със специалист-невролог.

е) диагностичен процес и поведение при съдови заболявания на гръбначния мозък (инфаркти и кръвоизливи);

При тяхното диагностициране от ОПЛ се включват следните дейности:

- анамнеза за внезапна болка в гърба или врата;
- неврологичен статус – с остро развитие на пара- или квадрипареза. Тези синдроми са спешни състояния, изискващи бърза хоспитализация чрез ЦСМП.

3. Действия на специалиста невролог за диагностициране на МСБ

а) диагностичен процес при АИНМК и ПИНМК;

За потвърждаване или отхвърляне на диагнозата специалистът-невролог, освен щателен неврологичен и соматичен преглед, провежда изследване чрез невропсихологични тестове и оценъчни скали за откриване на леки неврологични и/или когнитивни нарушения. За доуточняване на диагнозата специалистът невролог насочва болния за провеждане на лабораторни изследвания, невроизобразителни и функционални изследвания и при необходимост - консултации с офталмолог и кардиолог. След приключване на диагностичния процес болният се насочва за оперативно лечение (каротидна ендартеректомия и кардиохирургично лечение). Назначава се и съответно консервативно лечение.

б) диагностичен процес при мозъчни инсулти, тромбози на мозъчни вени и дурални синуси и съдови заболявания на гръбначния мозък;

При тези състояния специалистът- невролог след щателен преглед насочва болния за спешна хоспитализация чрез ЦСМП.

в) диагностичен процес при болни със съдова деменция;

При болни със СД специалистът- невролог извършва следните дейности :

- неврологичен статус;
- прилагане на тестове за оценка тежестта на деменцията;
- насочва пациента за лабораторни изследвания;
- насочва болния за провеждане на невроизобразяващи изследвания;
- насочва болния (при необходимост) за консултация с психиатър.

4. Действия на ОПЛ при болни с потвърдена диагноза МСБ:

- лично преглежда болните един път месечно и при всяко влошаване на състоянието им;
- изписва ежемесечно терапията на болния, назначена от специалист- невролог;
- не променя терапията без консултация със специалист- невролог;
- извършва домашни посещения при влошаване състоянието на пациентите;
- спешно консултира болните със специалист невролог при поява на нови симптоми.

5. Действия на специалиста невролог в доболничната помощ при болни с потвърдена диагноза МСБ:

- преглежда болния с МСБ един път на 3 месеца;
- извършва консултация винаги, когато болният е насочен от ОПЛ;
- извършва домашни посещения по искане на ОПЛ;
- извършва и насочва за необходимими изследвания;
- назначава адекватно лечение съобразно с “Българските алгоритми за диагноза, лечение и профилактика на МСБ”;
- проследява адекватността на рехабилитация и отчита тяхната ефективност;
- насочва болните към ОПЛ с подробно медицинско заключение и индивидуален план за лечение; при показания насочва болните за стационарно лечение.

6. Действия на специалист- невролог в болничната помощ при болни с МСБ:

- съвместно с невролога от доболничната помощ провежда диагностичния процес (фигура 1, 2, 3 и 4);
- по искане на невролога от доболничната помощ осъществява хоспитализиране на болните при наличие на медицински показания за това;
- той е основна фигура в интердисциплинарния тим при провеждане на лечението (фигура 1, 2, 3 и 4);

- насочва болния след изписването му от стационара към специалиста невролог от доболничната помощ с подробна епикриза и мнение за понататъшно лечение.

7. Общомедицински дейности във връзка с МСБ:

- изграждане и регламентиране на система на организация за провеждане на своевременна и адекватна терапия, включително интензивно и оперативно лечение, на мозъчните инсулти в острата фаза и на другите форми на МСБ.
- практическо приложение на алгоритъма за диагностика, лечение и профилактика на МСБ;
- издаване на съвременно ръководство за профилактика на МСБ;
- организиране на обучение по линия на СДО;
- издаване на наръчник за болния и неговите близки.

8. Лечение на МСБ

Лечението на болните с МСБ се разделя на доболнично и болнично.

Доболнично лечение - при установена диагноза МСБ след консултация с невролог и съответно назначение за терапевтично поведение. То включва:

Първична и вторична профилктика със следните медикаменти, използвани самостоятелно или в комбинация:

- Антихипертензивни и антиаритмични – еналаприл, дилтиазем, клонидин, пропранолол, кордарон;
- Антиагреганти – аспирин, дипиридамол, тиклопидин;
- Антикоагуланти – аценокумарол, нискомолекулни хепарини
- Средства, подобряващи микроциркулацията, мозъчния метаболизъм и невронопротектори – пентоксифилин, калциеви антагонисти (нимодипин, флуноризин), ницерголин, винпоцетин, пирацетам, нафтидрофурил;
- Мускулни релаксанти – толперизон, баклофен, миоластан.

Болнично лечение

То бива специфично, неспецифично (реанимация и интензивно лечение) и оперативно лечение.

Специфичното лечение включва следните медикаменти, използвани самостоятелно или в комбинация:

- Антитромботични - хепарин, нискомолекулни хепарини;
- Тромболитици - стрептокиназа, урокиназа и тъканен плазминоген активатор (нерегистриран в България, но е крайно необходимо това да бъде извършено, защото е най-ефективен, ако се приложи в първите часове от възникване на мозъчния инсулт);
- Антиагреганти - аспирин, дипиридамол, тиклопидин;
- Средства, подобряващи микроциркулацията, мозъчния метаболизъм и невронопротектори - пентоксифилин, калциеви антагонисти (нимодипин, флунаризин), ницерголин, пирацетам;
- Противооточно лечение - манитол, фуросемид.

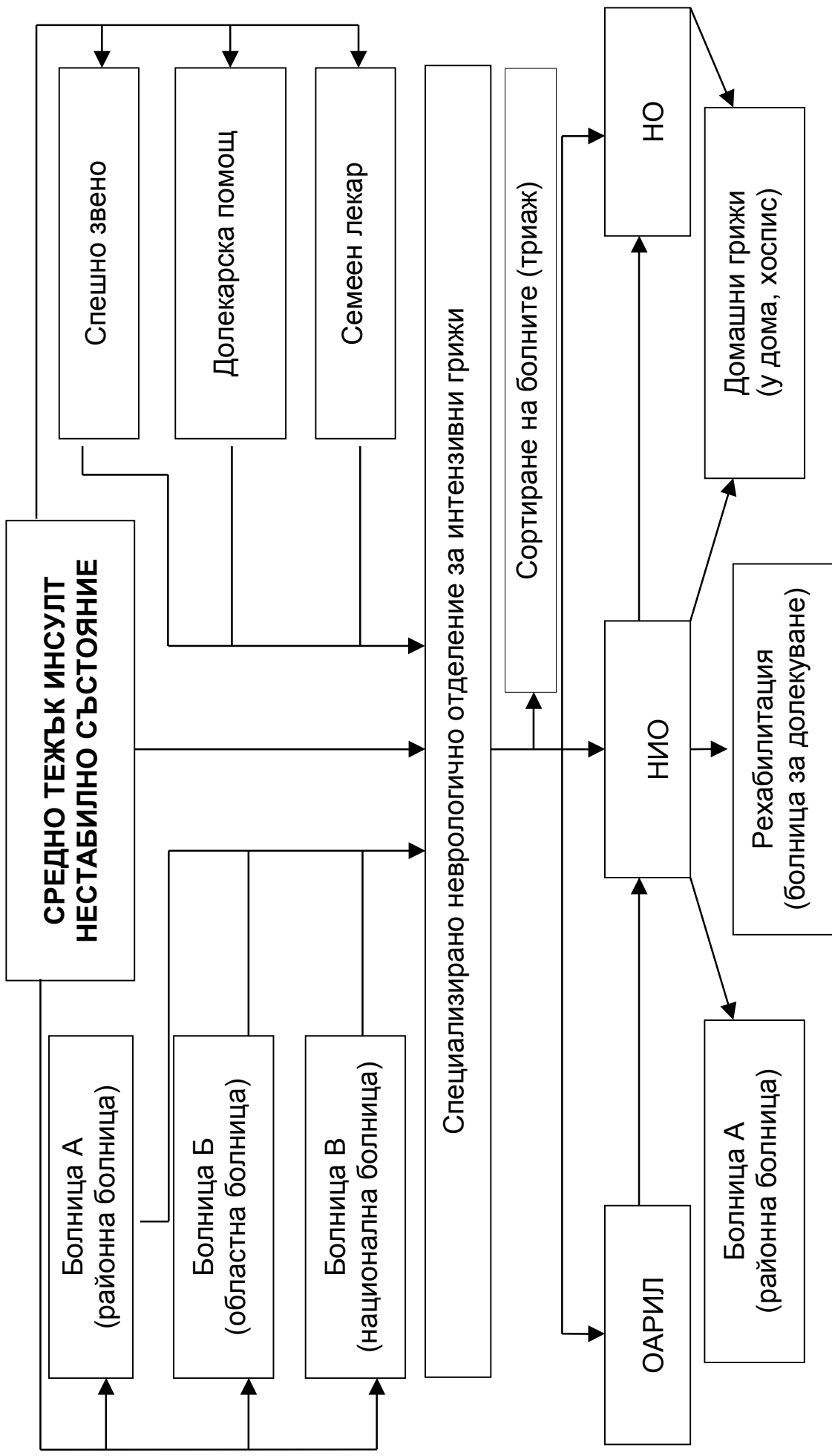
Неспецифичното лечение включва методите на реанимация и интензивно лечение и следните групи медикаменти, използвани самостоятелно или в комбинация (фиг. 4):

- Венозни вливания на електролити и водно-солеви разтвори;
- Инсулин при кръвна захар $>12\text{mmol/l}$;
- Антихипертензивно лечение (при нужда);
- Хепарин и нискомолекулни хапарини при риск от дълбоки венозни тромбози;
- Кислород при $\text{SaO}_2 <90\%$;
- Антибиотици (при инфекция);
- Антипиретици (при фебрилитет);
- Реанимационни мерки при усложнения.

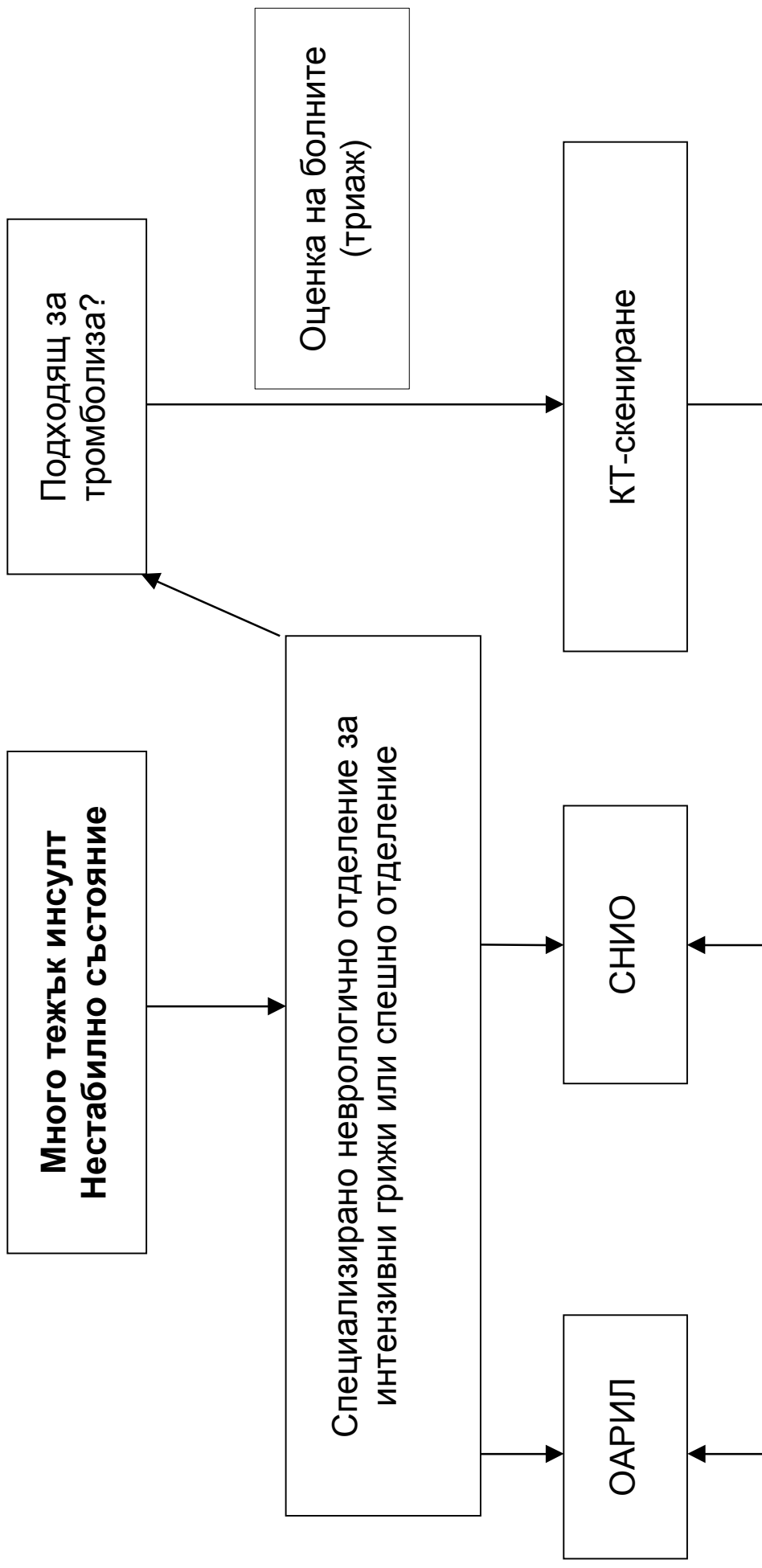
Инвалидизация и смъртност

При спазване на системата за организация на диагностично- лечебния и профилактичен процес ще се създадат реални условия за снижаване на болестността, смъртността и инвалидизацията от МСБ в нашата страна. С това ще се намалят както директните разходи за консумативи, медикаменти и обслужване на тежко инвалидизираните болни, така и на индиректните разходи за обществото, личността и семейството (фиг.5).

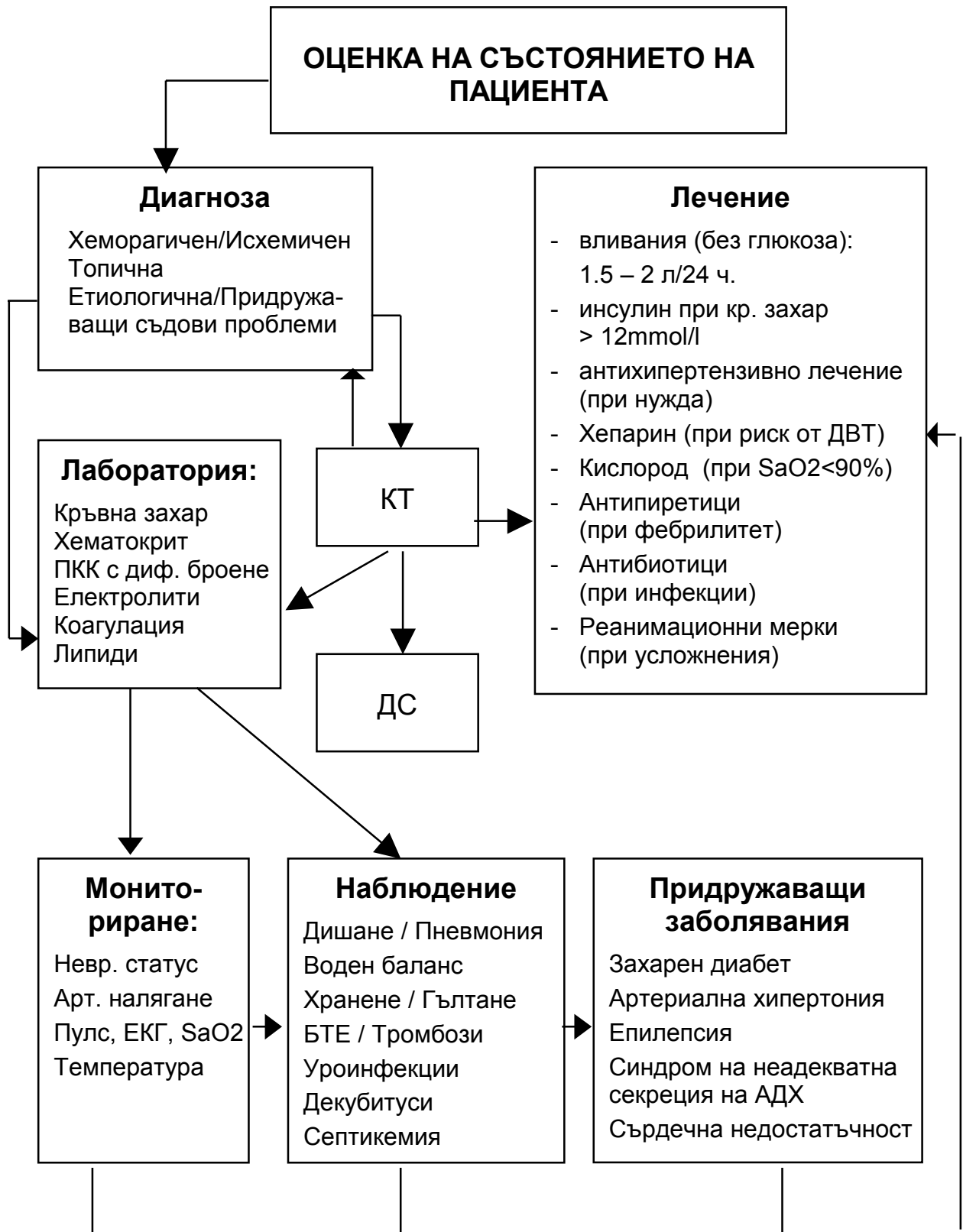
ФИГ. 2 ОСНОВНИ НАСОКИ ЗА СПЕШНОТО ПРЕНАСОЧВАНЕ НА ПАЦИЕНТИ С ОСТЪР ИНСУЛТ ОТ ПЪРВИЯ ПРЕГЛЕДАЛ ГИ ЛЕКАР КЪМ НАЙ-ПОДХОДЯЩОТО ЗВЕНО ЗА ЛЕЧЕНИЕ НА ИНСУЛТА



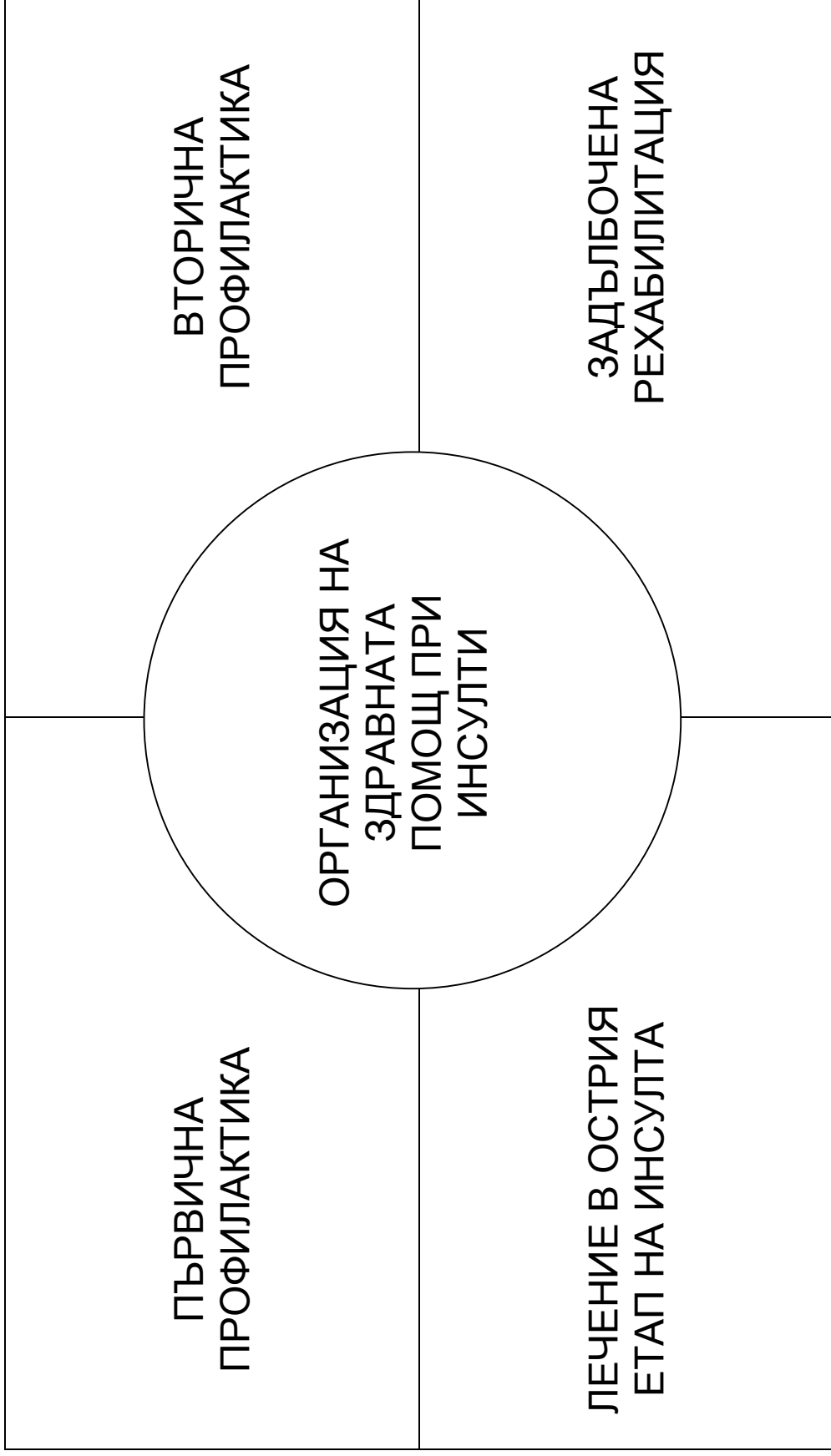
ФИГ. 3 ОСНОВНИ НАСОКИ ЗА СПЕШНОТО ПРЕНАСОЧВАНЕ НА ПАЦИЕНТИ С ОСТЪР ИНСУЛТ ОТ ПЪРВИЯ ПРЕГЛЕДАЛ ГИ ЛЕКАР КЪМ НАЙ-ПОДХОДЯЩОТО ЗВЕНО ЗА ЛЕЧЕНИЕ НА ИНСУЛТА



ФИГ.4 ПРИНЦИПНИ НАСОКИ ЗА ПОВЕДЕНИЕ ПРИ ПАЦИЕНТИ С МОЗЪЧНИ ИНСУЛТИ



**ФИГ.5. ПОДОБРЕНИЕ В ЛЕЧЕНИЕТО НА ИНСУЛТИТЕ МОЖЕ ДА СЕ ОЧАКВА САМО ЧРЕЗ ЕДИН ИНТЕГРИРАН 90 И
КООРДИНИРАН ПОДХОД НА НЯКОЛКО НИВА (ФИГ.5)**



ОСТЕОПОРОЗА

Остеопорозата е най-честото метаболитно костно заболяване. Характеризира се с ниска костна маса и нарушена микроархитектура на костната тъкан, водещи до повишена костна чупливост и последващо нарастване на фрактурния риск. Остеопорозата представлява дисбаланс между костната резорбция и костното изграждане с доминиране на резорбцията, докато в здравата кост е налице равновесие между двата процеса.

Епидемиология на остеопорозата в България

Жените с риск за развитие на остеопороза в България са 317 483, а тези с риск за остеопения - 504 558, т.е. общо към 820 000 българки имат повишен риск за остеопорозни счупвания. От остеопороза боледуват и около 160 000 мъже. Над 92 000 жени имат поне една остеопорозна фрактура на прешлен. Над 4000 жени си чупят годишно бедрената шийка и 800 от тях умират до 1 год. от усложненията на фрактурите.

Рискови фактори при остеопорозата

Оценката на рисковите фактори е един от възможните подходи при предсказване вероятността за развитие на остеопороза. Някои рискови фактори не могат да бъдат повлияни: етнически произход и генетични фактори; женски пол; напреднала възраст; хормонални промени: (ранна или хирургично предизвикана менопауза; първична или вторична аменорея; късно менархе; първичен или вторичен хипогонадизъм при мъжа); липса на бременности; ниско телесно тегло (< 58 kg); фамилна анамнеза за остеопороза и др. Друга част от рисковите фактори: хранителни фактори; обездвижване; тютюнопушене; алкохолизъм; повишена консумация на кафе; редуцирано излагане на слънце подлежат на повлияване. Рисковите фактори за падания в напреднала възраст са: атеросклероза и старческа деменция; неврологични заболявания - прекаран мозъчен инсулт, отоневрологичен синдром, болест на Паркинсон, периферна невропатия; захарен диабет; очни заболявания (катаракта, глаукома, отлепване на ретината); простатна хипертрофия; ползване на транквилизатори, диуретици, миорелаксанти, антихипертензивни средства, консумация на алкохол.

Класификация на остеопорозата

- I. Първична остеопороза: тип I - постменопаузална и тип II - сенилна
- II. Идиопатична остеопороза: ювенилна; пременопаузална; пресенилна (при мъже)
- III. Вторична остеопороза:
 1. При ендокринни заболявания - хиперпаратиреоидизъм, хипертиреоидизъм, хипопитуитаризъм, хипогонадизъм, хиперглюкокортицизъм, инсулинозависим захарен диабет.

2. При стомашно-чревни заболявания - гастректомия, малабсорбция, болест на Krohn.

3. При някои чернодробни и панкреасни заболявания - хроничен активен хепатит, първична билиарна цироза, алкохолна цироза, панкреасна недостатъчност.

4. При кръвни заболявания - миелом, лимфом, левкоза.

5. При ревматични заболявания - ревматоиден артрит, системен lupus erythematosus и др.

6. При бъбречни заболявания.

7. При генетични заболявания - osteogenesis imperfecta, синдром на Marfan, синдром на Ehlers-Danlos.

8. При други болести и състояния: имобилизация, овариектомия, трансплантация на органи, алкохолизъм, anorexia nervosa, нарушения в храненето, хронична обструктивна белодробна болест.

9. При лечение с някои медикаменти: глюкокортикоиди, хепарин, хормони на щитовидната жлеза, антиепилептични средства, алуминий-съдържащи антиациди, имunosупресори и др.

IV. Локална остеопороза: при имобилизация и алгодистрофия (Sudeck)

В клиничната практика най-често се срещат постменопаузалната, сенилната, предизвиканата от глюкокортикоиди остеопороза и алгодистрофията.

Клинични прояви на остеопорозата

Обикновено остеопорозата е асимптоматична до появата на първата фрактура. Най-характерната клинична проява на остеопорозата са фрактурите (гръбначни прешлени, бедрена шийка, дистална част на радиуса). В тези случаи клиниката се владее от симптомите, типични за фрактурата. Обикновено първите фрактури са в областта на гръбначните прешлени. Налице са остра болка в гръдния и/или поясния сегмент на гръбнака; намален ръст, гърбица и кожни гънки тип "елха" по страничните части на гръдния кош. Болката може да отзвучи напълно или да остане хронична гръбна болка, причиняваща нарушения в подвижността на гръбначния стълб. Характерните клинични симптоми на остеопорозните фрактури са: 1) вертебрални - кифоза, болезненост върху ргс. spinosus, намаление на ръста; 2) проксимален фемур - външна ротация на крайника, синдром на "закованата пета"; 3) дистален радиус - байонетна деформация и локална болезненост.

Диагноза на остеопорозата

Правилното и навременно диагностициране минимизира уврежданията и имобилизацията, подобрява качеството на живота и намалява разходите на обществото като цяло. Диагнозата може да бъде поставена преди появата на фрактура и да се предприемат мерки за намаляване на по-нататъшната загуба на костна маса. Като оцени рисковите фактори, лекарят може да идентифицира

жените с развита остеопороза и съмнение за налична фрактура, както и да идентифицира рисковите контингенти и да предприеме мерки за превенция.

Както при всяко заболяване, и при остеопорозата е необходимо задълбочено клинично, лабораторно и инструментално изследване:

Анамнеза

Установяване на субективните оплаквания; изясняване на рисковите фактори, свързани с наследствеността и индивидуалното поведение; лечението с медикаменти; прекараните фрактури и т.н.

Физикално изследване

- да се оценят стойката, походката, функционалният капацитет на опорно-двигателния апарат;
- насочено да се търсят прояви на хипертиреоидизъм, хиперпаратиреоидизъм, хиперкортицизъм, хипогонадизъм, ставен хипермобилитет, сини склери и др.;
- да се изключи неоплазия на щитовидната жлеза, гърдата, яйчниците, простатата, белите дробове и др.;
- да се локализира точно мястото на болката и да се изясни нейната генеза.

Лабораторна диагностика в следната последователност:

Лабораторен минимум. Всички болни със съмнение за остеопороза следва да бъдат изследвани за серумни концентрации на калций, неорганични фосфати и креатинин. Резултатите от тези изследвания са нормални при болни с първична остеопороза без придружаващи патологични състояния. Патологичните резултати подсказват наличието на друг тип метаболитно костно заболяване: повишеният калций е показателен за хиперпаратиреоидизъм; повишени серумни концентрации на креатинин и неорганични фосфати се откриват при бъбречни заболявания, усложнени с остеопения.

СУЕ и серумните белтъци се изследват за изключване на злокачествени заболявания. Нивото на паратиреоидния хормон се изследва, за да се изключи възможността той да причинява усилена костна резорбция. Повишените концентрации могат да се дължат на първично покачване поради тумор на паращитовидните жлези или вторично поради ниски концентрации на серумния калций.

При съмнение за вторична остеопороза с ендокринна генеза се изследват: тиреоидни хормони и ТТХ, кортизол, плазмен тестостерон или естрогени, ФСХ и ЛХ.

Биохимичните маркери за костна обмяна са вещества, които се отделят от остеобластите или остеокластите при костното образуване или резорбция, и могат да бъдат директно измервани в серум или урина. Концентрацията им се покачва при ускорен костен обмен. Повишени концентрации се наблюдават при редица метаболитни костни заболявания, което ограничава тяхната нозологична

специфичност. Поради това те намират приложение не при първичната диагноза, а за оценка интензивността на костната обмяна и ефекта от лечението. Чрез биохимичните костни маркери е възможно диференцираното изследване на процесите на костно ремоделиране. С тях се идентифицира рисковият контингент от т.нар. “бързо кост-губещи” (над -3% КМП годишно) и пациентите с висок фрактурен риск, избира се подходяща терапия и рано се установява ефектът от лечението.

Маркери на костното образуване: Остеокалцин. Това е основният неколагенов белтък в костите. Елиминира се чрез бъбреците. Синтезът на остеокалцина се контролира от калцитриола. Потиска се от РТН, глюкокортикоиди, дефицит на вит. К, лечение с кумаринови производни. Повишени серумни концентрации на остеокалцин се установяват при: първичен и вторичен хиперпаратиреоидизъм, хипертиреоидизъм, при карциноми с костни метастази, остеомалация, болест на Paget. Нивата се повишават и при намаление на гломерулната филтрация под 30 ml/min поради смутена екскреция. Понижени нива се наблюдават при сенилната остеопороза и при понижена остеобластна активност поради лекарствени въздействия или смутена трофика. Алкална фосфатаза - общата активност е повишена при болест на Paget и при остеопороза, усложнена с фрактура, а при неусложнената остеопороза има твърде ограничена диагностична специфичност и чувствителност.

Маркери на костната резорбция: Пиридинови кръстосани връзки (пиридин - ПД, деоксипиридин - ДПД). ДПД е по-специфичен за костната тъкан. Кръстосаните връзки, които се освобождават при костната резорбция, не се подлагат на по-нататъшен метаболизъм и не се усвояват от диетата. В урината се отделят в свободно състояние (40%) или пептидно свързани (60%). Екскрецията на пиридинови кръстосани връзки се покачва при постменопаузална остеопороза с усилен костен обмен, при първичен и вторичен хиперпаратиреоидизъм, хипертиреоидизъм, остеомалация, костни метастази, болест на Paget.

Смята се, че измерването на костната плътност, съчетано с изследването на костните маркери, повишава значително специфичността и чувствителността на диагностичния процес. При първичната диагноза съпоставянето на данните от двата вида изследване спомага за оптималния избор на терапия. Изследването на костните маркери дава възможност за ранна оценка на ефекта от лечението. Доказана е значима положителна корелация между промените в нивото на костните маркери на третия месец от лечението и тези в денситометрията след една година. Още на третия месец според промените в биохимичните маркери може да се преоцени адекватно терапевтичният подход. Когато ефектът от лечението се преценява единствено чрез денситометричен контрол, е възможно изразходването на средства за медикамент, който се оказва неподходящ или в недостатъчна дозировка. Изследването на костните маркери спомага и за

осигуряване сътрудничеството на пациента при лечението, тъй като рано установеният положителен ефект насърчава поемането на психологическите и финансови неудобства от продължителния терапевтичен режим. С помощта на резултатите от костните маркери лекарят получава увереност, че пациентът спазва предписаната терапевтична схема.

Рентгенова диагностика

Независимо, че днес приоритетно значение за диагностиката на остеопорозата има остеоденситометрията, рентгеновото изследване продължава да бъде един от основните способи за оценка на морфологичните изменения в костната система. То осигурява важна информация, която подпомага определянето на фрактурния риск и улеснява диференциалната диагноза и своевременното разпознаване на някои усложнения и придружаващи заболявания, развиващи се на базата или независимо от остеопорозата. Конвенционалните рентгенови снимки са общодостъпни и лесно изпълними; могат да бъдат архивирани и анализирани след допълнителна обработка, а регистрираните изменения - да се проследяват в динамика. Недостатък е, че преценката на структурата и плътността на костната сянка се влияе значително от техническите условия на изпълнение на рентгенограмите (твърдост и блендиране на лъчението, качество на филмите, технология на обработката и др.), от дебелината на меките тъкани и от други фактори. Доказано е, че остеопорозата може да бъде "заподозряна" или "открита" на обикновената рентгенова снимка едва когато редуцията на минералното съдържание на съответния скелетен сегмент надхвърли 30%, а това означава, че негативният рентгенов резултат не изключва наличието ѝ. Минималният набор от рентгенови снимки, необходим за диагностициране на остеопороза, респ. за документиране на наличието или липсата на компресионни фрактури на прешленни тела, трябва да включва рентгенограми на гръдния и поясния сегменти на гръбначния стълб в странична проекция, а при изразена сколиоза - и в лицева.

При трудности в диференциалната диагноза между остеопорозните деформации и компресионните фрактури и подобни изменения с друга генеза е необходимо специалистите да насочват своевременно пациентите за допълнителни специални изследвания (костна сцинтиграфия, компютърна томография и др.).

Показания за рентгеново изследване са:

1) Наличие рискови фактори с голяма тежест и невъзможност за извършване на денситометрия;

2) Данни за предшестваща фрактура при минимална травма;

3) Редукция на ръста, изразена торакална кифоза;

4) Съмнение за фрактура;

5) Проследяване на пациенти, лекувани по повод на остеопороза, усложнена с прешленни остеопорозни фрактури - на 6 месеца.

Основни рентгенови симптоми са: намалена плътност на рентгенографираните кости, редуцирана трабекуларна структура на бедрените шийки и на телата на прешлените. Тези изменения са в пряка зависимост от стадия и степента на изразеност на остеопорозата. Прешленни деформации - клиновидни и биконкавни прешлени, платиспондилия, компресионни фрактури. Възможни са фрактури на бедрените шийки, дисталните части на радиусите, раменните кости, ребрата, пубисните кости и др. В тръбовидните кости се развива изтъняване на кортикалиса, разширяване на костномозъчния канал и пр.

Остеодензитометрия

В тесен смисъл под остеодензитометрия се разбира рентгеновата абсорбциометрия. Съвременната диагноза на остеопорозата и остеопенията се основава на количественото измерване на костната маса и плътност. Тя е много по-ранна и по-точна от тази при стандартно рентгеново изследване на прешленни тела или бедрена шийка. Измерването на костната маса се основава на рентгенов метод, който идентифицира костната маса, открива костната загуба или дава данни за качеството на костта.

Техники за изследване на костния минерален статус. Днес “златният стандарт” за диагностика на остеопенията (намалената костна маса) и остеопорозата е двойноенергийната рентгенова абсорбциометрия, DXA, на проксимален фемур (евент. прешленни тела). Тя е референтната техника, с която се сравняват останалите методи. При невъзможност за нея се прилагат изследвания на периферни места - предмишница и калканеус, стандартно с DXA (pDXA), с едноенергийна методика (SXA) и с ултразвук. Ултразвуковата методика е одобрена от FDA през 1998 год. и е с доказани възможности при по-възрастните лица и при приложение на системи, ползващи водна баня. Тя засега не е референтен метод. При рентгенова остеодензитометрия се получават данни за костно минерално съдържимо (КМС) в g или g/cm; и за костна минерална плътност (КМП) в g/cm² (равнинна плътност). Данните за КМС и КМП се представят в стандартни отклонения от средната стойност за млади здрави пременопаузални индивиди до 35 год. - т.нар. T-score; и от средната стойност за съответната възраст - Z-score. През 1994 г. СЗО дава остеодензитометрично определение на остеопенията и остеопорозата: остеопороза имат лица с T-score под -2,5 стандартни отклонения, а остеопения има при T-score между -1,0 и -2,5. По аналогия подобна скорова оценка е въведена и при ултразвуковите изследвания, основана на скоростта на звука и затихването на сигнала. Тази категоризация на лицата е *диагностична*. Решението за определена лечебна намеса се взема само при съчетаване на дензитометричните данни с наличните

рискови фактори, общо клинично състояние и евентуално изследване на биохимичните маркери на костен обмен (по-специално на костна резорбция).

Цели на измерването на костната маса (плътност):

1. Диагностична. Поставянето на диагнозата остеопения/остеопороза изисква като “златен стандарт” изследване на проксимален фемур (total hip или femoral neck) с DXA. До 60-годишна възраст в съображение влиза и изследването на прешленни тела. При липса на апаратура или при технически проблеми може да се извърши остеодензитометрия на предмишница или пета, или да се ползва ултразвуковият метод. Изследването на предмишница и петна кост е особено подходящо при извършване на скрининг.

2. Прогностична цел - оценка на фрактурния риск. Спад на костната маса с 1 стандартно отклонение води до 2-3-кратно повишение на фрактурния риск. За оценка на съвкупния риск от счупвания е подходящо изследване на костната маса на което и да е предилекционно място (предмишница, прешлени, проксимален фемур). За оценка риска от счупване на точно определено място е задължително изследването да става точно на това място (напр. най-висока предсказваща сила за счупвания на бедрена шийка има изследването на проксималния фемур). Оценката на бъдещия риск задължително включва освен костната маса и наличните рискови фактори, и биохимичните маркери на костен обмен.

3. Мониториране - на естествения ход на костната загуба или на промените под действие на редица заболявания и прилагани медикаменти или нефармакологични подходи. Изследването на костната маса се извършва поне веднъж на 2 години. Най-подходящо за тази цел е изследването на прешленни тела с DXA. Мониторирането е и средство за подобряване сътрудничеството на пациентите.

Измерването на костната маса се прави по показания. Провеждането на масов остеодензитометричен скрининг на населението е неразумно, икономически неефективно и практически трудно осъществимо. Според Европейската фондация по остеопороза и костни заболявания (1996) показания за остеодензитометрия са:

1. Наличие на рискови фактори с голяма тежест:
 - а) преждевременна менопауза (<45 год.);
 - б) продължителна вторична аменорея (> 6 мес.);
 - в) първичен хипогонадизъм;
 - г) лечение с глюкокортикоиди (>7,5 мг за >1 год.);
 - д) състояния, водещи до остеопороза: анорексия нервоза, първичен хиперпаратиреоидизъм, органна трансплантация, ХБН, остеогенезис имперфекта, неоплазми, хипертиреоидизъм, продължителна имобилизация и синдром на Кушинг.

2. Рентгенографски данни за намалена костна маса и/или прешленни деформации

3. Предшестваща фрактура при минимална травма - напр. на бедрена шийка, прешлени, предмишница или проксимален хумерус.

4. Значимо намаление на ръста или изразена гръдна кифоза.

5. Наблюдение (мониториране) на лечение: ХЗТ при пациенти с вторична остеопороза, бифосфонати, калцитонин, калций + витамин D и ралоксифен.

Сцинтиграфия

Провежда се главно при съмнение за костни метастази, хиперпаратиреоидизъм и Paget.

Диференциална диагноза на остеопорозата

Диференциална диагноза се прави със заболяванията, протичащи с костна болка, намалена костна плътност и фрактури. Най-често това са:

- **Хиперпаратиреоидизъм** - хиперсекреция на ПТХ, първичен и вторичен; тежки нарушения в калциево-фосфорния метаболизъм; дифузна остеопороза, кистозни промени, субпериостална костна резорбция, редуцирана спонгиоза на плоските кости.
- **Остеомалация** - дефицит на витамин D и фосфати; повишено количество на неминерализираната кост и понижено костообразуване, намалена костна здравина; остеоидът нормално се минерализира за 5-10 дни, а при остеомалацията може да достигне месеци.
- **Болест на Paget** - вирусна етиология; характеризира се с повишена остеокластна резорбция; вторично повишена остеобластна активност; мозаично нарушена костна структура с последваща неоваскуларизация. Костният търновър е многократно повишен при запазено равновесие между двата процеса на костно ремоделиране. Формира се кост с нарушена архитектура и влошени механични свойства. Наличието на неминерализирани остеоидни участъци придава характерния мозаичен вид на костта при рентгеновото изследване.
- **Osteogenesis imperfecta tarda** - включва фенотипно и генотипно хетерогенна група от унаследени смущения, които са резултат на мутации в един от двата гена, кодиращи биосинтеза на тип I колаген. Тези количествени и качествени аномалии на колагена водят до остеопения и повишена костна чупливост, хипермобилитет на ставите, сини склери и др.

Тъй като най-честата и най-ранната проява на остеопорозата са болките в гърба, резултат от компресионни фрактури на прешлените, трябва да се направи диференциална диагноза с редица болести, свързани или не с гръбначния стълб: *Дегенеративни заболявания на гръбначния стълб* - болест на Форестие, болест на Шоерман, болест на Бааструп; спондилартроза, дължаща се на статични нарушения - кифоза, сколиоза, хиперлордоза, листеза; вродени аномалии - лумбализация, сакрализация; дископатия. *Метаболитни заболявания* - хондрокалциноза, охроноза, захарен диабет. *Възпалителни ставни заболявания*

- болест на Бехтерев, синдром на Райтер, псориатичен артрит, ревматоиден полиартрит и др. *Инфекции* - спондилодисцит, херпес зостер. *Увреждане телата на прешлените* - намаляване височината на прешлените след травма, при хиперпаратиреозидизъм, остеомалация, болест на Пейджит; костни тумори - костни метастази, миелом, лимфом, хордеом, остеом, хемангиом. *Тумори в гръбначния канал* - неврином, менингиом, лимфом. *Интерскапуларна болка от шиен произход*. *Фибромиалгия ревматика* (болка при млади жени, свързана с психоафектни смущения).

При някои заболявания болката може да не произхожда от гръбнака, но да се излъчва в областта на гърба. По-честите такива случаи са: Болки от сърдечен произход - стенокардия, аневризма на аортата; болки, свързани с храносмилателния тракт - язва на стомаха или на дванадесетопръстника, панкреатит, холецистит; болки с бъбречен произход - бъбречна колика, бъбречен тумор; болки от белодробно-плеврален произход; тумори в малкия таз, предгръбначна лимфаденомегалия, ретроперитонеални сраствания.

Не винаги е лесно да се установи произходът на болката. При голямото разнообразие на причините, водещи до болки в гърба и гърдите е много висок рискът да се подцени и/или пропусне заболяване, което може да бъде животозастрашаващо.

Постменопаузална остеопороза

Етиологичен подход при нея е прилагането на хормонална заместителна терапия (ХЗТ). Ако жената, която подлежи на третиране с хормони, е претърпяла хистеректомия, се прилага естрогенна монотерапия, а ако има матка - комбинирано лечение (естрогени и гестагени). Поради доказаната роля на естрогенния дефицит в етиопатогенезата на постменопаузалната остеопороза, ХЗТ е средство на избор за превенцията на загубата на костно вещество и предпазване от остеопорозни фрактури. Това лечение покрива разгърнатия климактеричен синдром (невро-вегетативни, атрофични, съдови и ментални промени). Абсолютните контраиндикации за ХЗТ са: неизяснено генитално кървене; активно и тежко чернодробно заболяване; остри дълбоки венозни тромбози; карцином на млечната жлеза, яйчиците или на ендометриума; ендометриоза; миома.

Необходимо е ХЗТ да се прилага продължително време, като се съпровожда със стриктен гинекологичен и мамологичен контрол.

В случаи, когато пациентката не желае да приема хормони или има контраиндикации, или са налице други аргументи против приложението на ХЗТ, е възможно предписване на други лекарства, повлияващи патогенезата на заболяването: селективни модулатори на естрогеновите рецептори, калцитонин от съомга, бифосфонати, комбинацията от калций (1200 мг дневно) и вит. D (400 UI дневно).

Приложението или промяната на ХЗТ се определя от специалист гинеколог или ендокринолог. Под съответния консултативен контрол може да се провежда и от общопрактикуващия лекар.

Остеопороза при жени с повишен риск и ранна менопауза

Ранна менопауза е преустановяването на функционалната активност на яйчниците до 45-годишна възраст. Факторите, които я предизвикват, са: генетични (микроделеции на X-хромозомата; мозайка на 45XO/46XX; мутации в FSH рецепторен ген); вирусни (паротит); стил на живот (тютюнопушене, вегетарианство); други (автоимунни болести - миастения гравис, ниско телесно тегло); ятрогенни (овариектомия, лъчетерапия на малкия таз, химиотерапия и хормонотерапия). В България годишно оперативно отстраняване на яйчниците се извършва при около 4000 пациентки. Ранната менопауза води до намаляване на костната плътност на прешлените с 21% в сравнение с тази на нормално менструиращи жени на същата възраст.

Препоръки за скрининг и диагноза на остеопороза, индуцирана от противотуморна терапия (Pfeilschifter and Diel, J.Clin.Oncol., 2000):

1. При наличие на остеопения непосредствено след терапията (T-score от -1 до -2,5) се предприемат профилактични мерки и остеодензитометрията се извършва периодично, за да се изключи прогресираща костна загуба. Ако не се установи по-нататъшна загуба на костно вещество, изследването се подновява, когато болните навършат 50 год.

2. При нормална костна плътност непосредствено след противотуморната терапия втора остеодензитометрия е необходима на 50-годишна възраст.

При млади жени с рак на млечната жлеза, провеждащи профилактична хормонотерапия със золадекс, е необходимо ежегодно изследване на костната плътност в хода на хормонотерапията. Лечението на индуцираната от противотуморна терапия остеопороза се провежда с калций и вит. D; бифосфонати; селективни модулатори на естрогенните рецептори; калцитонин. Те предотвратяват по-нататъшната костна загуба и могат да компенсират наличното леко намаление на костно вещество при остеодензитометрични данни за риск от развитие на остеопороза.

Поради големия брой на младите жени, лекувани за злокачествени тумори, проблемът с остеопорозата, индуцирана от противотуморната терапия, става все по-значителен. Това изисква оценката за риска от остеопороза да стане интегрална част от проследяването на младите жени с онкологични заболявания за своевременни профилактични мерки или ефективно лечение, преди да са се получили фрактури.

Сенилна остеопороза

Дължи се на възрастово обусловена загуба на костна маса след 65-годишна възраст, която засяга в еднаква степен трабекуларната и кортикална кост и се

характеризира с преобладаване на фрактурите на бедрената шийка. 90% от тези фрактури се диагностицират около 70-годишна възраст. Те се асоциират със значителна морбидност, висок риск за неподвижност и повишават смъртността с над 20%. Еднакво засегнати са и двата пола.

Профилактиката и лечението на сенилната остеопороза се осъществяват с:

Калций. Суплементацията трябва да се реализира чрез Calcium carbonate, разпределен на отделни приеми с храната за подобряване на абсорбцията му (ахлорхидрия при възрастните). Проблем, свързан с калция е констипацията. Много внимателно трябва да се подхожда при нефролитиазна болест.

Vitamin D. Еднократна дневна доза от 400 МЕ, съдържащи се в 1 таблетка мултивитамин може да осигури нормално ниво на vit. D при пациенти до 65-годишна възраст. След тази възраст препоръчаната доза е 800 МЕ/дневно.

Естрогени. Ако естрогенната терапия по време на менопаузата е достатъчно продължителна, нейният ефект остава до 70-годишна възраст. Недостатъчни са данните за ефекта на естрогенна терапия, предписана за първи път на възрастни пациентки, поради което тя не се включва в терапевтичната схема на сенилната остеопороза.

Намаляване риска от падане чрез ревизия на съпътстващата медикация, оценка на домашните условия и физически упражнения.

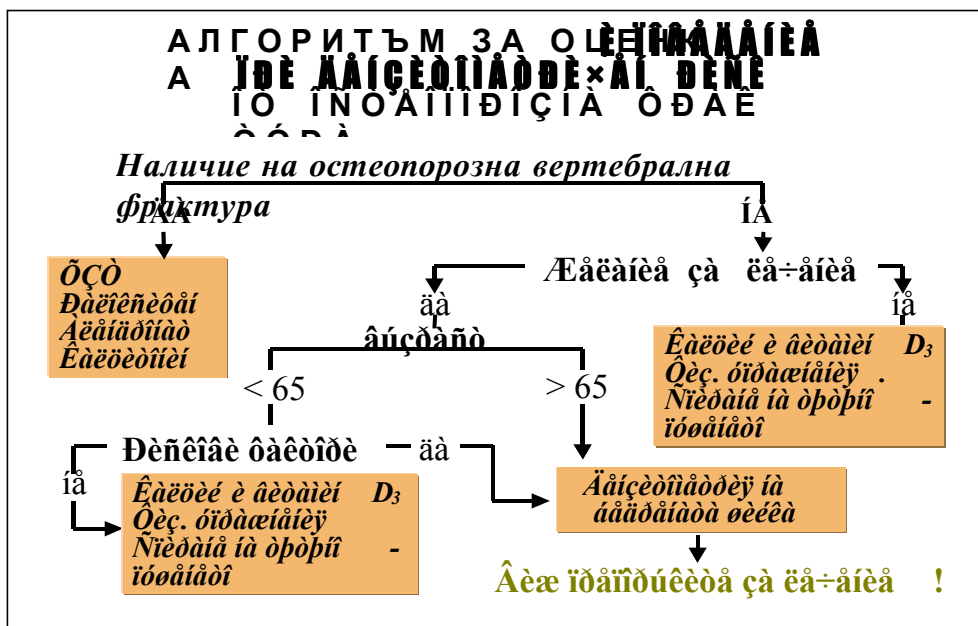
Глюкокортикоид-индуцирана остеопороза

Тя е най-честата вторична форма на тази болест. Явява се при около 50% от болните, лекувани повече от 6 месеца с глюкокортикоиди. В много по-голяма степен се засяга трабекуларната кост. Около 30-35% от болните, лекувани продължително с кортикостероиди, получават фрактури на гръбначни прешлени. С около 50% нараства и рискът от тазо-бедрени фрактури. Профилактичните мерки в хода на лечението с глюкокортикоиди са: 1. Строго прецизирани индикации за лечение с глюкокортикоиди, използване на най-ниската ефективна доза, ограничаване на продължителността на лечението, алтернативни форми на приложение, когато това е възможно (вътреставно, периставно, инхалаторно, перкутанно). 2. Двигателна активност (ефект върху костния скелет, предотвратяване на мускулната хипотрофия). 3. Приемане на калциеви препарати (1000-1500 mg калций дневно). 4. Витамин D (400-800 МЕ дневно) и неговите активни метаболити. 5. Елиминиране на някои други рискови фактори (тютюнопушене, повишена консумация на алкохол, пиене на повече от 3 чаши кафе дневно и др.). 6. Предпазване от падания. 7. ХЗТ и тестостерон. 8. Бифосфонати (Alendronate, 10 mg - 1 табл. сутрин при спазване на изискванията за приемане) и калцитонини (Calcitonin - назален спрей - 200 МЕ дневно).

При вече изявена глюкокортикоид-индуцирана остеопороза освен посочените по-горе мерки могат да се използват и: флуориди (монофлуорофосфат); анаболни стероиди (Nandrolone decanoate - 50 mg i.m. на три седмици).

Остеопороза при мъжа

При мъжете на остеопорозата се дължат 60-85% от всички фрактури на бедрената шийка; 70-90% от фрактурите на прешлените и 40-45% от фрактурите



на предмишницата. 20% от всички фрактури на бедрената шийка са при мъжете.

Остеопорозата при мъжете бива първична (сенилна и идиопатична) и вторична (хипогонадизъм и др.). Препоръчва се скрининг при мъжете с висок фрактурен риск на възраст 75 год.

При хипогонадизъм се провежда андроген-заместително лечение след преглед на простатата. Лечението на остеопорозата при мъжете се осъществява с Ca + вит. D, калцитонин и бифосфонати.

ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НА ОСТЕОПОРОЗАТА

Профилактират се остеопорозата и остеопорозните фрактури. Профилактиката е първична, вторична, третична; обща за популацията и специфична за рисковите групи. Целите на профилактиката са индивидуални или според възрастта - увеличаване, поддържане или забавяне на намаляването на пиковата костна маса, добрата костна структура и оптималната нервно-мускулна координация.

Нефармакологично лечение

Обучение. Информирането и мотивирането на болния и обкръжението му е от изключително важно значение. Необходимо е партньорство с медицинския екип за поддържане на здравето.

Стил на живот. Въз основа на подготовката си болният трябва да промени начина си на живот: диета, режим, вредности, физическа активност и да си проследява състоянието. За плътността и качеството на костта е необходимо елиминиране на рисковите и промоция на протективните фактори. За превенция

на паданията: елиминиране на рисковите фактори за падания и упражнения за подобряване на нервно-мускулната координация.

Диета. Хората трудно абсорбират калций от храните с растителен произход. Ежедневният внос на биодостъпен (елементарен) калций от немлечните продукти е около 250 mg (20-25% от необходимия). Средно в дневната диета се съдържат около 600 mg елементарен калций. Хиповитаминоза D имат над 16% от възрастната популация. С възрастта активирането на вит. D в организма намалява. **Препоръчва се** богата на млечен белтък (но не на мазнини и сол) диета. Трябва да се знае, че 100 g мляко съдържат ?100 mg елементарен калций; 100 g краве сирене - ?500 mg. Консумацията на неконсервирана риба 2 -3 пъти седмично е достатъчна за набавянето на необходимия витамин D₃. Желателен е приемът на 50-60 g седмично соеви продукти (богати на фитоестрогени и изофлавонови).

Калций и вит. D₃ при сенилната остеопороза намаляват фрактурния риск. Те са основа за профилактиката и лечението на всички видове остеопорози. Биодостъпен е само елементарният калций (40% от калциевия карбонат или 12% от калциевия глюконат). Ежедневно с диетата или/и с хранителна добавка трябва да се приемат ?1200 mg елементарен калций и 400-800 IU витамин D₃

Хормонално-заместителната терапия намалява честотата на фрактурите и сърдечно-съдовия риск, комплексно подобрява менопаузалните нарушения. При нея все още не е уточнен реалният риск от развитие на карцином на гърдата. Изисква се проследяване от гинеколог и мамолог.

Селективни естроген-рецепторни модулатори. Raloxifene намалява честотата на фрактурите и сърдечно-съдовия риск; както и риска от инвазивен карцином на млечната жлеза (със 76%) и на ER+ карцином (с 90%). Този препарат може да усилва топлия вълни. Дозировката му е 1 табл. (60 mg) дневно.

Бифосфонати. Alendronate е най-мощният препарат, намаляващ честотата на фрактурите. Той е контраиндициран при стомашни и езофагеални заболявания. Прилага се в доза 1 табл. (10 mg), приета стриктно сутрин на гладно.

Калцитонини. Calcitonin намалява честотата на фрактурите, има изразен антиболков ефект при остеопорозни фрактури и е с най-благоприятния профил на безопасност. Дневната му дозировка е 200 IU като назален спрей или 100 IU подкожно.

Профилактика и лечение на остеопорозата. Обобщение

А. Промяна в начина на живот. Физическа активност

Б. Препоръчителен прием на калций: 19 - 50 години - 1000 mg/дневно; > 51 години - 1200 mg/дневно; на витамин D₃ - от 400 до 800 IU/дневно.

В. ХЗТ, Raloxifene, Alendronate и Calcitonin за профилактика и лечение на остеопорозата

Г. При остеопорозни фрактури: имобилизация - безкръвна или оперативна + ранна рехабилитация

Алгоритъм за поведение при съмнение за първична остеопороза

Диагностичен подход: консултация с ендокринолог; лабораторни изследвания за изключване на вторична остеопороза; рентгенография и остеодензитометрия при показания.

При BMD > -1 T-score: оптимизиране на приемането на калций и вит. D с храната; физически упражнения; спиране на тютюнопушенето и намаляване на алкохолната консумация.

При BMD от -1 до -2.5 T-score и < 3% годишна костна загуба: по-горе изброените мерки и добавка на калций и вит. D.

При BMD от -1 до -2.5 T-score и > 3% годишна костна загуба: изследване на костните маркери. Всички по-горе изброени мерки и добавка на калций и вит. D. + включване на медикаменти за профилактика на остеопорозата: ХЗТ, селективни модулатори на естрогенните рецептори, бифосфонати, калцитонин въз основа на консултация с ендокринолог.

При BMD < -2.5 T-score: изследване на костните маркери. Всички по-горе изброени мерки и добавка на калций и вит. D + включване на медикамент за лечение на остеопорозата: ХЗТ, селективни модулатори на естрогенните рецептори, бифосфонати, калцитонин, калций и вит. D въз основа на консултация с ендокринолог.

Алгоритъм на поведение при съмнение за вторична остеопороза

Диагностичен подход: консултация с ендокринолог; лабораторни изследвания; рентгенография и/или остеодензитометрия при индикации; поведението, описано при първичната остеопороза; профилактика и лечение под контрола на ендокринолог.

Алгоритъм за лечение с ХЗТ

Това лечение се препоръчва и наблюдава от акушер-гинеколог и/или ендокринолог, а се предписва от общопрактикуващ лекар. Гинекологична консултация с преглед и съответно установяване на индикациите, респ. контраиндикациите за ХЗТ; първична мамография и остеодензитометрия; определяне на костни маркери при високорискови пациентки (BMD < -2.5 или между -1 и -2.5 SD, но бързо кост-губещи ? 3 % годишна костна загуба). Определяне вида на ХЗТ - естрогенна монотерапия (пластири, таблетки или импланти) при пациентки, претърпели кастрация, или комбинирана ХЗТ при неоперирани жени. Два пъти годишно контролни прегледи, както и ежегодно проследяване от гинеколог и мамолог.

Задължения на общопрактикуващия лекар:

- да сменя анамнеза, вкл. и фамилна; да идентифицира пациентите с рискови фактори за остеопороза
- да провежда здравно обучение по отношение на начина на живот и да дава указания относно ограничаването на рисковите фактори, които зависят от индивидуалното поведение на болните.
- да внуши на своите пациенти, че гръбната болка е сериозен симптом, а самолечението - погрешна тактика;
- да направи задълбочено и целенасочено клинично изследване с цел установяване произхода и причините за болката, фрактурата, деформациите;
- да направи рентгенографии на засегнатите сегменти от скелета, СУЕ, ПКК, калций, фосфор, алкална фосфатаза и креатинин в серума;
- да насочва пациентите с рискови фактори за остеопороза, със суспектна остеопороза или остеопения към ендокринолог за специализирана диагностика с допълнителни изследвания (остеодензитометрия и/или рентгенография) и назначаване на лечение.
- да провежда профилактика (хранене, физическа активност, излагане на слънце, тютюнопушене) и проследяване на предписаната профилактика и лечение от ендокринолога.
- да предписва калциеви препарати и вит. D.
- да предписва назначената терапия от ендокринолог.
- при наличие на нова остеопорозна фрактура - да насочва към ендокринолог всеки 3 месеца.
- при наличие на остеопороза и стара остеопорозна фрактура - да насочва към ендокринолог на всеки 6 месеца.
- При болни с остеопения, провеждащи превантивно лечение, проследяването от ендокринолог да се извършва един път годишно.

Задължения на ендокринолога

- анамнеза и идентифициране на рисковите фактори
- физикално изследване
- оценка на резултатите от остеодензитометрията и рентгенологичните изследвания, а при липса на такива изследвания - насочване към тях
- динамично проследяване на костната маса (1 път на 2 год.)
- назначаване на специфична лабораторна диагностика
- провеждане на профилактика на фрактурите чрез подходящи условия на живот и корекция на провежданото друго лечение
- назначаване на медикаментозно лечение:ХЗТ, селективни естроген-рецепторни модулатори, бифосфонати, калцитонин.
- насочване за провеждане на кинезитерапия
- провеждане на обучение
- консултиране на пациентите на съответния интервал от време

Индикация за хоспитализация

За диагностично уточняване в клиники или отделения по ендокринология:
при вторична остеопороза; необходимост от сложни диагностични процедури;
болни с направление от друго населено място.

За лечение в клиники или отделения по ортопедия и травматология:
остеопорозни фрактури, налагащи болнично лечение; тежки болкови синдроми,
като усложнение на остеопорозни фрактури.