

КЛІНІЧНИЙ ПЕРЕБІГ ТРАВМ ХРЕБТА І СПИННОГО МОЗКУ

Лукашенко Юрій

Актуальність вивчення клінічного перебігу травм хребта і спинного мозку зумовлена тим, що ці ушкодження належать до найтяжчих у структурі травматизму: вони часто призводять до стійких неврологічних дефіцитів, інвалідизації, тривалої втрати працездатності та суттєвого зниження якості життя. У сучасних умовах зростання кількості дорожньо-транспортних пригод, виробничих і побутових травм, а також воєнних ушкоджень, проблема набуває особливої гостроти (С. Максименко, О. Кокун, Г. Мозгова, І. Візнюк). Клінічний перебіг таких травм є динамічним і стадійним (гострий, ранній, проміжний, пізній періоди), і саме розуміння відмінностей між ними визначає правильність медичної тактики: своєчасність невідкладної допомоги, обсяг нейрохірургічного/ортопедичного втручання, профілактику вторинного ушкодження спинного мозку та попередження ускладнень (інфекційних, трофічних, урологічних, контрактур, хронічного болю тощо). Помилки у первинній оцінці або недооцінка неврологічної симптоматики можуть призвести до необоротного погіршення стану та ускладнити подальшу реабілітацію [1–3].

Мета тези – проаналізувати особливості клінічного перебігу травм хребта і спинного мозку на різних етапах (гострому, ранньому, проміжному та пізньому), визначити провідні симптоми й можливі ускладнення кожного періоду та обґрунтувати їх значення для своєчасної діагностики, вибору лікувальної тактики і планування реабілітації.

Крім медичних наслідків, травма хребта і спинного мозку має виражений соціально-економічний вплив, оскільки потребує тривалого лікування, реабілітаційного супроводу, адаптації життєвого простору та психологічної підтримки пацієнта і сім'ї [1, 2]. Тому дослідження клінічного перебігу є необхідним для вдосконалення алгоритмів ранньої діагностики, прогнозування відновлення функцій, планування реабілітаційних програм і підвищення ефективності міждисциплінарної допомоги (рис. 1).

Гострий період (перші 2–3 доби) – це етап первинного ушкодження та «спинального шоку», коли різко порушується провідність нервових шляхів,

формується набряк і ішемія, через що симптоми часто виглядають максимально вираженими. Клінічно домінують інтенсивний біль, неврологічний дефіцит (слабкість аж до паралічу), сенсорні розлади, а також ранні порушення функцій тазових органів. Важливо, що саме в цей період відбувається уточнення рівня та тяжкості ураження, а рання стабілізація стану визначає подальший прогноз [3].

Періоди перебігу		
Період	Тривалість	Характеристика скарг
Гострий період (2–3 дні)	2–3 дні	Сильний біль в ділянці хребта, невралія, зниження м'язової сили до паралічу, сенсорні розлади, порушення функцій органів малого таза. При сТ ₁ сте спинного мозку симптоми зникають протягом 3–5
Ранній період (2–3 тижні)	2–3 тижні	Синдром повного порушення провідності, в'ялий параліч, втрата рефлексів і чутливості, порушення функцій тазових органів, можливі інфекційні усклад.
Проміжний період (2–3 місяці)	Проміжний період (2–3 місяці)	Часткове ушкодження спинного мозку супроводжується поступовим відновленням функцій; при повном ушкодженні → підвищення м'язового тону. Ушкодження кінського хвоста призводить до іррадіації симптоматичних
Пізній період	Пізній період (> 3 місяці)	Спостерігається відновлення нервової провідності залишкових фрагментів спинного мозку

Рис. 1. Періоди перебігу травм спинного мозку

Ранній період (перші 2–3 тижні). На цьому етапі розгортаються наслідки вторинного ушкодження (прогресування набряку, запалення, порушення мікроциркуляції), тому неврологічний дефіцит може зберігатися або поглиблюватися. Типовими є синдром повного порушення провідності, в'ялий параліч, випадіння рефлексів і чутливості, стійкі дисфункції тазових органів. Період критичний щодо ускладнень (інфекції, порушення дихання, пролежні), тому пріоритетом є профілактика ускладнень і підтримання життєво важливих функцій [1, 2].

Проміжний період (2–3 місяці) – це фаза часткової стабілізації та раннього відновлення, коли зменшується набряк, запускаються компенсаторні механізми й нейропластичність. При неповному ушкодженні можливе поступове повернення рухів і чутливості, формування нових функціональних зв'язків. При повному

ушкодженні частіше спостерігається наростання м'язового тону та поява спастичності, що змінює характер рухових розладів і вимагає корекції. Також ураження «кінського хвоста» може проявлятися стійкими больовими синдромами з іррадіацією, що впливає на реабілітаційну тактику [2, 3].

Пізній період (понад 3 місяці). Він характеризується віддаленими наслідками травми та довготривалим відновленням/адаптацією: частково відновлюється провідність збережених нервових структур, закріплюються компенсаторні навички, формується рівень функціональної самостійності. Водночас саме в цей період стають помітними хронічні проблеми (спастичність, нейропатичний біль, контрактури, стійкі порушення тазових функцій), які потребують системної реабілітації та мультидисциплінарного супроводу. Пізній етап визначає якість життя, тому акцент переноситься на відновлення активності, профілактику вторинних ускладнень і соціальну інтеграцію [1].

Таким чином, клінічний перебіг травм хребта і спинного мозку є поетапним і динамічним процесом: у гострому та ранньому періодах домінують явища первинного й вторинного ушкодження з максимальним неврологічним дефіцитом та високим ризиком ускладнень, тоді як у проміжному й пізньому періодах провідними стають відновлювально-компенсаторні механізми, формування спастичності, хронічного болю та стійких функціональних обмежень. Отже, прогноз і результат лікування визначаються тяжкістю та рівнем ураження, своєчасністю стабілізації й декомпресії (за показаннями), профілактикою ускладнень і безперервною мультидисциплінарною реабілітацією, що має бути адаптована до кожного етапу травми.

Список використаних джерел

1. Kokun O., Vizniuk I., Paikush M., Dolynnyi S., Ordatii N., Karimulin R. Diagnosis of post-traumatic syndrome: functional-vegetative analysis of sensory systems. EMERGENCY MEDICINE, 2024. №20(3). P. 193–202. <https://doi.org/10.22141/2224-0586.20.3.2024.1692>
2. Lukashenko YuI. Dynamics of the efficiency of providing multidisciplinary rehabilitation assistance to victims with spine injuries. Problems of Modern Psychology. 2024;(63):181-198. DOI: 10.32626/2227-6246.2024-63.181-198.
3. Maksymenko S., Vizniuk I., Paikush M., Dolynnyi S., Drachuk M., Karimulin R. Neuropsychological care for patients with spinal cord injuries: a way to comprehensive recovery. EMERGENCY MEDICINE, 2025. №21(6). P. 612–620. <https://doi.org/10.22141/2224-0586.21.6.2025.1934>