

Глава 3

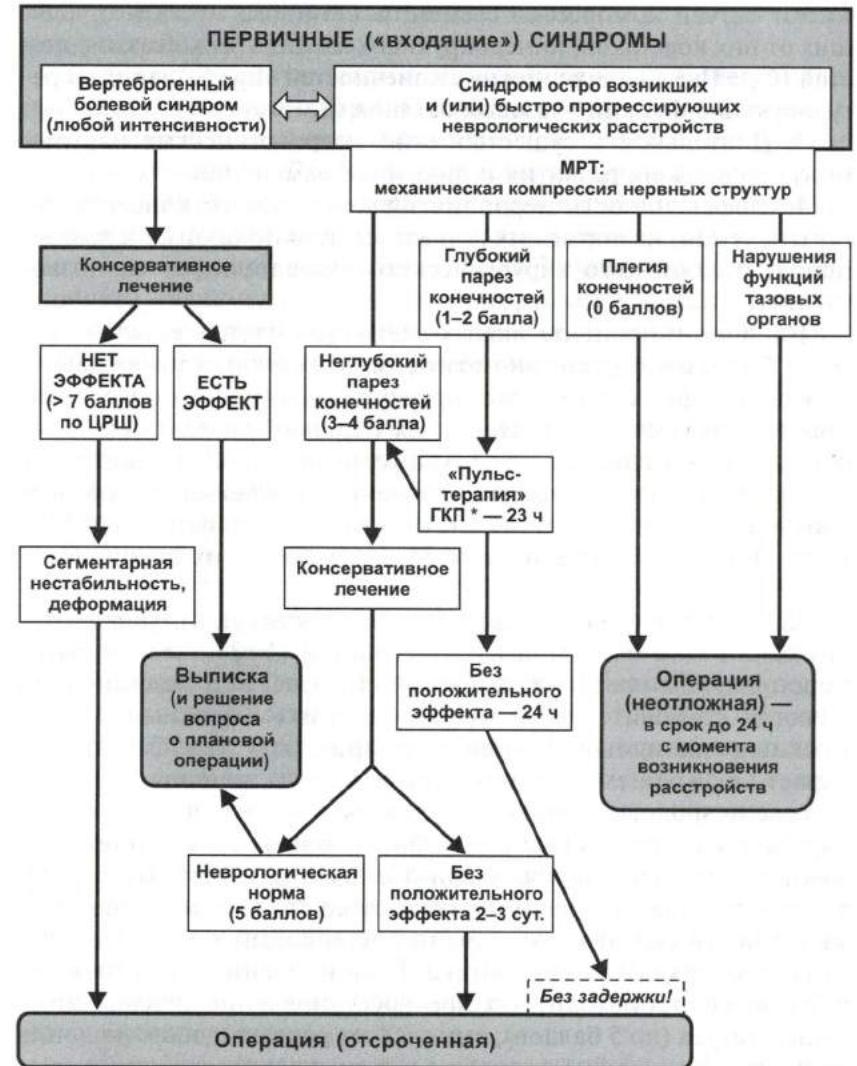
ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМИ ДЕГЕНЕРАТИВНО-ДИСТРОФИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПОЗВОНОЧНИКА

Больные с дегенеративно-дистрофическими заболеваниями позвоночника, как правило, поступают в стационар скорой медицинской помощи в случае остро возникших и (или) быстро прогрессирующих неврологических расстройств, вызванных нарастающей компрессионной миело-, каудо- или радикулопатией, и (или) интенсивного вертеброгенного болевого синдрома в виде локальных и (или) «корешковых» болей (рис. 3).

При определении тактики оказания неотложной специализированной медицинской помощи таким пациентам необходимо учитывать следующие наиболее значимые факторы:

1. Степень неврологических нарушений. С практической точки зрения на верхних и нижних конечностях среди них выделяют плегию (0 баллов по шкале оценки мышечной силы конечностей), глубокий парез (1–2 балла) и неглубокий парез (3–4 балла). В случаях нарушения функции тазовых органов учитывают только сам факт его наличия вне зависимости от тяжести, поскольку такие ситуации, хотя встречающиеся достаточно редко, являются свидетельством грубого сдавления нервных структур и служат показаниями к выполнению неотложных декомпрессивных вмешательств на позвоночнике.

2. Уровень поражения нервных структур и связанная с этим функциональная значимость иннервируемых ими органов-эффекторов. С этой позиции первостепенное клиническое значение



* ГКП — глюкокортикоидные препараты.

Рис. 3. Базовый алгоритм выбора тактики лечения больных с острыми состояниями, вызванными дегенеративно-дистрофическими заболеваниями позвоночника, в условиях многопрофильного стационара скорой медицинской помощи

имеют случаи компрессии сегментов спинного мозга и отходящих от них корешков, иннервирующих мышцы верхних конечностей (C_v-Th₁), мышцы нижних конечностей (L₁₁-S₁), а также регулирующие функции тазовых органов (S₁-S_{1v}).

3. Длительность существования неврологических нарушений, скорость их развития и динамика изменения.

4. Эффективность мероприятий неотложного консервативного лечения, назначаемых при отсутствии показаний к выполнению неотложного хирургического вмешательства на позвоночнике.

Наличие у пациента любых вариантов пlegии конечностей (хотя бы по одному спинномозговому корешку), а также любых нарушений функции тазовых органов, причиной которых является компрессия соответствующих нервных элементов дегенеративно измененными структурами позвоночника, подтвержденная данными лучевых исследований, считается показанием к выполнению неотложного хирургического вмешательства (оптимально — в течение первых 24 ч с момента их возникновения).

Если у поступившего пациента диагностируют глубокий парез мышц хотя бы одной из конечностей (1–2 балла), первым мероприятием неотложной специализированной медицинской помощи становится т. н. «пульс-терапия» высокими дозами глюкокортикоидных гормонов по протоколу NASCIS II (см. выше). Критерием эффективности такого лечения является регресс неврологической симптоматики до уровня неглубокого пареза в течение 1 суток. В подобных случаях терапию продолжают и далее, еще на протяжении 2–3 суток, со снижением суточных доз гормональных препаратов до стандартно используемых при консервативном лечении дегенеративно-дистрофических заболеваний позвоночника. Если в течение этого времени у больного происходит полное восстановление неврологического статуса (до 5 баллов), ему следует рекомендовать решение вопроса о возможном плановом хирургическом лечении имеющейся у него дегенеративно-дистрофической патологии позвоночника. Неэффективность первичной «пульс-терапии» или последующего консервативного лечения (на протяжении 2–3 суток) выступает показанием к безотлагательному проведению

хирургического вмешательства на позвоночнике (отсроченное хирургическое лечение).

Сходную лечебную тактику используют и в отношении лиц, поступивших в стационар с легкими и умеренными нарушениями активной двигательной функции конечностей (неглубокий парез — 3–4 балла). Различие здесь состоит лишь в применении стандартных для дегенеративно-дистрофической патологии позвоночника суточных доз гормональных препаратов. Длительность этой терапии составляет от 2 до 3 суток, а о ее результативности судят по восстановлению функции мышц пораженной конечности до нормального уровня. В противном случае выставляют показания к отсроченному хирургическому лечению.

Факт наличия у пациента на момент поступления в стационар (помимо остро возникших неврологических расстройств) болевого синдрома, вне зависимости от его интенсивности, характера и локализации, не должен вносить сколько-нибудь существенного вклада в определение показаний к выполнению неотложного хирургического вмешательства на позвоночнике. В таких ситуациях одновременно с терапией гормональными препаратами назначают адекватное медикаментозное противоболевое лечение. И лишь наличие некупируемого болевого синдрома (интенсивностью более 7 баллов по ЦРШ) в сочетании с выраженными признаками сегментарной нестабильности и (или) деформации позвоночника является основанием для проведения хирургического лечения в отсроченном порядке.

Таким образом, при выборе тактики оказания неотложной специализированной медицинской помощи больным с острыми дегенеративно-дистрофическими заболеваниями позвоночника необходимо придерживаться следующих принципиальных моментов:

1. Показания к выполнению неотложных хирургических вмешательств:
 - ♦ любые варианты пlegии конечностей (хотя бы по одному спинномозговому корешку);
 - ♦ любые варианты нарушения функции тазовых органов.
2. Показания к отсроченному хирургическому лечению:

- ♦ быстрое нарастание (в течение 24 ч) неврологических расстройств от полного их отсутствия (5 баллов) до глубокого пареза (1–2 балла);
 - ♦ неэффективность в течение 24 ч первичной «пульс-терапии» высокими дозами гормональных препаратов у лиц с исходными глубокими нарушениями активной двигательной функции конечностей (1–2 балла);
 - ♦ наличие регресса неврологической симптоматики под действием первичной «пульс-терапии» до уровня неглубокого пареза (3–4 балла) в сочетании с неэффективностью последующего консервативного лечения на протяжении 2–3 суток;
 - ♦ неэффективность в течение 2–3 суток первичного консервативного лечения у лиц с незначительными степенью пареза конечностей (3–4 балла);
 - ♦ не купируемый болевой синдром (более 7 баллов по ЦРШ) на фоне двигательных неврологических расстройств.
3. Показания к плановому консервативному лечению с выпиской больного из стационара (отделения неотложной хирургии позвоночника) и последующим решением вопроса о возможности выполнения хирургического вмешательства в плановом порядке:
- ♦ эффективность неотложных мероприятий консервативного лечения в виде полного устранения неврологических расстройств и купирования корешкового болевого синдрома;
 - ♦ локальная и (или) корешковая боль интенсивностью менее 7 баллов по ЦРШ на фоне отсутствия неврологических нарушений.

Глава 4

ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ОПУХОЛЕВЫМИ МЕТАСТАТИЧЕСКИМИ ПОРАЖЕНИЯМИ ПОЗВОНОЧНИКА

У пациентов с опухолевыми метастатическими поражениями позвоночника, поступающих для оказания неотложной специализированной медицинской помощи в приемные отделения многопрофильных стационаров, патологическими вертеброгенными синдромами «первого порядка» выступают синдром остро возникших и (или) быстро прогрессирующих неврологических расстройств вследствие нарастающей компрессионной миелопатии и выраженный вертеброгенный болевой синдром (интенсивностью более 7 баллов по ЦРШ), вызванный нестабильностью позвоночника (рис. 4).

Ключевыми задачами неотложной диагностики у таких больных являются:

- ♦ Установление факта опухолевой деструкции позвоночника с наличием его нестабильности, а также компрессионной миело- или каудопатии опухолевого генеза.
- ♦ Оценка степени «опухолевой нагрузки» пациента (наличие и количество костных метастазов в позвоночнике и вне его, наличие и локализация висцеральных метастазов).
- ♦ Изучение соматического статуса больного с ориентировочной оценкой продолжительности его жизни на основании соответствующих прогностических шкал.
- ♦ Определение этиологии опухоли (на основании данных анамнеза, имеющихся медицинских документов, патоморфологических исследований и др.).