Перелом (вывих) грудного и пояснично-крестцового отдела позвоночника

Клинические рекомендации Минздрава России · взрослые, дети · редакция 2024 г., статус «Применяется» на 04.11.2026 · МКБ-10: M48.3, S22.0, S22.1, S23, S23.0, S23.1, S23.3, S24 · Ассоциация нейрохирургов России, Ассоциация травматологов-ортопедов России, Общероссийская общественная организация "Союз реабилитологов России"

Рекомендация касается переломов, вывихов и позвоночно-спинномозговой травмы грудного и пояснично-крестцового отделов у взрослых и детей. Главное для практики — ранняя иммобилизация и транспортировка в профильный стационар, КТ-верификация повреждения, оценка неврологического статуса по ASIA/ISCSCI и выбор между консервативной тактикой, декомпрессией и стабилизацией.

Главное

- Любого больного с травмой, поступающего в отделение реанимации, расценивают и лечат как пострадавшего с повреждением позвоночника до тех пор, пока не будет доказано отсутствие травмы позвоночника на всех уровнях. УДД 5, УУР С.
- Основной метод первичной визуализации при подозрении на травму грудного или поясничного отдела — спиральная КТ соответствующего отдела; при сочетанной травме выполняют КТ всех отделов позвоночника. Для КТ при подозрении на ПСТ: УДД 2, УУР А.
- При оценке неврологического статуса у больных с травмой спинного мозга рекомендуется использовать шкалу ASIA/ISCSCI. УДД 5, УУР С.
- Шкала ASIA/ISCSCI разделяет повреждение спинного мозга на виды A–E: от полного повреждения до нормы.
- Тактику лечения выбирают с учетом шкал TLICS и TL AOSIS. УДД 5, УУР С.
- По шкале TLICS при сумме 5 и более баллов показано хирургическое лечение, при сумме 3 и менее предпочтительна консервативная терапия, при значении 4 решение принимают с учетом опыта хирурга и состояния пациента.
- По шкале TL AOSIS при сумме менее 4 баллов рекомендуют консервативную терапию, при сумме более 5 баллов — хирургическое лечение, при сумме 4 или 5 решение принимают с учетом опыта хирурга и технического оснащения стационара и операционной.
- Консервативное лечение подходит при стабильных повреждениях без неврологического дефицита и выраженной деформации, включая A0–A3 по AOSpine. УДД 2, УУР В.
- Экстренное хирургическое вмешательство рекомендуется при повреждениях типов A3, A4, B1–B3 и C с появлением или нарастанием неврологического дефицита, являющегося проявлением сдавления спинного мозга, конского хвоста или корешков, а также при нестабильности, ликворее, инородных телах и осложненной травме с повреждением ТМО. УДД 5, УУР С.
- В острой ПСМТ поддерживают среднее АД 85–90 мм рт. ст. первые 7 суток; при САД менее 90 мм рт. ст. гипотензию устраняют как можно быстрее. УДД 3, УУР В.

Диагностика

1. Соберите механизм и время травмы, локализацию боли, сроки появления двигательных и чувствительных нарушений; уточните, двигал ли пациент конечностями сразу после травмы, была ли потеря сознания, рвота, амнезия. УДД 5, УУР С.
2. Осматривайте пациента лежа: оцените общий и ортопедический статус, кожу, деформации, следы травмы, напряжение паравертебральных мышц, болезненность и признаки локального повреждения ПДС. УДД 5, УУР С.
3. Пальпацию позвоночника выполняйте крайне осторожно, чтобы не нанести пострадавшему дополнительную травму. УДД 5, УУР С.
4. При травме спинного мозга рекомендуется оценивать неврологический статус по ASIA/ISCSCI. УДД 5, УУР С.
5. Выполните спиральную КТ грудного или поясничного отдела; при сочетанной травме — КТ всех отделов позвоночника. УДД 2, УУР А для КТ при подозрении на ПСТ; УДД 5, УУР С для КТ всех отделов при сочетанной травме.

6. МРТ грудного или поясничного отдела нужна, если данные клиники не соответствуют рентгенологической или КТ-картине, есть сомнения в трактовке исследований либо нужно оценить спинной мозг, корешки, связки, диски, гематомы и другие мягкотканные структуры. УДД 4, УУР С.
7. Если КТ недоступна, выполните рентгенографию грудного или поясничного отдела в прямой и боковой проекциях; при неврологической симптоматике без костных данных и невозможности МРТ — миелографию. УДД 5, УУР С.

Лечение

- На догоспитальном этапе иммобилизируйте пациента с подозрением на травму позвоночника на месте и при транспортировке; используйте жесткий головодержатель и жесткие или вакуумные иммобилизирующие носилки. УДД 5, УУР С.
- При стабильных A0–A3 без неврологического дефицита и выраженной деформации создают условия для консолидации перелома консервативно. УДД 2, УУР В.
- При A1–A2 с кифотической деформацией более 25°, но не более 40° в грудном отделе, и более 10–15° в поясничном отделе без сдавления спинного мозга возможна одномоментная закрытая реклинация; могут применяться вертебропластика, кифопластика и стентирование. Постельный режим — 2–4 недели, тораколюмбосакральная наружная фиксация — 1–3 месяца. УДД 5, УУР С.
- При A1–A2 в стационаре: постельный режим 3–5 дней, ненаркотические анальгетики, физиотерапия, массаж конечностей, ЛФК; ЛФК начинают со второго дня после травмы. После купирования выраженного болевого синдрома — вертикализация и корсет с тремя точками фиксации на 16–24 недели; переломы выше Th6 требуют иммобилизации и шейного отдела позвоночника. УДД 5, УУР С.
- В ОРИТ при острой ПСМТ поддерживают нормоксемию PaO2 >65 мм рт. ст. и SatO2 >93%, нормокапнию PaCO2 35–45 мм рт. ст., pH 7,35–7,45. УДД 5, УУР С.
- Метилпреднизолон при острой ПСМТ не рекомендуется. УДД 5, УУР С.
- При неврологическом дефиците назначают антикоагулянты из группы антитромботических средств. УДД 5, УУР С.
- После хирургического лечения проводят рентгенологический, КТ- или МРТ-контроль. УДД 5, УУР С.
- Начало мероприятий медицинской реабилитации рекомендуется не позднее 48 часов после хирургического лечения. УДД 3, УУР В.

Когда направить и как наблюдать

- Транспортируйте пациента с подозрением на повреждение грудного или поясничного отдела в ближайший профильный стационар с нейрохирургическим, спинальным или вертебрологическим отделением и возможностью высокотехнологичной нейрохирургической помощи. УДД 5, УУР С.
- Госпитализация показана при неосложненной травме A0 с множественными переломами остистых или поперечных отростков либо переломом суставного отростка и выраженной болью; при A1–A2 с выраженной болью; при A3, A4, B1–B3, C; при осложненной травме — при любом типе перелома.
- В ОРИТ или палату интенсивной терапии госпитализируют пациентов с острой осложненной травмой, неосложненной многоуровневой травмой шейного отдела, травмой верхнегрудного отдела до Th6, а также ПСМТ с сочетанными повреждениями. УДД 5, УУР С.
- При консервативной тактике выполняют КТ- или МРТ-контроль через 3, 6 и 12 месяцев, чтобы исключить нарастание кифотической деформации и позднюю компрессию спинного мозга. УДД 5, УУР С.
- После лечения контроль проводят через 4, 8, 12 и 24 месяца: рентгенография грудного или поясничного отдела, при необходимости — другие инструментальные методы; через год после операции проводят анкетирование для оценки результатов лечения. УДД 5, УУР С.

Частые вопросы

Когда при грудо-поясничной травме достаточно консервативного лечения?

Консервативная тактика указана при стабильном повреждении без неврологического дефицита и выраженной деформации, прежде всего при A0–A3 по AOSpine.

Какая визуализация первая при подозрении на перелом грудного или поясничного отдела?

Основной метод — спиральная КТ соответствующего отдела позвоночника. Если КТ недоступна, выполняют рентгенографию в двух проекциях, но она может не показать все костные повреждения.

Когда нужна МРТ при травме грудного или поясничного отдела?

МРТ выполняют при сомнениях в данных КТ или рентгенографии, несоответствии клиники и лучевой картины, необходимости оценить спинной мозг, корешки, связки, диски, гематомы и мягкие ткани. При компрессионной радикулярной или миелорадикулярной симптоматике МРТ помогает выявить травматическую грыжу диска.

Какие углы деформации считаются значимыми для экстренной хирургии при неврологическом дефиците?

В тексте указана выраженная угловая деформация позвоночного столба: свыше 40° в грудном и свыше 25° в поясничном отделе, если есть неврологический дефицит. Эти ситуации входят в показания к экстренному вмешательству.

Как вести гемодинамику и дыхание при острой ПСМТ?

Среднее АД поддерживают на уровне 85–90 мм рт. ст. первые 7 суток, а САД менее 90 мм рт. ст. быстро корректируют. Респираторная цель: PaO2 >65 мм рт. ст., SatO2 >93%, PaCO2 35–45 мм рт. ст., pH 7,35–7,45.

Выжимка сделана по тексту рекомендации и не заменяет его. Полный официальный текст, калькуляторы и сокращённая версия: https://школасеченова.рф/cr/448-perelom-vyvih-grudnogo-i-poyasnichno-krestcovogo-otdela-pozvonochnika. Официальный источник: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/448_4