Для коментарів чи іншого зворотного зв'язку заповніть форму:
форма зворотного зв'язку щодо цієї версії настанови

Версія цього документу для друку: http://guidelines.moz.gov.ua/documents/2918?id=ebm00804&format=pdf

Настанови на засадах доказової медицини.
Створені DUODECIM Medical Publications, Ltd.

Настанова 00804. Ушкодження спинного мозку

Автор: Antti Dahlberg
Редактори оригінального тексту: -
Дата останнього оновлення: 2018-04-11

Основні положення

- Потрібно розглядати можливість ушкодження спинного мозку у всіх пацієнтів з травмою та пересвідчитись, що транспортування не погіршить їхній стан (хребет повинен знаходитись у фіксованому положенні).
- Лікування та реабілітація пацієнтів з ушкодженням спинного мозку повинні проводитись в спеціалізованих відділеннях.
- Багатогранні наслідки травм спинного мозку часто є постійними та важкими для лікування. Тому лікування вимагає наявності спеціалізованих знань та індивідуального підходу.

Гостра травма [доказ 04860 | C]

- Для того, щоб запідозрити ушкодження спинного мозку, необхідно оцінити механізм травми.
    - Пацієнти без свідомомсті, які перенесли серйозну травму, повинні розглядатись як такі, що мають ушкодження спинного мозку, доки його відсутність не підтверджено.
- Параплегія або тетраплегія — це очевидна ознака ушкодження спинного мозку. Менш виражений неврологічний дефіцит також може вказувати на ушкодження спинного мозку, якщо механізм травми дозволяє припустити його, а особливо якщо пацієнт скаржиться на локальний біль в спині або шиї.

- Пацієнта потрібно негайно госпіталізувати в лікарню з можливістю лікування ушкоджень спинного мозку [джерело|R1]. Лікування ушкоджень спинного мозку повинно проводитись централізовано в спеціалізованих відділеннях.
- Життєво важливо не проводити будь-яких дій, що можуть ускладнити ушкодження спинного мозку, на місці травми та під час транспортування [настанова 00341|Надання невідкладної мед…].
- Під час підготовки пацієнта до транспортування потрібно розглянути наступні положення:
    - Моніторинг життєвих функцій в першу чергу. У пацієнта без свідомості дихання може бути неефективним. Забезпечення дихання пацієнтів з ушкодженням шийного відділу хребта вимагає підтримки прохідності дихальних шляхів [настанова 00342|Забезпечення прохідності…]. Заходи необхідно проводити так, щоб не порушити іммобілізацію. В польових умовах оптимальним методом є використання ларингеальної маски. Однак краще, якщо вищенаведений спосіб підтримки прохідності дихальних шляхів виконують рятівники.
    - Середній артеріальний тиск потрібно утримувати на досить високому рівні в зв’язку з ушкодженням нервової тканини. Дисфункція симпатичної нервової системи, пов’язана з високим рівнем ушкодження (вище TVI) коригується за допомогою катехоламінів (не забувайте про ризик брадикардії, пов’язаної з ваготонусом). У пацієнта з політравмою може бути гіповолемія, пов’язана з крововтратою, яку потрібно коригувати шляхом введення інфузійних розчинів.
    - Переносити пацієнта краще на спеціальному щиті, ніж на руках. Якщо пацієнта потрібно залишити на місці події, його кладуть на щит. Однак, якщо потрібно, пацієнта можна перекласти на спеціальний щит втрьох або вчотирьох.
    - Іммобілізація хребта під час транспортування — життєво важлива при підозрі ушкодження хребта. Щит повинен бути гладким та рівним для попередження раннього виникнення пролежнів під час транспортування. Потрібно також усунути затримку сечі.
- Результати останніх досліджень неоднозначно оцінюють необхідність використання метилпреднізолону в гострий період [доказ 02334|B]. Однак метилпреднізолон входить до стандартів лікування у багатьох країнах світу, тому повинен призначатись якнайшвидше.

- Початкова доза становить 30 мг/кг внутрішньовенно. Якщо лікування розпочате протягом перших 3 годин після травми, то введення препарату потрібно продовжувати у вигляді внутрішньовенної інфузії (5,4 мг/кг/год) протягом 24 годин; якщо пройшло 3–8 годин після травми, то потрібно продовжити інфузійне введення препарату до 48 годин. Не потрібно призначати метилпреднізолон, якщо пройшло більше 8 годин після травми.

Реабілітація

Реабілітація в гострому періоді

- Надання медичної допомоги пацієнтам з такими травмами повинно бути централізованим та проводитись в спеціалізованих відділеннях.
- Після початкового періоду пацієнт з параплегією зазвичай потребує стаціонарної реабілітації терміном приблизно 3 місяці, а пацієнти з тетраплегією — тривалістю 4–5 місяців.
- Життя пацієнта з такого роду травмою кардинально змінюється в один момент. Централізація допомоги та реабілітації дозволяє працівникам набути потрібних навичок та високого досвіду. Підтримка інших пацієнтів зі спінальною травмою також вкрай важлива.
- Реабілітація в гострому періоді включає:
    - Заохочення незалежного функціонування
        - Кожен функціонуючий м'яз потрібно зміцнити. Дві третіх пацієнтів будуть прикуті до інвалідного візка на все життя. Практикується вертикалізація та перебування стоячи. Пацієнта індивідуально забезпечують необхідною допомогою, обладнанням та навчають ним користуватись (наприклад крісло-коляска, пристрої для людей з особливими потребами). Можливість функціонування та проблеми будуть виявлені протягом короткочасних візитів додому.
    - Медична допомога:
        - Пацієнтам з порушенням функцій організму потрібно надавати найкращу медичну допомогу (наприклад, з порушенням функції сечового міхура, кишечника та

сексуальною дисфункцією). Необхідно проводити профілактику таких ускладнень, як утворення пролежнів.

- Психологічна підтримка:
  - Рідних хворого, який раптово став інвалідом, потрібно активно залучати в цей критичний період. Також пацієнти можуть мати підтримку від пацієнтів, які раніше отримали травму.
- Дії, що забезпечують підтримку
  - Пацієнта потрібно проінформувати про пільги та виплати, які він може отримати. Житло пацієнта потрібно облаштувати допоміжними засобами та необхідним обладнанням (якщо потрібно — надати спеціалізоване житло). Пацієнту пропонують професійну реабілітацію.

- Майже всі пацієнти з ушкодженням спинного мозку після реабілітації в гострому періоді виписуються додому. Навіть пацієнти з важкою травмою хребта за допомогою доглядальника можуть вести незалежний спосіб життя.

Подальша реабілітація [доказ 06033|D]

- Для того, щоб підтримувати фізичний стан, пацієнти з ушкодженням спинного мозку повинні регулярно проходити курси стаціонарного реабілітаційного лікування. Основне завдання — підтримка та покращення незалежного функціонування, лікування будь-яких кістково-м'язових проблем та удосконалення фізичного стану пацієнта. Можна проводити реабілітацію в умовах стаціонару за відносними показаннями, а саме для того, щоб доглядальники, які дбають про глибоко інвалідизованого пацієнта, могли перепочити (догляд для відпочинку).
- Потреба та об'єм фізіотерапії для соціалізації пацієнта повинні визначатись індивідуально.
  - Пацієнти з тетраплегією потребують проведення фізіотерапії один-два рази на тиждень або час від часу. Фізіотерапія вдома повинна включати функціональні вправи, підтримку рухів в суглобах, зменшення спастичності, покращення стану м'язів та ін.

    - Пацієнти з параплегією потребують регулярного проведення фізіотерапії [доказ 06201|C] як для досягнення вищенаведених цілей, так і для підтримки функціонування кістково-м'язової системи.
- Професійна реабілітація та адаптація зазвичай проводяться протягом перших років після ушкодження спинного мозку. Однак потреба такого виду реабілітації може з'явитись і пізніше, коли виникають інші стани, пов'язані з інвалідністю.
- Засоби та обладнання значно покращують самообслуговування та часто дозволяють вести самостійне життя. Потреба в обладнанні зазвичай визначається в початковій стадії реабілітації. Стан пацієнта може змінюватись з часом, тому потребу в додатковому обладнанні необхідно регулярно переглядати.

Ускладнення після ушкодження хребта

- Тривале лікування пацієнтів з травмою хребта є відповідальністю первинної медичної допомоги.
- В зв'язку з тим, що важкі ускладнення спінальної травми носять досить індивідуальний характер, пацієнта потрібно регулярно оглядати в спеціалізованих центрах, що тісно співпрацюють з лікарем загальної практики.

  Коментар експерта. В Україні лікар загальної практики - сімейної медицини.
- Планування лікування, реабілітації та догляду повинно проводитись індивідуально для кожного пацієнта з травмою хребта.

Вирішення проблеми порушення функції сечовивідних шляхів

- Для визначення інфекції сечовивідних шляхів потрібно зробити забір аналізу сечі та провести бактеріальний посів сечі [настанова 00233|Аналіз сечі і бактеріаль…]. Необхідно завжди виключати інфекцію сечовивідних шляхів при появі симптомів загального запалення та гарячки, навіть за відсутності типових симптомів. У пацієнтів, які потребують періодичної катетеризації сечового міхура, може бути хронічна бактеріурія.
- Пацієнта, у якого повторюються інфекції сечовивідних шляхів, потрібно направити до уролога. Інфекцію сечовивідних шляхів, що має типову симптоматику, потрібно лікувати антибіотиками, але

більш тривалим курсом, ніж зазвичай [настанова 00232|Інфекції сечовивідних шл…]. Антибіотикотерапія з метою профілактики не призначається.

- Уролог повинен через кожні 1–3 роки проводити УЗД нирок та сечовивідних шляхів та, якщо потрібно, ренографію або урографію. Дослідження уродинаміки виконується тільки за потреби.
- Спосіб спорожнення сечового міхура повинен визначатись індивідуально. Періодична катетеризація, зазвичай, є найкращим методом запобігання перерозтягнення та рефлюксу сечі в верхні відділи сечовивідної системи при порушенні іннервації сечового міхура.

Проблеми зі шкірою

- Профілактику пролежнів можна проводити за допомогою адекватних рекомендацій та використання допоміжних засобів [настанова 00292|Профілактика і лікування…]. Ретельна профілактика (включаючи вимірювання тиску під час сидіння) є важливою.
- За загрози появи пролежня потрібно негайно зменшити тиск на уражену ділянку шкіри (постільний режим, якщо потрібно, зміна положення тіла, перерозподіл навантаження на неушкоджені ділянки шкіри).
- Якщо навіть маленький пролежень не вдається вилікувати консервативно, необхідна консультація пластичного хірурга. Можна уникнути місяців постільного режиму при вчасному використанні методів пластичної хірургії.

Біль

- М’язовий біль можна вилікувати, дотримуючись звичайних рекомендацій [настанова 00984|Скелетно-м'язовий біль]. Біль в шиї та плечовому поясі, проблеми з верхніми кінцівками у пацієнтів, що пересуваються за допомогою крісла-коляски, потребують особливої уваги, зважаючи на те, що незалежне функціонування пацієнта знаходиться під загрозою.
- Діагностика вісцерального болю утруднена в зв’язку з порушенням чутливості.
- Біль, пов’язаний з травмою спинного мозку, зазвичай невропатичний та важко піддається лікуванню [настанова 00931|Хронічний біль]. Однак невропатичний біль потрібно лікувати відповідним чином,

так як він може значно погіршити якість життя пацієнта. Пацієнт повинен бути якнайшвидше направлений в клініку боротьби з болем.

Спастичність

- Це характерне ускладнення травми спинного мозку.
- Збільшення спастичності може бути наслідком процесу, що розвивається нижче рівня ушкодження спинного мозку. Таку причину зазвичай можна розпізнати (наприклад, інфекція, проблеми зі шкірою та інші процеси, що зазвичай можуть викликати біль). Якщо спастичність з'являється разом з іншими системними проявами — це може бути ознакою якогось важкого процесу; наприклад, посилення спастичності в ділянці тулуба може бути ознакою "гострого живота".
- Потрібно негайно лікувати причину підвищення спастичності.
- Щодо лікування спастичності див. [настанова 00802|Спастичність].

Сексуальна функція, фертильність, планування сім'ї (сімейне консультування)

- Порушення сексуальної функції (особливо втрата чутливості) може суттєво впливати на якість життя.
- Інформування та консультування щодо сексу — важлива частина початкової реабілітації. Необхідність консультування може з'явитись згодом, в зв'язку зі зміною життєвої ситуації.
- Зазвичай ефективні пероральні препарати для лікування еректильної дисфункції. Ін'єкції краще підходять лише деяким пацієнтам.
- У чоловіків з травмою спинного мозку відсутність еякуляції та зниження якості сперми майже завжди призводить до безпліддя. Однак сучасні методи лікування (вібраційна стимуляція, електроеякуляція або біопсія яєчка) дозволяють здійснити забір сперми майже у будь-якого чоловіка з травмою спинного мозку.

Посттравматична сирингомієлія (ПТС)

- ПТС — це розширення центрального каналу спинного мозку.

- При наростанні у пацієнта неврологічної симптоматики потрібно завжди підозрювати ПТС. Першим клінічним симптомом може бути збільшення інтенсивності болю. Інші симптоми — підвищення рівня порушення чутливості, наростання спастичності, прогресуюча м'язова слабкість та симптоми зі сторони вегетативної нервової системи.
- Діагноз підтверджується за допомогою МРТ. Пацієнта потрібно терміново направляти в нейрохірургічне відділення для оцінки ситуації.

Інші ускладнення

- Не потрібно забувати про наступні стани:
  - порушення функції кишечника
  - синдром автономної дизрефлексії
  - ризик остеопорозу.

Пов'язані ресурси

- Кокранівські огляди [пов'язані 00420|Spinal cord injuries – R…]

Джерела інформації

R1. Bagnall AM, Jones L, Richardson G, Duffy S, Riemsma R. Effectiveness and cost-effectiveness of acute hospital-based spinal cord injuries services: systematic review. Health Technol Assess 2003;7(19):iii, 1-92. [PubmedID|13678550]

Настанови

- Настанова 00341. Надання невідкладної медичної допомоги на догоспітальному етапі.
- Настанова 00342. Забезпечення прохідності дихальних шляхів при невідкладних станах.
- Настанова 00233. Аналіз сечі і бактеріальний посів сечі.
- Настанова 00232. Інфекції сечовивідних шляхів.
- Настанова 00292. Профілактика і лікування пролежнів.
- Настанова 00984. Скелетно-м'язовий біль.
- Настанова 00931. Хронічний біль.

- Настанова 00802. Спастичність.

Доказові огляди Duodecim

- Доказовий огляд 04860. Gangliosides for acute spinal cord injury .
  Дата оновлення: 2009-12-17
  Рівень доказовості: C
  Резюме: Gangliosides may not have any effect on the outcomes of acute spinal cord injury.
- Доказовий огляд 02334. Steroids for acute spinal cord injury.
  Дата оновлення: 2012-03-26
  Рівень доказовості: B
  Резюме: High dose methylprednisolone therapy appears to improve neurological outcome in acute spinal cord injury.
- Доказовий огляд 06033. Locomotor training for walking after spinal cord injury .
  Дата оновлення: 2012-11-29
  Рівень доказовості: D
  Резюме: There is insufficient evidence to conclude that any one locomotor training strategy improves walking function more than another for people with spinal cord injury.
- Доказовий огляд 06201. Upper body exercise for spinal cord injury.
  Дата оновлення: 2008-09-16
  Рівень доказовості: C
  Резюме: Controlled upper body exercise may have limited effect on the physical capacity of spinal cord injury patients.

Авторські права на оригінальні тексти належать Duodecim Medical Publications, Ltd.
Авторські права на додані коментарі експертів належать МОЗ України.
Published by arrangement with Duodecim Medical Publications Ltd., an imprint of Duodecim Medical Publications Ltd., Kaivokatu 10A, 00100 Helsinki, Finland.

Ідентифікатор: ebm00804 Ключ сортування: 018.011 Тип: EBM Guidelines

Дата оновлення англомовного оригіналу: 2018-04-11

Автор(и): Antti Dahlberg Автор(и) попередніх версій статті: Veli Matti Huittinen Редактор(и):
Видавець: Duodecim Medical Publications Ltd Власник авторських прав: Duodecim Medical Publications Ltd

Навігаційні категорії
EBM Guidelines Neurology Neurosurgery Surgery Traumatology Physical medicine

Ключові слова індексу
mesh: Intubation mesh: Rehabilitation mesh: cervical spine injury mesh: Pressure Ulcer mesh: Paraplegia
mesh: vertebral fracture mesh: Impotence mesh: Paralysis mesh: diplegia mesh: Methylprednisolone mesh: Fertility
mesh: Spinal cord mesh: Pain mesh: Urinary Tract Infections mesh: Accidents mesh: Spinal Cord Injuries
mesh: Quadriplegia mesh: Muscle Spasticity mesh: Urinary Incontinence icpc-2: N81 speciality: Neurology
speciality: Neurosurgery speciality: Physical medicine speciality: Surgery speciality: Traumatology