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=ebm00948&format=pdf

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

Настанова 00948. Переломи хребта

Автор: Eero Hirvensalo
Редактор оригінального тексту: Martti Teikari
Дата останнього оновлення: 2017-04-18

Основні положення

- Пошкодження хребта найчастіше пов’язані з падінням з висоти або просто падінням із позиції стоячи. Зверніть увагу, зокрема, на групи ризику, які можуть зазнати переломів хребта навіть після травми з низькою енергією (такі травми як хлистова травма або прямий чи непрямий удар по шиї, грудному чи поперековому відділу хребта):
    - особи літнього віку, особливо під час випадкових падінь, які асоційовані із травмою голови або спини, чи при падінні на сідниці
    - пацієнти з анкілозуючим спондилітом або остеопоротичними змінами у хребті.
- Пацієнта слід перемістити в положення на спині, а якщо підозрюється травма шийних хребців, шия пацієнта повинна підтримуватися комірцем. Якщо пацієнт має анкілозуючий спондиліт або іншу патологію, що призводить до постійного нахилу хребта вперед, для підтримки фізіологічної кривизни шийного відділу хребта необхідно досягати достатньої елевації голови за допомогою подушок, або пацієнта слід перемістити в фіксоване положення на боку.
- Завжди пам'ятайте про можливість травми хребта у пацієнтів з травмою, які втратили свідомість.
- Якщо підозрюється травма шийного відділу хребта, КТ-сканування має бути первинним методом обстеження. Рентген-обстеження показане як частина первинного обстеження при пошкодженнях грудного та поперекового відділів хребта. Також можна виконувати

рентген-дослідження шийного відділу хребта, якщо КТ-сканування є недоступним на початкових етапах діагностичного процесу (наприклад, перед переведенням пацієнта в спеціалізований заклад).

Перелом шийного відділу хребта

- Якщо підозрюється перелом шийного відділу хребта, пацієнт повинен бути госпіталізований до спеціалізованого закладу.
- Під час збору анамнезу інформація про будь-яку пряму чи непряму травму шиї (наприклад, у зв'язку з падінням або падінням з висоти) є важливою.
- Болючість шиї або хребта внаслідок падіння у пацієнтів літнього віку завжди потребує подальшого обстеження та є підставою для підозри наявності перелому.
- Усі переломи повинні вважатися нестабільними до того часу, як діагноз не підтверджено.
- Спостерігайте за неврологічним статусом пацієнта та записуйте будь-які його зміни.
- Ймовірність перелому шийного відділу хребта є дуже малою у здорових дітей та молоді, якщо травма голови мала низькоенергетичний характер. Візуалізаційні методи обстеження зазвичай непотрібні у таких випадках, зокрема у пацієнтів, які не мають навіть найлегшої локалізованої болючості в ділянці шиї чи плеча, ніяких неврологічних симптомів та ніяких супутніх захворювань, що можуть заважати постановці діагнозу.
- У незрозумілих випадках візуалізаційні методи обстеження показані за підозри на травму шийного відділу хребта.
    - Якщо пацієнт має множинні травми, знаходиться під впливом алкоголю чи наркотичних речовин, можливо страждає від пошкодження мозку або недоступний контакту через інші причини, під час визначення стану хворого не можна покладатися на скарги пацієнта на чутливість та біль.

Діагноз

- Детальний збір анамнезу є важливим.

- У клінічній картині біль у потилиці, шиї, плечі або верхній кінцівці натякає на значну травму шийного відділу хребта з подразненням/пошкодженням нервових корінців (іррадіація болю залежить від рівня пошкодження).
- В початковій фазі локальний біль в шийному відділі хребта не можна надійно виявити пальпацією.
- Необхідно визначати неврологічний статус усіх кінцівок.
- Клінічне обстеження повинно бути доповнене КТ-скануванням. Якщо це не є можливим, можна виконати рентгенографію шийного відділу хребта.
    - Дослідження в латеральній проекції може виявити зміщення хребців; переконайтеся, що хребці C1-C7 візуалізуються на рентгені (зображення [зображення 01250|Fracture of the vertebra…] [зображення 01525|C2 vertebral fracture] [зображення 01526|Atlas arch fracture] [зображення 01527|Fracture of the axis (ep…]). Перевірте, що передні та задні краї тіл хребців формують рівні лінії, що міжхребцеві суглоби є в правильній позиції та що верхівки остистих відростків вигинаються рівномірно, а дистанції між верхівками є рівними.
    - Ретельно перевірте контури зубоподібного відростка на інтактність у обидвох латеральних та передньо-задній проекціях.
    - В передньо-задній проекції перевірте, що дуга C1 хребця (атлант) не є ненормально широкою (проявляється як латеральне зміщення латеральних мас від їхнього очікуваного рівня по відношенню до контурів C2 [осьового хребця]). В передньо-задній проекції також перевірте постійність відношення остистих відростків один до одного, як і в боковій проекції; занотуйте непостійність на кожній стороні.
    - Якщо підозрюється пошкодження шийного відділу хребта, рентгенографія не є достатньою, щоб його виключити (не можна чітко побачити малі фрагменти перелому, а нижня частина хребта недостатньо візуалізується).

Лікування

- Переломи шийного відділу хребта потребують діагностування в спеціалізованих закладах та, частіше за все, госпіталізації на початковому етапі лікування. Перед транспортуванням пацієнта необхідно накласти йому шийний комірець.

- Нестабільні переломи лікуються хірургічно. Шийний комірець або тракція можуть бути застосовані тільки в початковій фазі лікування. У випадку виявлення зміщення хребців тракція за череп повинна бути застосована у лікувальному закладі (1 кг/хребець, наприклад, перелом хребця C3 буде потребувати 3 кг) для того, щоб досягти закритої репозиції.

Переломи грудного та поперекового відділів хребта

- Переломи грудного та поперекового відділу хребта зазвичай класифікуються за своєю стабільністю.
    - У випадку стабільних компресійних переломів тільки передній край тіла хребця є вдавлений (перелом одного стовпа).
    - У випадку частково нестабільних переломів хребців задній край тіла хребця також пошкоджений (перелом двох стовпів).
    - У випадку повністю нестабільних переломів хребців також пошкоджені ділянка навколо міжхребцевих суглобів та остистих відростків та приєднані зв'язки (перелом трьох стовпів).
- Частково та повністю нестабільні переломи хребта пов'язані з ризиком пошкодження неврологічних структур. Нестабільні переломи типово асоціюються з високоенергетичними падіннями, але навіть незначне падіння може бути достатнім, щоб викликати перелом в ураженому остеопорозом хребті або в хребті, що втратив пружність (анкілозуючий спондиліт).

Стабільний компресійний перелом

- Найбільш частим переломом є компресійний перелом в зоні з'єднання (Th10–L2) грудної або поперекової частини хребта (перелом одного стовпа) у осіб літнього віку, викликаний відносно незначною вертикальною силою.
- Пошкодження може відбутися в будь-якій частині хребта, включаючи крижі (див. [настанова 00947|Переломи ребер та тазу]).
- Падіння з позиції стоячи або сидячи на кріслі може бути достатнім для того, щоб викликати перелом у хребцях, уражених остеопорозом. Перелом також може статися в інших місцях

грудного або поперекового відділів хребта. Для виникнення перелому здорових хребців зазвичай потрібна травма з більшою енергією (падіння з великої висоти).

Діагноз

- Локальна болючість в місці перелому та часто також у довгих м'язах спини навколо та нижче рівня пошкодження.
- На рентгенограмах увагу слід приділяти збереженню висоти тіл хребців, цілісності заднього краю тіл хребців, будь-якої транспозиції хребців та збереженню інтерпедикулярних відстаней в тому ж діапазоні, як між прилеглими хребцями.
- КТ-сканування (зображення [зображення 01528|Fracture of the thoracic…]) показане при переломах двох та трьох стовпів для більш точного діагнозу та оцінки стабільності.

Лікування

- Якщо висота тіла хребця зменшена спереду більше, ніж на 50% (порівняно з сусідніми хребцями), та перелом є стабільним, у більшості випадків є підстава для хірургічного лікування, але потреба повинна бути оцінена індивідуально. Якщо ні, перелом повинен лікуватись консервативно.
    - У пацієнтів літнього віку та у тих, хто має тяжкий остеопороз, можливе консервативне лікування переломів навіть із більшим зниженням висоти тіла хребця. Дуже важливе забезпечення адекватного знеболення.
    - Вертебропластика та кіфопластика (використовуючи надувну кульку) є мінімально інвазивними методами хірургічного лікування компресійних переломів хребців. Показання до них треба встановлювати дуже індивідуально. Ці методи не впроваджено в звичайну терапевтичну практику. Докази їх довготермінових переваг обмежені, самі методи мають певні ризики.
- Біль може зберігатися протягом декількох років після травми.
- Остеопоротичні компресійні переломи (зображення [зображення 01529|Osteoporotic vertebral f…]) зазвичай стаються без конкретної травми або пов'язані з невеликими падіннями (наприклад, падіння з крісла). Загалом вони достатньо стабільні, щоб лікувати консервативно, навіть якщо колапс тіла хребця є значним (більше ніж 50% висоти хребця).

    - Остеопоротичний компресійний перелом у пацієнтів літнього віку може лікуватися в умовах загальнопрофільної лікарні. Пацієнт може бути мобілізованим відповідно вираженості больового синдрому.
- Питання щодо початку протиостеопоротичниго лікування повинне розглядатись у всіх пацієнтів з остеопоротичними переломами [настанова 00419|Остеопороз].

Нестабільні переломи хребта

- Компресійні переломи інших ділянок, ніж передні частини хребця (переломи одного стовпа), є нестабільними.
- Нестабільні переломи зазвичай лікуються хірургічно.
- У випадку переломів двох стовпів фрагменти заднього краю тіла хребця можуть проникнути у хребтовий канал. У випадку переломів трьох стовпів цілий хребець пошкоджений, і хребет нестабільний на рівні пошкодження. Травма може складатися з вибухового (burst) перелому одного або декількох хребців або з горизонтального перелому по лінії, що пролягає через структури хребця (chance fracture). Перелом трьох стовпів також може включати зміщені хребці.

Діагноз

- Механізм травми, встановлений під час збору анамнезу, зазвичай є вищого енергетичного рівня, ніж при компресійних переломах хребта, але при остеопоротичному хребті або у пацієнтів з анкілозуючим спондилітом навіть невелика надмірна сила може викликати значне пошкодження та повну нестабільність на рівні пошкодження. Це зумовлює підвищений ризик подальшого пошкодження нервових структур, про що необхідно пам’ятати під час транспортування пацієнтів.
    - Важливим є визначення неврологічного статусу нижніх кінцівок та каудальної зони та ретельна фіксація будь-яких його змін.
    - Важливо визначити чи спроможний пацієнт до контрольованого сечовипускання.
    - Треба завжди визначати кількість залишкової сечі, якщо підозрюється неврологічне ушкодження.

- КТ-сканування є першочерговим візуалізаційним дослідженням. МРТ може бути використане як додаткове дослідження, якщо підозрюються проникнення міжхребцевого диску в хребтовий канал або наявність гематоми (якщо неврологічні знахідки нетипові для типу перелому).

Лікування

- Лікування хірургічне. Стабілізація хребта (хірургічне втручання, щоб виправити позицію хребта та артродез) повинна бути виконана для запобігання надмірній рухливості та (подальшого) пошкодження нервових структур.
- Ступінь тяжкості пошкоджень нервових структур визначає вибір подальшого лікування. Важливо керувати фізичною активністю та тренуванням м'язів пацієнтів. Допомога в виконанні щоденних дій повинна розпочинатися ще в палаті.
- Як тільки в цьому виникне необхідність, для проходження спеціальної реабілітації пацієнт повинен бути переведений в амбулаторний заклад для пацієнтів з травмою спинного мозку.

Перелом поперечного відростка

- Ушкодження від падіння або, в деяких випадках, від максимального м'язового скорочення (наприклад, епілептичний напад) може викликати перелом поперечних відростків в поперековій частині хребта.
- У разі високоенергетичних пошкоджень треба завжди виключати інші пошкодження ділянки тулуба (шляхом проведення КТ грудної клітки, живота та тазу).
- Біль та м'язове напруження буде тривати від 6 до 8 тижнів. Застосування анальгетиків та мобілізація пацієнтів достатні для лікування. Сеча повинна бути перевірена на наявність крові. При виявленні численних еритроцитів у сечі хворим показано 1–2 дні ліжкового режиму.

Пов'язані ресурси

- Література [пов'язані 00519|Fractures of the spine –…]

Настанови

- Настанова 00947. Переломи ребер та тазу.
- Настанова 00419. Остеопороз.

Зображення

- Зображення 01250. Fracture of the vertebral arch of the axis.

Автори та власники авторських прав: Duodecim Medical Publications Ltd

- Зображення 01525. C2 vertebral fracture.

© Opetusministeriö
17.12.1998

Автори та власники авторських прав: Medimage / University of Turku Duodecim Medical Publications Ltd

- Зображення 01526. Atlas arch fracture.

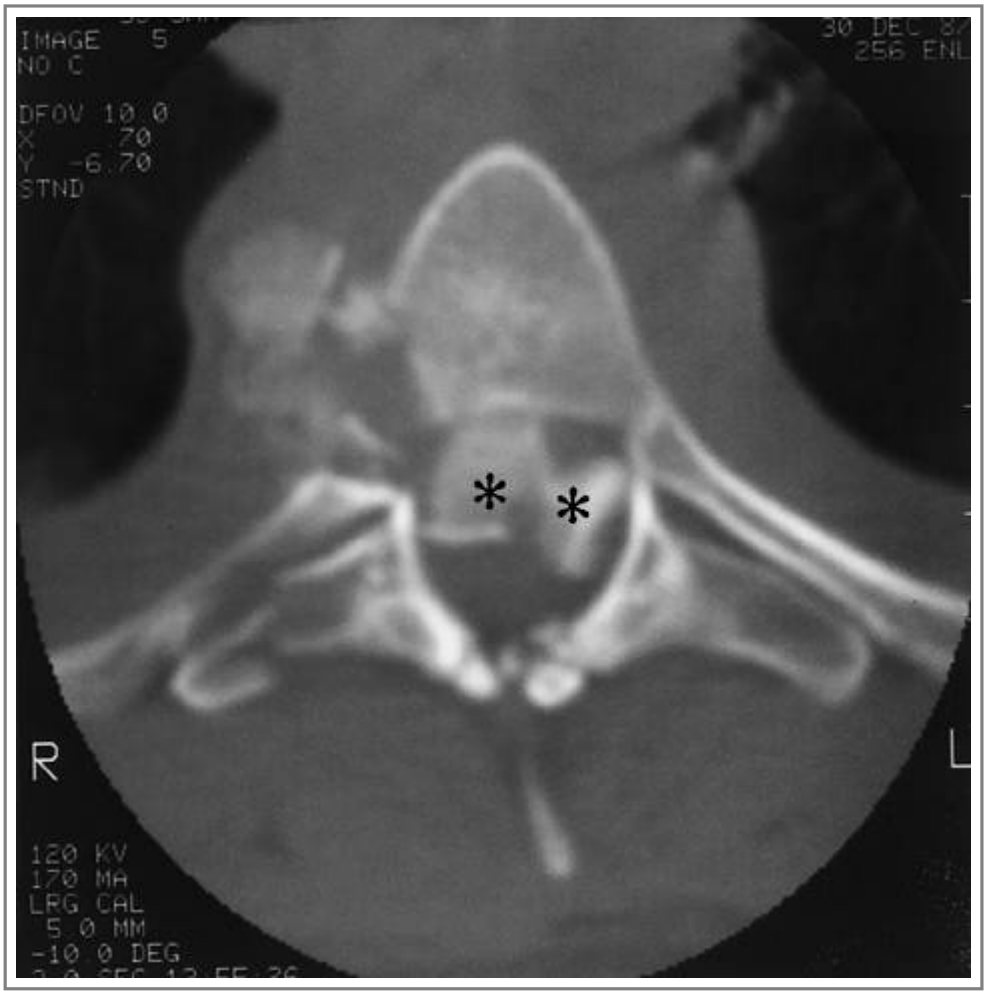
Автори та власники авторських прав: Duodecim Medical Publications Ltd

- Зображення 01527. Fracture of the axis (epistropheus).

© Opetusministeriö
5.10.1998

Автори та власники авторських прав: Medimage / University of Turku Duodecim Medical Publications Ltd

- Зображення 01528. Fracture of the thoracic spine.



Автори та власники авторських прав: Duodecim Medical Publications Ltd

- Зображення 01529. Osteoporotic vertebral fractures.

Автори та власники авторських прав: Duodecim Medical Publications Ltd

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: ebm00948 Ключ сортування: 018.010 Тип: EBM Guidelines

Дата оновлення англомовного оригіналу: 2017-04-18

Автор(и): Eero Hirvensalo Редактор(и): Martti Teikari Лінгвіст(и)-консультант(и) англомовної версії: Hilkka Salmén
Видавець: Duodecim Medical Publications Ltd Власник авторських прав: Duodecim Medical Publications Ltd

Навігаційні категорії
EBM Guidelines Traumatology Surgery

Ключові слова індексу
mesh: vertebral fracture mesh: thoracic spine fracture mesh: Fractures, Compression mesh: cervical spine injury
mesh: Cervical Vertebrae mesh: Spinal Fractures mesh: lumbar spine fracture mesh: Spinal Injuries
mesh: cervical vertebral dislocation mesh: Atlas Axis mesh: unstable cervical fracture mesh: Calcitonin
mesh: unstable fracture mesh: cranial traction mesh: transverse process fracture Vertebra icpc-2: L76