

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ДЕРЖАВНЕ ПІДПРИЄМСТВО «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР
МІНІСТЕРСТВА ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ»**

**НАДАННЯ РЕАБІЛІТАЦІЙНОЇ ДОПОМОГИ
ПРИ ТРАВМАХ СПИННОГО МОЗКУ**

КЛІНІЧНА НАСТАНОВА, ЗАСНОВАНА НА ДОКАЗАХ

ЗМІСТ

Склад мультидисциплінарної робочої групи з опрацювання клінічної настанови	9
ПЕРЕЛІК СКОРОЧЕНЬ.....	12
ПЕРЕДМОВА МУЛЬТИДИСЦИПЛІНАРНОЇ РОБОЧОЇ ГРУПИ.....	14
ВСТУП	17
СФЕРА ЗАСТОСУВАННЯ ТА МЕТА	18
ОГЛЯД НАСТАНОВИ	20
РОЗДІЛ 1 - СКЛАДОВІ ІДЕАЛЬНОЇ СИСТЕМИ НАДАННЯ ДОПОМОГИ ПРИ ТСМ.....	21
А. ДОГОСПІТАЛЬНА ТА ЕКСТРЕНА ДОПОМОГА	21
А.1 Вивільнення та транспортування пацієнтів із гострим травматичним ушкодженням хребта	21
А.2 Обстеження та тактика лікування при ушкодженні хребта на догоспітальному етапі	22
А.3 Обстеження на наявність ушкоджень грудного або попереково-крижового відділів хребта.	23
А.4 Коли виконувати та підтримувати повну іммобілізацію хребта	24
А.5 Як виконувати повну іммобілізацію хребта.....	25
А.6 Отримання інформації в умовах лікарні	26
А.7 Обстеження та тактика лікування у відділенні екстреної медичної допомоги.....	26
А.8 Неврологічне обстеження після гострої травми шийного відділу спинного мозку	30
А.9 Запис інформації в умовах лікарні	30
А.10 Час виконання декомпресійного хірургічного втручання (≤ 24 години після травми) для пацієнтів з гострою ТСМ.....	31
А.11 Надання інформації про переведення з відділення екстреної медичної допомоги	31
А.12 Комунікація з третинною ланкою.....	31
В. НАВЧАННЯ ТА ПІДТРИМКА ЛЮДЕЙ ІЗ ТСМ ТА ЇХНІХ РОДИН ПРОТЯГОМ УСЬОГО ЖИТТЯ.....	32
В.1 Надання інформації пацієнтам та членам їхніх родин.....	32
В.2 Інформація та підтримка для пацієнтів, членів родини та доглядальників	32
В.3 Навчання осіб із ТСМ та доглядальників – автономна дисрефлексія	32
В.4 Навчання осіб із ТСМ та доглядальників – догляд за кишківником.....	33
В.5 Підтримка дорослих, які перебувають у вразливому становищі.....	33
С. БЕЗПЕРЕРВНЕ НАВЧАННЯ ФАХІВЦІВ ТА СПІВРОБІТНИКІВ, ЯКІ ПРАЦЮЮТЬ З ОСОБАМИ З ТСМ.....	34
С.1 Навчання та освіта фахівців сфери охорони здоров'я – Пролежні	34
С.2 Навчання та освіта фахівців сфери охорони здоров'я – Сексуальне здоров'я	34

C.3 Навчання та освіта фахівців сфери охорони здоров'я – Емоційне благополуччя	35
C.4 Навчання та освіта фахівців сфери охорони здоров'я – Телереабілітація	35
D. ВІЗУАЛЬНА ДІАГНОСТИКА.....	36
D.1 Загальні рекомендації.....	36
D.2 Візуальна діагностика - Підозра на ТСМ або шийного відділу хребта	36
D.3 Візуальна діагностика – Підозра на ушкодження виключно грудного або попереково-крижового відділу хребта	38
D.4 Діагностика пошкоджень хребетних артерій після непроникаючої травми шийного відділу хребта	38
D.5 Рентгенографічне обстеження пацієнта, який перебуває в свідомості та має симптоми.....	39
D.6 Рентгенографічне обстеження пацієнта з приглушенням або в стані, який не можна оцінити	39
E. РАННЯ ДОПОМОГА В ГОСТРОМУ ПЕРІОДІ	40
E.1 Рання тактика лікування.....	40
E.2 Роль дипломованого дієтолога.....	41
E.3 Оцінювання харчування - Енергетичні потреби в гострому періоді	41
E.4 Профілактика - Попередження виникнення пролежнів під час надання допомоги в гострому періоді.....	41
F. СПЕЦІАЛІЗОВАНА РЕАБІЛІТАЦІЯ	41
F.1 Загальні рекомендації	41
F.2 Оцінювання функціональних результатів після гострої травми шийного відділу спинного мозку.....	42
F.3 Допомога в громаді.....	42
G. РЕАБІЛІТАЦІЯ В ГРОМАДІ	43
G.1 Загальні рекомендації.....	43
G.2 Допомога в громаді	43
H. ПРОФЕСІЙНА РЕАБІЛІТАЦІЯ	44
I. КОМПЛЕКСНЕ ЗДОРОВ'Я ТА БЛАГОПОЛУЧЧЯ.....	44
РОЗДІЛ 2 - ТАКТИКИ ЛІКУВАННЯ УСКЛАДНЕНЬ ПРИ ТСМ	46
J. АВТОНОМНА ДИСРЕФЛЕКСІЯ.....	46
J.1 Артеріальний тиск після ТСМ	46
J.2 Тактика лікування автономної дисрефлексії.....	47
J.3 Автономна дисрефлексія - Сексуальність (рекомендації щодо сексуальної активності вдома)	53

J.4 Автономна дисрефлексія та цистоскопічні (трансуретральні та надлобкові) урологічні процедури та процедури забору сперми, що виконуються в клінічних умовах.....	55
J.5 Автономна дисрефлексія під час вагітності, переймів, пологів та післяпологового періоду ..	56
J.6 Навмисно викликана автономна дисрефлексія (“стимулятори”)	57
J.7 Ортостатична гіпотензія	57
J.8 Порушення терморегуляції - Гіпотермія (температура тіла нижче 35°C/95°F)	58
J.9 Порушення терморегуляції - Гіпертермія (температура тіла вище за 37,8°C).....	58
J.10 Гіпергідроз	59
К. ФУНКЦІОНАЛЬНІ ІНСТРУМЕНТИ ТА РЕСУРСИ ДЛЯ ДОГЛЯДУ ЗА СЕЧОВИМ МІХУРОМ.....	59
K.1 Анамнез пацієнта	59
K.2 Фізикальне обстеження	60
K.3 Щоденник сечовипускання	61
K.4 Уродинамічне обстеження	61
K.5 Інфекція сечовивідних шляхів (ІСШ)	61
K.6 Лікування сечового міхура	63
K.7 Катетери.....	63
K.8 Нефармакологічні методи терапії для поліпшення функції сечового міхура.....	64
K.9 Фармакологічні методи терапії для поліпшення функції сечового міхура.....	64
K.10 Нейрогенна гіперактивність детрузора	65
K.11 Внутрішньоміхурові ін’єкції ботулінічного токсину.....	65
K.12 Планове обстеження сечовивідних шляхів	66
K.13 Консультація уролога.....	67
K.14 Об’єм залишкової сечі після сечовипускання	67
K.15 Сечокам’яна хвороба та гідронефроз	67
K.16 Скринінг раку	68
L. ЗДОРОВ’Я КІСТОК	68
L.1 Оцінювання ризику перелому	68
L.2 Обстеження DXA.....	68
L.3 Профілактика остеопорозу	69
L.4 Лікування остеопорозу	69
М. ІНСТРУМЕНТИ ТА РЕСУРСИ ДЛЯ ЛІКУВАННЯ КИШКІВНИКА	70
M.1 Цілі лікування нейрогенного кишківника	70

M.2 Обстеження дисфункції нейрогенного кишківника	70
M.3 Базова тактика лікування кишківника (БЛК)	71
M.4 Адаптивне обладнання	71
M.5 Дієта, добавки, клітковина, рідина та пробіотики.....	72
M.6 Пероральні лікарські засоби.....	72
M.7 Використання супозиторіїв, клізм та зрошення	73
M.8 Вплив положення та активності на дисфункцію нейрогенного кишківника	73
M.9 Використання функціональної електричної стимуляції	74
M.10 Хірургічне втручання для лікування дисфункції нейрогенного кишківника.....	74
M.11 Тактика лікування медичних ускладнень при нейрогенній дисфункції кишківника	74
M.12 Оцінювання самостійного використання туалету для догляду за кишківником	75
M.13 Навчання пацієнтів із травмою спинного мозку та доглядальників.....	75
M.14 Психосоціальні аспекти захворювання нейрогенного кишківника	76
N. КАРДІОМЕТАБОЛІЧНІ ЗАХВОРЮВАННЯ.....	76
N.1 Корекція компонентів ризику кардіометаболічного захворювання після ТСМ (харчування та фізична активність).....	76
N.2 Фізичні вправи для покращення фізичної форми та кардіометаболічного здоров'я	76
N.3 Оцінювання та корекція харчування	77
N.4 Оцінка харчування для попередження та лікування зайвої ваги і ожиріння	78
N.5 Ожиріння	79
N.6 Артеріальна гіпертензія	79
N.7 Фармакотерапія при артеріальній гіпертензії	79
N.8 порушення рівня глюкози натще, пре-діабет і діабет	80
N.9 Дисліпідемія	80
N.10 Фармакотерапія при дисліпідемії	81
N.11 Діабет - фармакотерапія при дисглікемії, пре-діабеті та діабеті другого типу.....	81
N.12 Баріатрична хірургія при ризиках кардіометаболічних захворювань.....	81
N.13 Нутритивна підтримка після ТСМ.....	81
O. ЕМОЦІЙНЕ БЛАГОПОЛУЧЧЯ.....	82
O.1 Скринінг, обстеження та лікування	82
O.2 Діагностика специфічних розладів: Тривожні розлади	83
O.3 Діагностика специфічних розладів: Великий депресивний розлад (ВДР).....	84

О.4 Діагностика специфічних розладів: розлади, що пов'язані із вживанням психоактивних речовин	85
О.5 Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) та гострий стресовий розлад (ГСР).....	86
О.6 Самогубство	87
Р. НЕЙРОПАТИЧНИЙ БІЛЬ.....	89
Р.1 Біль, пов'язаний із травмою спинного мозку	89
Р.2 Скринінг нейропатичного болю	89
Р.3 Діагностика нейропатичного болю	89
Р.4 Надання допомоги при нейропатичному болю	94
Р.5 Рекомендації щодо лікування нейропатичного болю - терапія першої лінії.....	97
Р.6 Рекомендації щодо лікування нейропатичного болю - терапія другої лінії	98
Р.7 Рекомендації щодо лікування нейропатичного болю - терапія третьої лінії.....	99
Р.8 Рекомендації щодо лікування нейропатичного болю - терапія четвертої лінії.....	99
Р.9 Нефармакологічні види терапії	100
Q. РЕСПІРАТОРНА СИСТЕМА	100
Q.1 Визначення об'єму легень	100
Q.2 Абдомінальний бандаж і стимуляція м'язів черевного преса	100
Q.3 Лікарські засоби для респіраторної функції.....	100
Q.4 Тренування респіраторних м'язів	101
Q.5 Механічна вентиляція вдома	101
R. СЕКСУАЛЬНЕ ЗДОРОВ'Я І СТОСУНКИ. ІНСТРУМЕНТИ ТА РЕСУРСИ.....	101
R.1 Вступні рекомендації	101
R.2 Навчання	102
R.3 Стосунки	103
R.4 Анамнез сексуального життя та обстеження.....	103
R.5 Оптимізація сексуального благополуччя/позитивний образ тіла та чуттєвість.....	104
R.6 Фізичні та практичні міркування - Сечовий міхур	105
R.7 Фізичні та практичні міркування - Кишківник	105
R.8 Фізичні та практичні міркування - Чутливість.....	105
R.9 Фізичні та практичні міркування - Мобільність, спастичність та контрактури	106
R.10 Фізичні та практичні міркування - Цілісність шкіри	106
R.11 Фізичні та практичні міркування - Автономна дисрефлексія.....	106
R.12 Лікування сексуальної дисфункції.....	106

R.13 Фертильність.....	107
R.14 Контрацепція	108
R.15 Вагітність	108
S. ЦІЛІСНІСТЬ ШКІРИ. ІНСТРУМЕНТИ ТА РЕСУРСИ.....	108
S.1 Профілактика - Попередження виникнення пролежнів та мультидисциплінарна команда ..	108
S.2 Попередження виникнення пролежнів - Навчання	109
S.3 Оптимізація мобільності для зниження ризику виникнення пролежнів	109
S.4 Стратегії профілактики пролежнів в аспекті догляду	110
S.5 Перерозподіл тиску та підтримуючі поверхні - Підтримуючі поверхні для крісел колісних та інших сидінь.....	111
S.6 Положення лежачи.....	112
S.7 Підтримуючі поверхні (матрац)	113
S.8 Підтримуючі поверхні для сидіння, включаючи крісла колісні (подушки для сидіння та спинки)	113
S.9 Інші види сидінь.....	115
S.10 Ризик та оцінювання ризику виникнення пролежнів	116
S.11 Оптимізація харчування для особи з пролежнем	116
S.12 Обстеження особи з пролежнем	116
S.13 Обстеження пацієнта - Обстеження та повторне обстеження пролежня.....	117
S.14 Обстеження пацієнта - Обстеження із застосуванням 24-годинного підходу щодо корекції тиску	117
S.15 Повторне обстеження	118
S.16 Принципи лікування пролежня	118
S.17 Створення фізіологічного середовища в рані.....	119
S.18 Некректомія (Debridement)	119
S.19 Перев'язка та лікування ран	119
S.20 Електростимуляція для лікування пролежнів	120
S.21 Хірургічне лікування пролежнів	120
S.22 Оптимізація гематологічних та біохімічних параметрів для загоєння пролежнів	122
S.23 Навчання та освіта фахівців сфери охорони здоров'я.....	123
T. ПРОФІЛАКТИКА ВЕНОЗНОЇ ТРОМБОЕМБОЛІЇ (VTE). ІНСТРУМЕНТИ ТА РЕСУРСИ..	123
T.1 Профілактика тромбозу глибоких вен	123

Т.2 Антикоагулянтні методи профілактики тромбозу - Виявлення в пацієнтів безсимптомного тромбозу глибоких вен	124
Т.3 Діагностика	124
Т.4 Антикоагулянтні методи профілактики тромбозу - На етапі реабілітації.....	124
Т.5 Профілактика ВТЕ в пацієнтів із хронічною ТСМ при повторній госпіталізації	124
U. МОБІЛЬНІСТЬ У КРІСЛІ КОЛІСНОМУ	125
V. ТЕРАПІЯ, ЗАСНОВАНА НА АКТИВНОСТЯХ	127
W. МОБІЛЬНІСТЬ ТА ХОДА	128
X. ВЕРХНЯ КІНЦІВКА.....	128
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	131

Склад мультидисциплінарної робочої групи з опрацювання клінічної настанови

СТРІЛКА Василь Євгенійович	директор Департаменту високотехнологічної медичної допомоги та інновацій, заступник голови робочої групи;
ЄГОРОВА Іванна Іванівна	головний спеціаліст відділу трансплантації та реабілітації у сфері охорони здоров'я Департаменту високотехнологічної медичної допомоги та інновацій;
ДМИТРИШИН Христина Володимирівна	лікарка фізичної та реабілітаційної медицини Національного реабілітаційного центру «Незламні» комунального некомерційного підприємства «Львівське територіальне медичне об'єднання «Багатoproфільна клінічна лікарня інтенсивних методів лікування та швидкої медичної допомоги» (за згодою);
РАЗКЕВИЧ Дмитро Дмитрович	лікар фізичної та реабілітаційної медицини Республіканського центру лікування та реабілітації наслідків нейротравми комунального підприємства «Рівненський обласний госпіталь ветеранів війни» Рівненської обласної ради (за згодою);
ТРИГУБ Роман Ігорович	лікар фізичної та реабілітаційної медицини, старший лейтенант медичної служби медичної служби, старший ординатор відділення раннього реабілітаційного втручання клініки відновлювального лікування та реабілітації Військово-медичного клінічного центру Західного регіону (за згодою);
БІЛЯНСЬКИЙ Олег Юрійович	керівник Національного реабілітаційного центру «Незламні» комунального некомерційного підприємства «Львівське територіальне медичне об'єднання «Багатoproфільна клінічна лікарня» інтенсивних методів лікування та швидкої медичної допомоги», фізичний терапевт, доцент кафедри фізичної терапії та ерготерапії Українського католицького університету (за згодою);
ХУДА Сергій Ігорович	керівник Центру гострої реабілітації, фізичний терапевт відокремленого підрозділу «Лікарня Святого Миколая» комунального некомерційного підприємства «Львівське територіальне медичне об'єднання «Багатoproфільна клінічна лікарня інтенсивних методів лікування та швидкої медичної допомоги» (за згодою);
КУХАРЕВИЧ Руслана Валентинівна	фізична терапевтка комунального підприємства «Рівненський обласний госпіталь ветеранів війни» Рівненської обласної ради (за згодою);
АМЕЛІНА Юлія Андріївна	ерготерапевтка відділення відновлювального лікування клініки відновлювального лікування та реабілітації Військово-медичного клінічного центру Західного регіону, викладачка кафедри фізичної терапії та ерготерапії Українського католицького університету (за згодою);
КРАВЧУК Тетяна Андріївна	ерготерапевтка відділення відновлювального лікування клініки відновлювального лікування та реабілітації Військово-медичного клінічного центру Західного регіону (за згодою);

ПЧОЛКІН Віталій Володимирович	директор громадської організації «Всеукраїнське об'єднання осіб з інвалідністю «Група активної реабілітації» (за згодою);
ВІНТОНЯК Ольга Петрівна	старша медична сестра Центру фізичної та реабілітаційної медицини комунального некомерційного підприємства «Обласна клінічна лікарня Івано-Франківської обласної ради» (за згодою);
РУДАКОВА Наталя Євгенівна	викладач кафедри психічного і фізичного здоров'я комунального закладу вищої освіти Львівської обласної ради «Львівська медична академія імені Андрея Крупинського» (за згодою);
ТРИФОНЮК Лілія Юріївна	доктор філософії (PhD), лікар-уролог вищої категорії Рівненської обласної клінічної лікарні ім. Юрія Семенюка та комунального підприємства «Рівненський обласний протипухлинний центр» Рівненської обласної ради, доцент навчально-наукового інституту охорони здоров'я Національного університету водного господарства та природокористування (за згодою).

Методологічний супровід та інформаційне забезпечення

ГУЛЕНКО Оксана Іванівна	заступник директора Департаменту – начальник управління стандартизації медичної та реабілітаційної допомоги Департаменту стандартів у сфері охорони здоров'я державного підприємства «Державний експертний центр Міністерства охорони здоров'я України», заступник голови робочої групи з методологічного супроводу.
----------------------------	--

Електронну версію документа можна завантажити з Реєстру медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги, що розміщений на сайті Державного підприємства «Державний експертний центр Міністерства охорони здоров'я України» (<https://www.dec.gov.ua/mtd/home/>).

Державний експертний центр Міністерства охорони здоров'я України є членом

Guidelines International Network
(Міжнародна мережа настанов)



Рецензенти:

ВЛАДИМИРОВ Олександр Аркадійович	завідувач кафедри реабілітаційної медицини, фізичної терапії та спортивної медицини Національного університету охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика, доктор медичних наук, професор;
ЛАЗАРЄВА Олена Борисівна	завідувачка кафедри терапії та реабілітації Національного університету фізичного виховання і спорту України, професор

кафедри терапії та реабілітації Національного університету фізичного виховання і спорту України, доктор наук з фізичного виховання та спорту, професор.

Перегляд клінічної настанови заплановано на 2030 рік

ПЕРЕЛІК СКОРОЧЕНЬ

БЛК	базове лікування кишківника
ВДР	великий депресивний розлад
ВТЕ	венозна тромбоемболія
ГСР	гострий стресовий розлад
ДЗР	допоміжні засоби реабілітації
ДТП	дорожньо-транспортна пригода
ІМТ	індекс маси тіла
ІСШ	інфекція сечовивідних шляхів
ІФДЕ	інгібітори фосфодіестерази
ІФДЕ-5	інгібітори 5-фосфодіестерази (PDE5i)
КН	клінічна настанова
КТ	комп'ютерна томографія
КТА	комп'ютерна томографічна ангіографія
ЛЗ	лікарський засіб
МКФ	Міжнародний класифікатор функціонування, обмеження життєдіяльності та здоров'я
МОЗ	Міністерство охорони здоров'я України
МРТ	магнітно-резонансна томографія
МЩКТ	мінеральна щільність кісткової тканини
ПТСР	посттравматичний стресовий розлад
ПТТГ	пероральний тест толерантності до глюкози
TSM	травма спинного мозку
УЗД	ультразвукова діагностика
ФЕС	функціональна електростимуляція
ФРМ	фізична та реабілітаційна медицина
ХС ЛПВЩ	холестерин та ліпопротеїди високої щільності
ASIA (AIS)	Шкала порушень Американської асоціації травми спинного мозку (American Spinal Injury Association)
CAN-SCIP	Canadian Spinal Cord Injury Practice Guidelines
DASH	план харчування для профілактики та лікування артеріальної гіпертензії (Approach to Stopping Hypertension)
DREZ-томія	операція руйнування зони входу задніх корінців
DXA	двоенергетична рентгенівська денситометрія (абсорбціометрія)
FPG	рівень цукру у плазмі крові натще
GCS	Шкала коми Глазго (The Glasgow Coma Scale)
GRASSP	Поетапна перевизначена оцінка сили, чутливості та сприйняття (Graded Redefined Assessment of Strength, Sensibility and Prehension)
HbA1c	глікозильований гемоглобін HbA1c (Hemoglobin A1c)
INR	Міжнародне нормалізоване відношення (International Normalized Ratio)

ISAFSCI	Міжнародні стандарти документування автономної функції у пацієнтів із травмою спинного мозку
ISCI PBDS v2.0	Міжнародний базовий набір даних щодо болю при травмі спинного мозку (International Spinal Cord Injury Basic Pain Data Set)
IS CIP	система класифікації болю Міжнародного товариства спинного мозку (International Spinal Cord Injury Pain)
ISNCSCI	Міжнародний стандарт неврологічної класифікації травми спинного мозку American Spinal Injury Association (ISNCSCI)
ISHT (ICSHT)	Міжнародна класифікація хірургії кисті при тетраплегії (The International Classification for Surgery of the Hand in Tetraplegia)
ISS	Шкала важкості травми (Injury Severity Score)
NICE	Національний інститут охорони здоров'я та вдосконалення клінічної практики Великої Британії
PLISSIT	моделі для проведення обговорення сексуального здоров'я
PWAT	Інструмент оцінювання ран за допомогою фотографій (Photographic Wound Assessment Tool)
PUSH	шкала загоєння пролежнів (Pressure Ulcer Scale for Healing)
SCIM III, IV	показник незалежності при травмі спинного мозку III, IV (Spinal Cord Independence Measure III, IV)
tDCS	транскраніальна стимуляція постійним струмом
TENS	транскутанна електрична стимуляція нервів
TRI/HFT	Тест функції кисті руки Реабілітаційного Інституту Торонто (Toronto Rehabilitation Institute Hand Function Test)

ПЕРЕДМОВА МУЛЬТИДИСЦИПЛІНАРНОЇ РОБОЧОЇ ГРУПИ

Дана клінічна настанова (далі - КН) є адаптованою для системи охорони здоров'я України версією «**Canadian Spinal Cord Injury Practice Guidelines (CAN-SCIP)**» (2022) («Канадська клінічна настанова з травми (ураження) спинного мозку») (<https://scireproject.com/videos-and-toolkits/clinical-practice-guidelines/>), що була обрана робочою групою на основі об'єктивних критеріїв оцінки з використанням міжнародного інструменту – опитувальника з експертизи та оцінки настанов AGREE II, як приклад найкращої практики надання реабілітаційної допомоги пацієнтам із травмою спинного мозку (далі - ТСМ) і ґрунтується на даних доказової медицини стосовно ефективності та безпеки її надання.

Зазначена КН є першою настановою, розробленою для надання доказових рекомендацій для дорослих віком від 18 років із травматичним ураженням спинного мозку на всіх етапах надання медичної та реабілітаційної допомоги протягом життя людини (від періоду надання догоспітальної невідкладної допомоги до надання медичної та реабілітаційної допомоги у гострому, післягострому і довготривалому періодах, охоплює період надання допомоги з догляду в громаді) за участю понад 70 експертів з усієї Канади.

КН «Надання реабілітаційної допомоги при травмах спинного мозку» розроблена відповідно до Методики розробки та впровадження стандартів медичної допомоги на засадах доказової медицини, затвердженої наказом Міністерства охорони здоров'я України від 28 вересня 2012 року № 751 «Про створення та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної та реабілітаційної допомоги в системі Міністерства охорони здоров'я України», зареєстрованим в Міністерстві юстиції України 29 листопада 2012 року за № 2001/22313 (зі змінами).

Адаптація КН передбачає внесення до незмінного тексту оригінальної настанови коментарів робочої групи, у яких відображено можливість виконання тих чи інших положень КН в реальних умовах системи охорони здоров'я України, доступність медичних та реабілітаційних втручань, наявність реєстрації в Україні лікарських засобів, що зазначені в КН, відповідність нормативній базі щодо організації надання медичної та реабілітаційної допомоги.

Нормативні посилання, використані робочою групою в процесі викладення практичних аспектів щодо надання реабілітаційної допомоги при ТСМ:

- Закон України «Про реабілітацію в сфері охорони здоров'я» від 15 грудня 2021 року № 1962-IX;
- Закон України «Про реабілітацію осіб з інвалідністю в Україні» від 06 жовтня 2005 року № 2961-IV;
- Постанова Кабінету Міністрів України «Деякі питання організації реабілітації у сфері охорони здоров'я» від 16 грудня 2022 року № 1462;
- Постанова Кабінету Міністрів України «Питання організації реабілітації у сфері охорони здоров'я» від 03 листопада 2021 року № 1268;

- Постанова Кабінету Міністрів України «Про деякі питання призначення і виплати компенсації фізичним особам, які надають соціальні послуги з догляду без здійснення підприємницької діяльності на професійній основі» від 06 жовтня 2021 року № 1040;
- Наказ Міністерства охорони здоров'я України «Про затвердження Порядку організації надання реабілітаційної допомоги на реабілітаційних маршрутах» від 16 листопада 2022 року № 2083;
- Наказ Міністерства соціальної політики України «Про затвердження Державного стандарту догляду вдома» від 13 листопада 2013 року № 760.

Робоча група дійшла висновку щодо доцільності використання у тексті КН терміну «травма» замість «ураження», оскільки КН, обрана за прототип, значною мірою описує саме порядок дій з надання реабілітаційної допомоги особам при травматичних ураженнях спинного мозку.

КН слугує інформаційним супроводом в якому враховано найкращу практику надання реабілітаційної допомоги при ТСМ та не повинна розцінюватись як стандарт надання реабілітаційної допомоги.

Дотримання положень цієї КН не гарантує успішного результату в кожному конкретному випадку, її не можна розглядати в якості посібника, що включає всі необхідні методи надання реабілітаційної допомоги або, навпаки, виключає інші. Остаточне рішення стосовно вибору конкретних процедур або планів надання реабілітаційної допомоги повинен приймати фахівець з реабілітації з урахуванням клінічного стану пацієнта та можливостей для проведення певних реабілітаційних заходів у закладі охорони здоров'я. КН не відміняє індивідуальної відповідальності лікарів та фахівців з реабілітації за прийняття належних рішень відповідно до обставин та стану конкретного пацієнта, перевірку правил і положень, застосованих до лікарських засобів та медичних виробів, допоміжних засобів до них, чинних на момент призначення.

Ця КН має на меті надання допомоги медичному працівнику та особі з ТСМ у прийнятті раціонального рішення в різних клінічних ситуаціях, є інформаційною підтримкою для підвищення якості практики надання реабілітаційної допомоги на основі доказів ефективності застосування певних медичних технологій, лікарських засобів та організаційних ресурсів надання реабілітаційної допомоги. КН є рекомендаційним документом, у якому враховані найкраща медична та реабілітаційна практика, призначена, в першу чергу, для практикуючих медичних працівників, які надають реабілітаційну допомогу у гострому, післягострому та довготривалому періодах.

Розробка цієї КН зумовлена нагальною потребою у забезпеченні надійними даними та рекомендаціями щодо надання реабілітаційної допомоги при ТСМ в Україні на всіх етапах надання медичної та реабілітаційної допомоги, оскільки наразі відсутні будь-які медико-технологічні документи з даного питання.

КН створена для забезпечення якості, доступності та ефективності надання медичної та реабілітаційної допомоги на засадах доказової медицини на основі

принципів наступництва та безперервності надання реабілітаційної допомоги при ТСМ, для впорядкування та виключення дублювання медичних чи реабілітаційних процедур і втручань, застосування медичних та реабілітаційних технологій, лікарських засобів з науково-доведеною ефективністю.

В умовах воєнного стану та активного ведення на території нашої країни бойових дій, внаслідок яких велика кількість людей отримує ТСМ, особливо важливим є створення медико-технологічних документів, які є підґрунтям для подальшої розробки та впровадження науково-обґрунтованих стандартів і протоколів надання реабілітаційної допомоги при ТСМ на засадах доказової медицини.

Canadian Spinal Cord Injury Practice Guidelines (CAN-SCIP)

ВСТУП

TSM – це складний стан зі значними несприятливими особистими, соціальними та економічними наслідками, що вимагає мультидисциплінарної допомоги на основі доказів. Дослідження оцінюють поширеність TSM у світі в діапазоні від 8 до 246 на мільйон.

В процесі розробки КН було проведено пошук в електронних базах даних охорони здоров'я з метою виявлення англомовних або французькомовних КН у сфері TSM, опублікованих протягом останніх дев'яти років, з конкретними рекомендаціями на основі доказів, що застосовуються до канадської системи охорони здоров'я.

Здійснено пошук у тринадцяти електронних базах даних та індексах охорони здоров'я для виявлення КН з TSM. До них належать, але не обмежуються: PubMed, Medline, Embase, CINAHL та PsycINFO, NCCIH Clearinghouse, Clinical Key, Trip Medical database, DynaMed Plus, Scottish Intercollegiate Guidelines Network, CADTH Grey Matters tool, Guidelines International Network, Physiotherapy Evidence Database Ratings (PEDro).

Ключові слова для пошуку включали: «травму спинного мозку», «дисфункцію спинного мозку», «тетраплегію», «квадриплегію», «параплегію», «пошкодження спинного мозку», «ураження спинного мозку» (включаючи скорочення цих термінів) та «клінічні практичні рекомендації». Критерії включення:

- дорослі (> 18 років);
- КН, опубліковані за останні 9 років (2011–2020);
- 4 або більше авторів;
- написано англійською або французькою мовою;
- конкретні рекомендації, засновані на доказах;
- застосовується до канадських установ охорони здоров'я.

Систематичні огляди та коротші документи, що базуються на доказах, були виключені. Однак списки літератури з ключових документів, що базуються на доказах, були переглянуті, щоб визначити будь-які додаткові консультативні рекомендації для включення. Додаткові консультативні рекомендації, опубліковані до 2011 року, були відібрані для включення лише за тими темами, де після 2011 року було мало додаткових консультативних рекомендацій, опублікованих на певну тему (наприклад, *харчування*).

Систематичний пошук дав 1305 документів на додаток до 33 документів «сірої літератури». З 1338 документів було переглянуто 216 повнотекстових документів, а 48 було відібрано для оцінки. Експерти продовжили перегляд літератури та дізналися, що організація «Paralyzed Veterans of America» перебуває на завершальній стадії написання 3 КН, які мали бути опубліковані у 2020 році. Ці КН були оцінені після початкового набору. Загалом 41 КН відповідала критеріям включення, що містила 925 рекомендацій, які належать до 24 сфер охорони здоров'я.

Для оцінки відповідних КН було використано інструмент з експертизи та атестації настанов AGREE II, який продемонстрував конструктну валідність, міжрейтингову надійність, що було визнано значним позитивним предиктором прийняття рекомендацій.

41 КН, що відповідала критеріям включення, було незалежно оцінено трьома-п'ятьма оцінювачами з експертної групи Can-SCIP. Спостерігалася висока варіабельність якості. 27 КН досягли точності оцінки за домен «Ретельність розробки» >70%. Іншими стандартизованими середніми оцінками за доменами були «Сфера застосування та цілі» - 85,32%, «Залучення зацікавлених сторін» - 65,03%, «Зрозумілість та спосіб представлення» - 84,81%, «Можливість застосування» - 55,55% та «Незалежність розробників» - 75,83%. Узгодженість між експертами була високою (коефіцієнт внутрішньокласової кореляції >0,80). Медіанний бал за доменом «Ретельність розробки» становив 79,17%. 39 КН досягли балу за доменами понад 40%, а 2 КН досягли балу нижче 40%.

На основі оцінок за стандартизованими областями, до КН, які отримали найвищий рейтинг у всіх шести доменах, належать, Wounds Canada Best Practice Recommendations, Evidence-Based Scientific Exercise Guidelines for Adults with SCI, Home Mechanical Ventilation: A Canadian Thoracic Society CPG, CPG for the Management of Patients With Acute SCI: Recommendations on the Type and Timing of Rehabilitation, Management of Neurogenic Bowel Dysfunction in Adults after SCI: CPG for Health Care Providers.

Існує недостатня кількість КН, що спрямовані на спеціалізовану реабілітацію на рівні громади та реінтеграцію в громаду. Крім того, багато КН зосереджені лише на одному порушенні в момент часу в континуумі догляду. Оскільки ТСМ є складним станом, що призводить до поліморбідності та вимагає моніторингу здоров'я і втручання протягом усього життя, необхідні ретельно розроблені КН, які охоплюють високоякісну, мультидисциплінарну комплексну допомогу.

Визнаючи ці проблеми та обмеження, група розробників прагнула сформувати мультидисциплінарну групу експертів із ТСМ для розробки Канадських рекомендацій з найкращих практик лікування ТСМ. Рекомендація Can-SCIP – це перша комплексна рекомендація для дорослих з ТСМ у Канаді, яка адаптує, оновлює та інтегрує 585 рекомендацій з 41 КН.

КН Can-SCIP була розроблена з використанням Циклу адаптації настанов (ADAPTE) (www.adapte.org). У рамках процесу валідації КН Can-SCIP пройшла зовнішнє рецензування визнаними міжнародними експертами в галузі ТСМ, які не брали участі в процесі розробки КН.

СФЕРА ЗАСТОСУВАННЯ ТА МЕТА

Потреба у комплексній КН при ТСМ

Незважаючи на те, що існує велика кількість клінічних досліджень, спрямованих на покращення догляду за пацієнтами, від 30 до 40% з них не отримують належної медичної допомоги, що базується на доказах. Оскільки обсяг

наукових даних швидко зростає, професіоналам у сфері охорони здоров'я важко бути в курсі останніх досліджень та пов'язаних з ними клінічними рекомендаціями у різних сферах допомоги.

КН – це інструменти для покращення охорони здоров'я та допомоги професіоналам у сфері охорони здоров'я у прийнятті клінічних рішень на основі наукових доказів та експертних думок. Найважливішою перевагою КН є потенціал для покращення як якості, так і послідовності медичної допомоги, що надається медичними працівниками, а також результатів лікування пацієнтів. Однак, корисний вплив КН залежить не лише від методологічно ретельного процесу розробки рекомендацій, який включає найкращі доступні докази, але й від успішного впровадження отриманих рекомендацій та пов'язаних з ними інструментів.

Існуючі КН щодо ТСМ зосереджені на конкретних порушеннях (наприклад, цілісність шкіри, лікування кишківника) або на окремому сегменті спектру допомоги (наприклад, догоспітальна допомога, МРТ-діагностика, хірургічне втручання, участь громади). Крім того, чинні КН не враховують усі важливі клінічні питання, які виникають у людей протягом усього шляху надання допомоги. Лише кілька КН містять рекомендації для всіх членів мультидисциплінарної команди, адаптовані до рівня травми та тяжкості травми людини (наприклад, шкала порушення Американської асоціації ураження спинного мозку AIS).

Цільова аудиторія КН

КН Can-SCIP була розроблена з метою інформування професіоналів у сфері охорони здоров'я про практику надання допомоги при ТСМ в широкому спектрі умов.

Основними користувачами даної КН є: пацієнти з ТСМ, родичі та доглядальники, лікарі, фахівці з реабілітації, адміністратори та інші медичні працівники.

Основними користувачами Розділу I «Складові ідеальної системи догляду за пацієнтами з ТСМ» є політики та адміністратори.

Основними користувачами Розділу II «Тактика лікування ускладнень ТСМ» є клініцисти, суміжні надавачі медичних послуг, особи з власним досвідом та доглядальники.

Цільова популяція КН

Цільова група населення – дорослі (віком від 18 до 65 років), які отримали травматичне ураження спинного мозку.

Більшість визначених рекомендацій були отримані з літератури про травматичні ураження спинного мозку; при цьому визнається, що деякі рекомендації, наведені в цій КН, можуть бути застосовні для догляду за особами з ураженнями спинного мозку травматичної або нетравматичної етіології, на заключних етапах надання допомоги, таких як реабілітація та надання допомоги на рівні громади.

Обмеження використання

Зміст цієї КН ґрунтується на наукових знаннях, доступних на момент їхнього завершення (2020 рік), а також на думках експертів, які брали участь у розробці КН. Вибір, відображений у цих КН, не виключає можливості того, що інші підходи або практики також можуть бути обґрунтованими та актуальними. При застосуванні цієї КН професіонали у сфері охорони здоров'я мають завжди покладатися на власне клінічне судження та враховувати інші фактори, наприклад, уподобання пацієнта й доступність ресурсів. Крім того, вони мають завжди поважати правові та нормативні положення регуляторних органів, зокрема, щодо сфер практики та обмежених/захищених видів діяльності, оскільки в різних регіонах вони можуть відрізнятися.

Розробники, автори та партнери не несуть відповідальності за будь-які збитки, претензії, зобов'язання, витрати або обов'язки, що виникають у зв'язку з використанням або неправильним використанням цього матеріалу, включаючи збитки або шкоду, що виникають у зв'язку з будь-якими претензіями, висунутими третьою стороною.

РІВНІ ДОКАЗОВОСТІ

Рівні доказовості використовуються для того, щоб зорієнтувати читача щодо сили кожної окремої рекомендації. Хоча існує багато задокументованих підходів до класифікації рівнів доказовості, у КН використано ширшу систему ранжування доказів, яка також підкреслює силу метааналізів або великих, високоякісних досліджень, що можуть не включати втручання. У застосованій системі ранжування, **рівень А** - найвищий рівень доказовості.

Рівень А - рекомендація підтверджена щонайменше 1 метааналізом, систематичним оглядом або рандомізованим контрольованим дослідженням відповідного розміру з відповідною контрольною групою.

Рівень В - рекомендація підтверджується когортними дослідженнями, які, як мінімум, мають групу порівняння, добре сплановані експерименти з одним суб'єктом або рандомізовані контрольовані дослідження з невеликим розміром вибірки.

Рівень С - рекомендації, що підтримуються переважно думкою експертів, на основі їхнього досвіду, хоча неконтрольовані серії випадків без груп порівняння, які підтримують рекомендації, також відносяться до цього рівня.

ОГЛЯД НАСТАНОВИ

КН Can-SCIP складається з двох розділів:

Розділ І «Складові ідеальної системи догляду за пацієнтами з травмою спинного мозку (ТСМ)» містить рекомендації, зосереджені на типах питань, якими можуть займатися клінічні координатори, адміністратори системи охорони здоров'я та розробники політик: необхідний персонал, вимоги до навчання та те, що необхідно враховувати для структурування та організації різних терапевтичних послуг протягом усієї тривалості.

Розділ II «Тактики лікування ускладнень при травмі спинного мозку (ТСМ)» містить рекомендації, специфічні для ускладнень, пов'язаних із ТСМ, і має на меті надати рекомендації клініцистам першої лінії, суміжним надавачам медичних послуг та клінічним координаторам приклади, які методи лікування рекомендуються. Розподілені за клінічними темами, багато з цих рекомендацій можуть не бути специфічними для місця або етапу, тобто вони можуть виникати впродовж усього спектру реабілітації. Ускладнення ТСМ, представлені в Розділі II, були отримані в результаті процесу національного консенсусу 2017 року.

РОЗДІЛ 1 - СКЛАДОВІ ІДЕАЛЬНОЇ СИСТЕМИ НАДАННЯ ДОПОМОГИ ПРИ ТСМ

А. ДОГОСПІТАЛЬНА ТА ЕКСТРЕНА ДОПОМОГА

А.1 Вивільнення та транспортування пацієнтів із гострим травматичним ушкодженням хребта

Рекомендації

А.1.1 Якщо є безпосередня загроза життю особи, яка потребує швидкого вивільнення, потрібно докласти максимум зусиль, щоб знерухомити хребет та невідкладно надавати допомогу.

(Адаптація NICE 2016, с.8; Рівень В)

А.1.2 Рекомендується оперативно та обережно транспортувати пацієнтів з гострою ТСМ з місця травмування найбільш підходящим доступним транспортом до найближчого закладу охорони здоров'я для надання комплексної медичної допомоги. За можливості рекомендується транспортувати до спеціалізованого закладу лікування гострої ТСМ.

(CNS-TRANSPORT 2013, с.35; Рівень С)

А.1.3 Рятувальникам на місці події необхідно пояснити особі, яка планує самостійно вивільнитися, що якщо вона відчує біль у спині, оніміння, поколювання або слабкість, вона має перестати рухатись і чекати на допомогу.

(Адаптація NICE 2016, с.9; Рівень В)

А.1.4 Коли особа самостійно вивільнилася, допоможіть їй лягти в положення для відновлення в безпечному місці, не на місці інциденту або не біля транспортного засобу.

(Адаптація NICE 2016, с.9; Рівень В)

А.1.5 Коли особа самостійно вивільнилась, необхідно обстежити:

- 1) наявність катастрофічної кровотечі;
- 2) дихальні шляхи з іммобілізацією хребта (за вказівками щодо тактики лікування дихальних шляхів зверніться до настанови Національного інституту охорони здоров'я та вдосконалення клінічної практики Великої Британії (NICE) з важкої травми («Major trauma: assessment and initial management», National Clinical Guideline Centre));
- 3) дихання;
- 4) кровообіг;

5) порушення (неврологічні);

6) небезпеку та середовище.

(Адаптація NICE 2016, с.9; Рівень В)

A.1.6 Не потрібно транспортувати осіб при підозрі на ТСМ на жорсткій дошці для хребта/довгій транспортувальній дошці. Довге лежання на такій жорсткій дошці під час транспортування може призвести до пролежнів, особливо в осіб із ТСМ, в яких немає захисної чутливості.

(Адаптація NICE 2016, с.9; Рівень В)

A.1.7 Час перебування на місці події, повинен бути обмежений лише втручаннями, пов'язаними з порятунком життя.

(Адаптація NICE 2016, с.10; Рівень В)

A.1.8 Оптимальним першим пунктом призначення для пацієнта з ТСМ є центр травматології зі спеціалізованою допомогою при ТСМ. Відповідно, персонал екстреної медичної допомоги, який транспортує пацієнта з підозрою на ТСМ повинен прямувати відразу до такого закладу, якщо це можливо. Втім, якщо пацієнт потребує негайного втручання, що врятує життя, наприклад, швидкої послідовної анестезії та інтубації, яку не можуть виконати команди догоспітальної допомоги, то персонал екстреної медичної допомоги, який транспортує пацієнта, повинен доставити його до найближчого відділення невідкладної допомоги, де можливо здійснити такі втручання.

(Адаптація NICE 2016, с.10; Рівень В)

A.1.9 Персонал екстреної медичної допомоги повинен безпосередньо прямувати до найближчого травматичного відділення, якщо в пацієнта є: підозра на гостре травматичне ураження спинного мозку (з або без пошкодження хребта), повна іммобілізація хребта, а також якщо пацієнт потребує негайного втручання, що врятує його життя (наприклад, швидкої послідовної анестезії та інтубації), яке не можуть виконати команди догоспітальної допомоги.

(NICE 2016, с.10; Рівень В)

A.2 Обстеження та тактика лікування при ушкодженні хребта на догоспітальному етапі

A.2.1 Після прибуття на місце інциденту, потрібно застосувати алгоритм пріоритетного обстеження осіб із підозрою на травму, наприклад, <C>ABCDE:

1) масивна зовнішня/катастрофічна кровотеча;

2) дихальні шляхи із іммобілізацією хребта (для вказівок щодо тактики лікування дихальних шляхів зверніться до настанови Національного інституту охорони здоров'я та вдосконалення клінічної практики Великої Британії (NICE) з важкої травми) (<https://www.nice.org.uk/guidance/ng39/evidence/full-guideline-2308122833>);

3) дихання;

4) кровообіг;

5) порушення (неврологічні);

6) небезпека та середовище.

На всіх етапах обстеження:

- 1) потрібно захистити шийний відділ хребта особи за допомогою мануальної іммобілізації хребта, особливо під час втручання щодо дихальних шляхів та
 - 2) слід уникати руху в інших відділах хребта.
- (NICE 2016, с.8; Рівень С)

A.2.2 Необхідно обстежити особу на наявність ушкоджень хребта, з урахуванням чинників, наведених нижче. Слід перевірити, чи особа:

- 1) має значні травми, що відволікають увагу;
- 2) перебуває у стані алкогольного або наркотичного сп'яніння;
- 3) розгублена або відмовляється контактувати;
- 4) має знижений рівень свідомості;
- 5) має будь-який біль у спині;
- 6) має слабкість рук або ніг (обстеження руху);
- 7) має зміни або відсутня чутливість в руках або ногах (обстеження чутливості);
- 8) має пріапізм (несвідомий або явно виражений у чоловіків);
- 9) має в анамнезі проблеми зі спиною, зокрема операції на хребті або передумови щодо нестабільності хребта.

(Адаптація NICE 2016, с. 5; Рівень С)

A.3 Обстеження на наявність ушкоджень грудного або попереково-крижового відділів хребта

A.3.1 Потрібно обстежити особу із підозрою на ушкодження грудного або попереково-крижового відділів хребта, з урахуванням таких факторів:

- 1) вік 65 років або старше, скаржиться на біль у грудному або попереково-крижовому відділах хребта;
- 2) небезпечний механізм ушкодження (падіння з висоти понад 3 метри; осьове навантаження на голову або куприк, наприклад, падіння на стопи або на сідниці; зіткнення з автотранспортним засобом на високій швидкості; ДТП з перевертанням; використання лише двоточкового поясного ремня безпеки; випадіння з автотранспортного засобу; аварії снігохода, квадроцикла чи гідроцикла; зіткнення з велосипедистом; нещасні випадки під час верхової їзди);
- 3) наявна патологія хребта (тобто анкілозуючий спондилоартрит, дифузний ідіопатичний скелетний гіперостоз (хвороба Форестьє) або наявний остеопороз, або, якщо пацієнт знаходиться в групі ризику остеопорозу, наприклад, через застосування стероїдів);
- 4) підозра на перелом хребта в іншому відділі;
- 5) аномальна неврологічна симптоматика (парестезія, слабкість або оніміння);
- 6) під час обстеження:
 - a) аномальні неврологічні ознаки (моторний або сенсорний дефіцит);
 - b) нова деформація або болючість кісток серединної лінії (при пальпації);
 - c) болючість кісток серединної лінії (при перкусії);

d) біль у зоні серединної лінії або в хребті (під час кашлю);

7) під час мобілізації (сидячи, стоячи, крокуючи, обстежуючи ходу): є біль або аномальна неврологічна симптоматика (зупиніться, за її наявності).

(Адаптація NICE 2016, с. 6; Рівень C)

A.4 Коли виконувати та підтримувати повну іммобілізацію хребта

A.4.1 Персонал екстреної медичної допомоги або рятівники повинні виконати або підтримувати повну іммобілізацію хребта особи, якщо:

1) виявлено фактор високого ризику ушкодження шийного відділу хребта та є показання згідно з канадськими правилами шийного відділу хребта (Canadian C-spine rule) (<https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/194296>) або

2) виявлено фактор низького ризику ушкодження шийного відділу хребта та є показання згідно з канадськими правилами шийного відділу хребта (Canadian C-spine rule) та особа не може активно повернути шию на 45° вліво та вправо або

3) є показання через один або більше зазначених нижче факторів:

a) вік 65 років або старше, скаржитися на біль у грудному або попереково-крижовому відділах хребта;

b) небезпечний механізм ушкодження (падіння з висоти понад 3 метри; осьове навантаження на голову або куприк, наприклад, падіння на стопи або на сідниці; зіткнення з автотранспортним засобом на високій швидкості; ДТП з перевертанням; використання лише двоточкового поясного ремня безпеки; випадіння з автотранспортного засобу; аварії снігохода, квадроцикла чи гідроцикла; зіткнення з велосипедистом; нещасні випадки під час верхової їзди);

c) наявна патологія хребта (тобто анкілозуючий спондилоартрит, дифузний ідіопатичний скелетний гіперостоз (хвороба Форестьє), або наявний остеопороз або якщо пацієнт знаходиться в групі ризику остеопорозу, наприклад, через використання стероїдів;

d) підозра на перелом хребта в іншому відділі;

e) аномальна неврологічна симптоматика (парестезія, слабкість або оніміння).

f) під час обстеження виявлено:

I) аномальна неврологічна симптоматика (моторний або сенсорний дефіцит);

II) нова деформація або болючість кісток серединної лінії (при пальпації);

III) болючість кісток серединної лінії (при перкусії);

IV) біль в зоні серединної лінії або в хребті (під час кашлю);

g) під час мобілізації (сидячи, стоячи, крокуючи, обстежуючи ходу): є біль або аномальна неврологічна симптоматика (за її наявності, потрібно зупинитись).

(Адаптація NICE 2016, с.7; Рівень C)

A.4.2 Не виконуйте або не підтримуйте повну іммобілізацію хребта, якщо:

1) виявлено фактори низького ризику ушкодження шийного відділу хребта, як передбачено канадськими правилами шийного відділу хребта (Canadian C-spine rule) (<https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/194296>);

2) в особи немає жодного з таких факторів:

а) вік 65 років або старше, скаржитися на біль у грудному або попереково-крижовому відділах хребта;

б) небезпечний механізм ушкодження (падіння з висоти понад 3 метри; осьове навантаження на голову або куприк, наприклад, падіння на стопи або на сідниці; зіткнення з автотранспортним засобом на високій швидкості; ДТП з перевертанням; використання лише двоточкового поясного ремня безпеки; випадіння з автотранспортного засобу; аварії снігохода, квадроцикла чи гідроцикла; зіткнення з велосипедистом; нещасні випадки під час верхової їзди);

с) наявної патології хребта (тобто анкілозуючого спондилоартрити, дифузного ідіопатичного скелетного гіперостозу (хвороби Форестьє), або наявного остеопорозу або якщо пацієнт знаходиться в групі ризику остеопорозу, наприклад, через використання стероїдів;

д) підозри на перелом хребта в іншому відділі;

е) аномальної неврологічної симптоматики (парестезії, слабкості або оніміння);

ф) під час обстеження:

I) аномальної неврологічної симптоматики (моторного або сенсорного дефіциту);

II) нової деформації або болючості кісток серединної лінії (при пальпації);

III) болючості кісток серединної лінії (при перкусії);

IV) болю в зоні серединної лінії або в хребті (під час кашлю);

г) під час мобілізації (сидячи, стоячи, крокуючи, при обстеженні ходи): наявність болю або аномальної неврологічної симптоматики (за її наявності, слід зупинитись).

(Адаптація NICE 2016, с.7; Рівень С)

A.5 Як виконувати повну іммобілізацію хребта

A.5.1 Під час іммобілізації хребта потрібно адаптувати спосіб до специфічних обставин конкретної особи. Особливу увагу слід приділяти пацієнтам, які очевидно мали якусь деформацію хребта ще до травми (наприклад, пацієнти з анкілозуючим спондилоартритом), для яких пріоритетом є забезпечення вирівняного положення, яке було зручне до отримання травми.

Використання засобів для іммобілізації хребта може бути складним (наприклад, у осіб з короткою або широкою шиєю або в осіб з деформацією, що існувала до травми) та може не йти на користь (наприклад, посилить біль, погіршить неврологічну клінічну картину). Неконтактним особам або особам у стані збудження або стресу, можливо, варто дозволити самим знайти зручне для себе положення за допомогою мануальної іммобілізації хребта.

(Адаптація NICE 2016, с.8; Рівень B)

A.5.2 Під час здійснення повної іммобілізації хребта у дорослих, потрібно вручну стабілізувати голову на одній лінії з хребтом, відповідно до такого покрокового підходу:

1) потрібно одягнути напівжорсткий комір відповідного розміру, якщо немає таких протипоказань як:

- a) порушення прохідності дихальних шляхів;
- b) відомої деформації хребта, наприклад, анкілозуючий спондилоартрит (у таких випадках доцільно утримувати хребет особи в поточному положенні).
- 2) повторно обстежите дихальні шляхи особи, після одягання коміра;
- 3) розмістіть та зафіксуйте особу на ношах Робертсона;
- 4) зафіксуйте особу за допомогою блоків для голови та ременів, в ідеалі на вакуумному матраці.

(NICE 2016, с.8; Рівень C)

A.6 Отримання інформації в умовах лікарні

A.6.1 Рекомендовано, щоб особи, які надають першу допомогу, знали до кого звертатися в центрі травматології. Потрібно дізнатися, хто є керівником команди з лікування травми до передачі особи, а команда з лікування травми повинна бути готова отримати інформацію.

(Адаптація NICE 2016, с.19; Рівень C)

A.6.2 Догоспітальну документацію, включно із записаною інформацією до поступлення особи, слід надати команді з лікування травми та негайно долучити до медичної картки пацієнта в лікарні.

(Адаптація NICE 2016, с.19; Рівень C)

A.7 Обстеження та тактика лікування у відділенні екстреної медичної допомоги

A.7.1 Після прибуття у відділення екстреної медичної допомоги, слід застосувати протокол пріоритетного обстеження осіб із підозрою на травму:

- 1) катастрофічна кровотеча;
- 2) дихальні шляхи із іммобілізацією хребта (рекомендації щодо тактики лікування дихальних шляхів викладені у настанові Національного інституту охорони здоров'я та вдосконалення клінічної практики Великої Британії (NICE) з важкої травми) (<https://www.nice.org.uk/guidance/ng39/evidence/full-guideline-2308122833>);
- 3) дихання;
- 4) кровообіг;
- 5) порушення (неврологічні);
- 6) небезпека та середовище.

3) дихання;

4) кровообіг;

5) порушення (неврологічні);

6) небезпека та середовище.

На всіх етапах обстеження:

1) потрібно захистити шийний відділ хребта особи за допомогою мануальної іммобілізації хребта, особливо під час втручання щодо дихальних шляхів та

2) уникати руху в інших відділах хребта.

(NICE 2016, с.11; Рівень B)

A.7.2 Рекомендовано захистити шийний відділ хребта особи за допомогою мануальної іммобілізації хребта, особливо під час втручання щодо дихальних

шляхів, та уникати руху в інших відділах хребта або залишити повну іммобілізацію хребта.

(Адаптація NICE 2016, с.11; Рівень В)

A.7.3 Персонал екстреної медичної допомоги та лікарі невідкладної допомоги повинні обстежити особу на наявність травми хребта, якщо особа:

- 1) має будь-які значні травми, що відволікають увагу;
- 2) знаходиться в стані алкогольного або наркотичного сп'яніння;
- 3) має розгубленість або не йде на контакт;
- 4) має знижений рівень свідомості;
- 5) має біль у спині;
- 6) має слабкість рук або ніг (обстеження руху);
- 7) має змінену або відсутню чутливість в руках чи ногах (обстеження чутливості);
- 8) має пріапізм (несвідомий або явно виражений у чоловіків);
- 9) має в анамнезі проблеми зі спиною, зокрема операції на хребті або передумови щодо нестабільності хребта.

(Адаптація NICE 2016, с.11; Рівень В)

A.7.4 Слід здійснити та/або підтримувати повну іммобілізацію хребта у відділенні екстреної медичної допомоги, якщо присутні такі фактори, що наведені нижче або якщо неможливо здійснити обстеження:

- 1) значні травми, що відволікають увагу;
- 2) знаходиться в стані алкогольного або наркотичного сп'яніння;
- 3) має розгубленість або не йде на контакт;
- 4) має знижений рівень свідомості;
- 5) має біль у спині;
- 6) має слабкість рук або ніг (обстеження руху);
- 7) має змінену або відсутню чутливість в руках та/або ногах (обстеження чутливості);
- 8) має пріапізм (несвідомий або явно виражений у чоловіків);
- 9) має в анамнезі проблеми зі спиною, зокрема операції на хребті або передумови щодо нестабільності хребта.

(Адаптація NICE 2016, с.11; Рівень В)

A.7.5 При підозрі на ушкодження шийного відділу хребта: варто обстежити особу із підозрою на ушкодження шийного відділу хребта використовуючи канадське правило шийного відділу хребта (<https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/194296>):

- 1) ступінь ризику особи вважається високим, якщо наявний принаймні один з таких факторів високого ризику:
 - а) вік - 65 років або більше;
 - б) небезпечний механізм ушкодження (падіння з висоти понад 1 метр; осьове навантаження на голову, наприклад, пірнання; зіткнення з автотранспортним засобом на високій швидкості; ДТП з перевертанням; випадіння з

автотранспортного засобу; аварії снігохода, квадроцикла чи гідроцикла; зіткнення з велосипедистом; нещасні випадки під час верхової їзди);

с) парестезія верхніх або нижніх кінцівок;

2) ступінь ризику особи вважається низьким, якщо наявний принаймні один з таких факторів низького ризику:

а) участь у незначному попутному зіткненні автомобіля;

б) зручно перебувати в сидячому положенні;

с) може ходити весь час з моменту отримання травми;

д) відсутні больові відчуття у районі середньої лінії шийного відділу хребта;

е) має віддалені від моменту травми больові відчуття в шиї;

3) ступінь ризику особи залишається низьким, якщо вона:

а) не може повертати шию вправо-вліво на 45° (амплітуду руху шиї можна оцінювати, лише якщо особа має низький ступінь ризику та відсутні фактори високого ризику);

4) немає ризику для особи, якщо вона:

а) має один із низьких факторів ризику, зазначених вище, і

б) може активно повертати шию вправо-вліво на 45°.

(NICE 2016, с.11; Рівень B)

A.7.6 Слід здійснити та/або підтримувати повну іммобілізацію та здійснити запит щодо додаткових обстежень, якщо:

1) виявлено фактор високого ризику ушкодження шийного відділу хребта та є показання згідно з канадськими правилами шийного відділу хребта (Canadian C-spine rule) або

2) виявлено фактор низького ризику ушкодження шийного відділу хребта та є показання згідно з канадськими правилами шийного відділу хребта (Canadian C-spine rule) та особа не може активно повернути шию на 45° вліво та вправо або

3) є показання за наявності одного або більше факторів у пацієнтів із підозрою на ушкодження груднинно-поперекового або шийного відділу хребта:

а) вік 65 років або старше, скаржитися на біль у грудному або попереково-крижовому відділах хребта;

б) небезпечний механізм ушкодження (падіння з висоти понад 3 метри; осьове навантаження на голову або основу хребта, наприклад, падіння на стопи або на сідниці; зіткнення з автотранспортним засобом на високій швидкості; ДТП з перевертанням; використання лише двоточкового поясного ремня безпеки; випадіння з автотранспортного засобу; аварії снігохода, квадроцикла чи гідроцикла; зіткнення з велосипедистом; нещасний випадок під час верхової їзди);

с) наявна патологія хребта (тобто анкілозуючий спондилоартрит, дифузний ідіопатичний скелетний гіперостоз (хвороба Форестьє), або наявний остеопороз, або якщо пацієнт знаходиться в групі ризику остеопорозу, наприклад, через використання стероїдів;

д) підозра на перелом хребта в іншому відділі;

е) аномальна неврологічна симптоматика (парестезія, слабкість або оніміння);

f) під час обстеження:

I) аномальна неврологічна симптоматика (моторний або сенсорний дефіцит);

II) нова деформація або болючість кісток серединної лінії (при пальпації);

III) болючість кісток серединної лінії (при перкусії);

IV) біль в зоні серединної лінії або в спині (під час кашлю);

V) під час мобілізації (сидячи, стоячи, крокуючи, при обстеженні ходи): є біль або аномальна неврологічна симптоматика (за її наявності, слід зупинитись).

(Адаптація NICE 2016, с.11; Рівень B)

A.7.7 Не потрібно виконувати або підтримувати повну іммобілізацію хребта, або відправляти запит на додаткові обстеження, якщо:

1) виявлено фактори низького ризику ушкодження шийного відділу хребта, відповідно до канадського правила шийного відділу хребта (Canadian C-spine rule), немає болю та пацієнт може активно повертати шию вправо-вліво на 45°;

2) в особи немає жодного з таких факторів ризику, зазначених вище як фактори ризику перелому хребта в грудному або поперековому відділі.

(NICE 2016, с.12; Рівень B)

A.7.8 Рентгенографічне обстеження не рекомендується особам, які притомні, не мають симптомів, не відчувають болю або болючості в зоні шиї, не мають ушкодження, яке перешкоджає точному обстеженню, та які можуть пройти обстеження на функціональну амплітуду руху.

(CNS-RADIO 2013, с.54; Рівень A)

A.7.9 Лікарі невідкладної допомоги, які обстежили особу, можуть припинити іммобілізацію шийного відділу без проведення інструментальної діагностики, якщо пацієнт у свідомості й відсутні вказані вище симптоми.

(CNS-RADIO 2013, с.54; Рівень A)

A.7.10 Під час виконання та підтримання повної іммобілізації:

1) необхідно адаптувати її спосіб до специфічних обставин конкретної особи;

2) використання засобів для іммобілізації хребта може бути складним (наприклад, у осіб з короткими або широкими шиями або в осіб з деформацією, що існувала до травми) та може не йти на користь особі (наприклад, посилить біль, погіршить неврологічну клінічну картину). Якщо особа не йде на контакт або перебуває у стані збудження або стресу, то варто дати їй змогу самостійно знайти зручне для себе положення за допомогою мануальної іммобілізації хребта.

3) Під час здійснення повної іммобілізації хребта в дорослих, потрібно вручну стабілізувати голову на одній лінії із хребтом відповідно до такого покрокового підходу:

a) потрібно одягнути напівжорсткий комір відповідного розміру, якщо не має таких протипоказань як:

I) порушення прохідності дихальних шляхів;

II) відомо про деформації хребта, наприклад, анкілозуючий спондилоартрит (у цих випадках нехай хребет особи залишається в поточному положенні).

b) слід повторно обстежити дихальні шляхи особи після одягання коміра;

- с) варто розмістити та зафіксувати особу на ношах Робертсона;
- д) доцільно зафіксувати особу за допомогою блоків для голови та ременів, в ідеалі - на вакуумному матраці.

(Адаптація NICE 2016, с.12; Рівень В)

A.7.11 Пропонуємо фахівцям перемістити особу зі спинної дошки на тверду, оббиту м'якою тканиною поверхню відразу після вивільнення, якщо можливо, проконсультувавшись із кваліфікованим фахівцем охорони здоров'я.

(Адаптація NPUAP 2014, с.9; Рівень С)

A.7.12 Усі мережі травмпунктів повинні мати письмові настанови, що поширюються на всю мережу, щодо невідкладної тактики лікування особи із ТСМ; ці настанови мають бути погоджені із пов'язаним центром лікування ТСМ. Письмові настанови слід оновлювати раз на два роки.

(Адаптація NICE 2016, с.15; Рівень С)

A.8 Неврологічне обстеження після гострої травми шийного відділу спинного мозку

A.8.1 Рекомендуємо фахівцям регулярно використовувати Міжнародні стандарти неврологічної класифікації травм спинного мозку (ISNCSCI) як стандарт неврологічного обстеження при наданні допомоги пацієнтам з гострою ТСМ. ISNCSCI необхідно виконати протягом 24 годин після травмування, а також до і після операції.

(Адаптація CNS-ASSESS 2013; с. 40; Рівень В)

(<https://asia-spinalinjury.org/international-standards-neurological-classification-sci-isncsci-worksheet/>).

***Коментар робочої групи:** аббревіатури AIS та ISNCSCI, використані у тексті КН, слід розуміти, з урахуванням та дотриманням норм чинного законодавства України, зокрема, у додатку 6 до Порядку організації надання реабілітаційної допомоги на реабілітаційних маршрутах (абзац другий пункту чотирьох розділу II), затвердженого наказом Міністерства охорони здоров'я України від 16 листопада 2022 року № 2083, зареєстрованим в Міністерстві юстиції України 02 грудня 2022 року за № 1516/38852, наведено перелік: «Інструменти функціонального оцінювання, необхідні для прийняття рішення щодо направлення пацієнта на наступний етап реабілітаційної допомоги», серед яких використовується: Міжнародний стандарт неврологічної класифікації травми спинного мозку American Spinal Injury Association (ISNCSCI) та Шкала порушень ASIA (AIS). Тому, по тексту КН, під аббревіатурами AIS та ISNCSCI, слід розуміти: Міжнародний стандарт неврологічної класифікації травми спинного мозку American Spinal Injury Association (ISNCSCI) та Шкала порушень ASIA (AIS).*

A.9 Запис інформації в умовах лікарні

A.9.1 При підозрі на ТСМ фахівцям необхідно заповнити Шкалу важкості травми (Injury Severity Score, ISS), записати життєву ємність легень та здатність

кашляти якомога швидше після поступлення у відділення екстреної медичної допомоги. Якщо в особи порушена свідомість або є підозра на черепно-мозкову травму, то також доцільно оцінити її за Шкалою коми Глазго (The Glasgow Coma Scale, GCS).

(Адаптація NICE 2016, с.19; Рівень С)

А.10 Час виконання декомпресійного хірургічного втручання (≤ 24 години після травми) для пацієнтів з гострою TCM

А.10.1 Раннє хірургічне втручання слід виконувати пацієнтам з гострою TCM при всіх рівнях ураження, включно з пацієнтами із центральним спинномозковим синдромом, протягом 24 годин після травми, за умови, що пацієнт стабільний.

(Адаптація DECOM 2017, с.198S; Рівень С)

А.10.2 Рекомендується раннє лікування переломів зі зміщенням.

(CNS-ATCCS 2013, с.195; Рівень С)

А.10.3 Пацієнтам із гострою TCM рекомендується здійснити декомпресію стиснутого спинного мозку.

(Адаптація CNS-ATCCS 2013, с.195; Рівень С)

А.11 Надання інформації про переведення з відділення екстреної медичної допомоги

А.11.1 Для пацієнтів, яких переводять з відділення екстреної медичної допомоги до іншого закладу, слід надати усну та письмову інформацію, яка включає:

- 1) причину переведення;
- 2) місцезнаходження приймаючого закладу та місце пацієнта в межах закладу;
- 3) слід надати інформацію про пов'язаний з ураженням спинного мозку центр (у випадку ураження чи TCM) або відділення, куди буде переведено пацієнта (у випадку ушкодження хребта або при інших ушкодженнях, що потребують більш негайної допомоги);
- 4) прізвище, ім'я та контактні дані особи, яка була відповідальною за пацієнта в приймаючому центрі;
- 5) результати обстеження ISNCSCI, показники життєдіяльності, результати візуалізаційних обстежень та ймовірність виникнення пролежнів;
- 6) прізвище, ім'я та контактну інформацію особи, яка була відповідальною за пацієнта в попередньому медичному закладі.

(Адаптація NICE 2016, с.17; Рівень С)

А.12 Комунікація з третинною ланкою

А.12.1 Керівник команди з лікування TCM, коли прибуває до центру травми особа з підтвердженою TCM або підозрою на це, повинен негайно зв'язатися з черговим спінальним хірургом.

(Адаптація NICE 2016, с.14; Рівень С)

***Коментар робочої групи:** Розділ А описує надання медичної допомоги на догоспітальному та екстреному етапі. Рекомендовано госпіталізувати пацієнтів*

до центрів з уражень спинного мозку, як спеціалізовані заклади у сфері охорони здоров'я, проте, на момент розробки цієї КН в Україні відсутні виокремлені, спеціалізовані заклади охорони здоров'я з надання медичної чи реабілітаційної допомоги при ТСМ. Також відсутні «команди з лікування травми хребта», які надають медичну допомогу виключно особам з ТСМ.

В. НАВЧАННЯ ТА ПІДТРИМКА ЛЮДЕЙ ІЗ ТСМ ТА ЇХНІХ РОДИН ПРОТЯГОМ УСЬОГО ЖИТТЯ

В.1 Надання інформації пацієнтам та членам їхніх родин

В.1.1 Лікуючий лікар, який надає допомогу під час гострого періоду, повинен повідомити пацієнту діагноз до моменту його виписки та чітко задокументувати факт обговорення в його медичну картку для передачі несуперечливої інформації на всіх етапах надання допомоги. Було б доброю практикою, коли лікар здійснював інформування в присутності членів мультидисциплінарної команди, які б могли, за потреби, надати емоційну підтримку пацієнту та його родині.

(Адаптація NICE 2016, с.17; Рівень С)

В.2 Інформація та підтримка для пацієнтів, членів родини та доглядальників

В.2.1 Особам із ТСМ необхідно забезпечити своєчасний доступ до місцевих послуг у форматі «рівний – рівному» та наявних в громаді програм для поліпшення якості життя, участі в житті громади протягом усього життя після травми.

(CAN-SCIP 2020; Рівень С)

В.2.2 Навчання осіб із ТСМ, доглядальників та працівників закладів охорони здоров'я, має проводитися й бути комплексним та пристосованим до потреб усіх рівнів слухачів.

(PVA-NBD 2020, с.454; Рівень С)

В.3 Навчання осіб із ТСМ та доглядальників - автономна дисрефлексія

В.3.1 Після стабілізації стану особи з ТСМ, потрібно проаналізувати з особою, членами родини, близькими та доглядальниками причини епізоду автономної дисрефлексії, щоб навчити їх виявляти чинники, що її викликають, розпізнавати, справлятися та попереджувати виникнення епізодів автономної дисрефлексії в майбутньому:

1) слід скоригувати план лікування для забезпечення розпізнавання та лікування епізодів автономної дисрефлексії у майбутньому, аби попередити невідкладні стани або, в ідеалі, взагалі їх уникнути;

2) під час проведення навчальної програми, варто обговорити з особою автономну дисрефлексію, щоб особа могла мінімізувати ризики, які до неї призводять, могла розпізнати ранній початок та вчасно звернутись за допомогою;

3) потрібно підтримувати розмову та продовжувати навчання пацієнта в рамках щорічного обстеження або під час прийому в медичному закладі;

4) доцільно підготувати та надавати особам із ТСМ, їх родичам чи доглядальникам, кишенькову інформаційну картку/настанови або аркуш із

інструкціями щодо дій або розглянути можливість використання медичного браслета сповіщення.

(CAN-SCIP 2020; Рівень C)

В.4 Навчання осіб із ТСМ та доглядальників – догляд за кишківником

В.4.1 Осіб із ТСМ, а також доглядальників слід навчати базовій програмі лікування кишківника.

(PVA-NBD 2020, с.455; Рівень C)

В.4.2 Потрібно провести навчання щодо можливих ускладнень.

(PVA-NBD 2020, с.455; Рівень C)

В.4.3 За потреби, необхідно розглянути можливість надання підтримки та проведення навчання для доглядальників.

(PVA-NBD 2020, с.455; Рівень C)

В.4.4 Потрібно обговорити питання статевої близькості та аспекти тактики лікування кишківника.

(PVA-NBD 2020, с.455; Рівень C)

В.5 Підтримка дорослих, які перебувають у вразливому становищі

В.5.1 Мультидисциплінарна команда, яка складається зі спеціалістів із професійними знаннями та компетенціями, повинна надавати підтримку дорослим, які перебувають у вразливому становищі (фізично, економічно, соціально або емоційно), особливо малозабезпеченим та тим, які перебувають в складних життєвих обставинах, бездомним, тим, кому бракує соціальної підтримки, тим, хто вже мав серйозні проблеми із ментальним здоров'ям, або тим, хто зазнав нападів або насильства.

(Адаптація NICE 2016, с.16; Рівень C)

В.5.2 Фахівцям слід працювати з членами родин та доглядальниками дорослих осіб, які перебувають у вразливому становищі (фізично, економічно, соціально або емоційно), щоб надати інформацію та підтримку з урахуванням віку, етапу їх розвитку та когнітивних функцій.

(Адаптація NICE 2016, с.16; Рівень C)

В.5.3 Фахівцям доцільно зв'язатися з командою фахівців з ментального здоров'я, якщо пацієнти ще до травми мали психологічний або психіатричний стан, який міг вплинути на їхню травму, або розлад ментального здоров'я, що може вплинути на їхнє самопочуття та догляд за ними в медичному закладі. Підтримка та консультації повинні надаватися з урахуванням доменів компоненту МКФ «Активність та участь».

(Адаптація NICE 2016, с.16; Рівень C)

В.5.4 Для осіб із ТСМ, які перебувають у вразливому становищі (фізично, економічно, соціально або емоційно), необхідно дозволити членам сім'ї та доглядальникам залишатися в медичному закладі для надання відповідної підтримки.

(Адаптація NICE 2016, с.16; Рівень C)

Коментар робочої групи: в Україні діють Центри ментального (психічного) здоров'я у закладах охорони здоров'я, діяльність яких регулюється Наказом Міністерства охорони здоров'я України від 25.10.2024 року № 1796. Фізичну, економічну, соціальну або емоційну підтримку дорослим, які перебувають у вразливому становищі, надають фахівці сфери соціальних послуг.

С. БЕЗПЕРЕРВНЕ НАВЧАННЯ ФАХІВЦІВ ТА СПІВРОБІТНИКІВ, ЯКІ ПРАЦЮЮТЬ З ОСОБАМИ З ТСМ

С.1 Навчання та освіта фахівців сфери охорони здоров'я - Пролежні

С.1.1 Фахівцям сфери охорони здоров'я, які мають знання та досвід лікування пролежнів, рекомендовано провести навчання з профілактики виникнення пролежнів для інших фахівців сфери охорони здоров'я, зокрема з таких тем:

- 1) хто найбільш схильний до ризику розвитку пролежнів;
- 2) як визначити шкоду, заподіяну пролежнем;
- 3) які кроки необхідно вжити для попередження виникнення нових або погіршення стану наявних пролежнів;
- 4) до кого варто у подальшому звертатися для отримання рекомендацій щодо дій у випадках виникнення пролежнів.

(Адаптація NICE PU 2014, с. 385; Рівень В)

С.1.2 Доцільно провести додаткове навчання для фахівців сфери охорони здоров'я, які контактують з будь-ким, у кого є велика ймовірність виникнення пролежнів. Навчання має обов'язково охоплювати такі теми:

- 1) як проводити обстеження стану шкіри та визначати ризик виникнення пролежнів;
- 2) як змінювати положення пацієнта;
- 3) інформація про вироби та обладнання для попередження розвитку пролежнів;
- 4) обговорення питань щодо попередження виникнення пролежнів та їх лікування з пацієнтами та їхніми доглядальниками;
- 5) деталі джерел щодо рекомендацій та підтримки;
- 6) інформацію щодо важливості харчування, пов'язаного із попередженням виникнення пролежнів.

(Адаптація NICE PU 2014, с. 385; Рівень В)

С.2 Навчання та освіта фахівців сфери охорони здоров'я - Сексуальне здоров'я

С.2.1 Фахівцям сфери охорони здоров'я доцільно разом з особою із ТСМ розробити план навчання та лікування в сфері сексуального здоров'я, виходячи з анамнезу її сексуального життя, результатів обстежень та вподобань.

(Адаптація CSCM 2010, с. 309; Рівень С)

С.2.2 Фахівцям варто поінформувати осіб із ТСМ про вплив лікарських засобів, що відпускаються за рецептом (лікарських засобів, що відпускаються без

рецепту та рослинного походження) на сексуальну реакцію та репродуктивну функцію.

(Адаптація CSCM 2010, с. 309; Рівень С)

С.2.3 Фахівці повинні поінформувати осіб із ТСМ про вплив алкоголю, тютюну, інших засобів, а також нездорового харчування та ожиріння на сексуальну реакцію та репродуктивну функцію.

(Адаптація CSCM 2010, с. 309; Рівень С)

С.2.4 Під час консультування особи із ТСМ з питань сексуального здоров'я, фахівцям сфери охорони здоров'я слід враховувати вплив соціально-культурних та релігійних чинників і не робити жодних припущень щодо сексуальності на підставі віку.

(Адаптація CSCM 2010, с. 313; Рівень С)

С.2.5 Варто використовувати професійно схвалені навчальні відеоматеріали та перевірені веб-сайти для проведення навчання з сексуального здоров'я. Установи повинні надати викладачам, які проводять навчання з основ сексуального здоров'я, доступ до цих ресурсів.

(Адаптація CSCM 2010, с. 313; Рівень С)

***Коментар робочої групи:** на момент розробки даної КН в Україні відсутні офіційні ресурси для проведення навчання з основ сексуального здоров'я.*

С.2.6 Фахівцям сфери охорони здоров'я слід забезпечити надання жінкам із ТСМ в пременопаузі інформації про вплив травми на менструацію та обговорити варіанти контрацепції. Якщо менструальні виділення не відновилися через рік після отримання травми, лікарю первинної медичної допомоги необхідно скерувати особу до ендокринолога.

(CAN-SCIP 2020; Рівень С)

С.2.7 Чоловікам із ТСМ слід надати інформацію, що рефлекторна ерекція може бути спричинена як сексуальною стимуляцією, так і несексуальними стимулами.

(Адаптація CSCM 2010, с. 320; Рівень С)

С.3 Навчання та освіта фахівців сфери охорони здоров'я - Емоційне благополуччя

С.3.1 Допомога психолога, який має входити до складу мультидисциплінарної команди, повинна бути доступна під час гострої, стаціонарної та амбулаторної реабілітації.

(CAN-SCIP 2020; Рівень С)

С.4 Навчання та освіта фахівців сфери охорони здоров'я - Телереабілітація

С.4.1 Використовуйте телереабілітацію для попередження та лікування пролежнів у осіб із ТСМ.

(Адаптація PU-ONF 2013, с.192; Рівень А)

D. ВІЗУАЛЬНА ДІАГНОСТИКА

D.1 Загальні рекомендації

D.1.1 У випадках, коли це можливо, для пацієнтів із гострою ТСМ слід проводити МРТ перед хірургічним втручанням для прийняття кращих клінічних рішень. Необхідно запровадити протокол «швидкого» МРТ.

(Адаптація MRI 2017, с. 223S; Рівень С)

D.1.2 Пацієнтам у гострому періоді після ТСМ потрібно проводити МРТ до або після хірургічного втручання для покращення прогнозування неврологічних та функціональних результатів, визначення їх вихідного стану.

(Адаптація MRI 2017, с. 226S; Рівень С)

D.2 Візуальна діагностика - Підозра на ТСМ або шийного відділу хребта

D.2.1 При підозрі на ушкодження хребта слід терміново виконати візуалізацію, а фахівець охорони здоров'я з відповідною підготовкою та навичками повинен негайно інтерпретувати зображення.

(NICE 2016, с.12; Рівень С)

D.2.2 Рекомендовано виконати КТ хребта, якщо:

1) є показання згідно з канадськими правилами шийного відділу хребта (Canadian C-spine rule) або

2) є висока підозра на ушкодження грудного або попереково-крижового відділів хребта, що пов'язана з патологічними неврологічними ознаками або симптомами.

(NICE 2016, с.13; Рівень С)

D.2.3 Для проведення інструментальної візуалізації дорослих пацієнтів (старших 16 років) з черепно-мозковою травмою та підозрою на травму шийного відділу хребта, слід дотримуватися рекомендацій розділу 1.5 настанов NICE з черепно-мозкової травми (https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK552670/pdf/Bookshelf_NBK552670.pdf):

При проведенні обстежень ушкоджень шийного відділу хребта:

1) слід пам'ятати, що КТ, як мінімум, має охоплювати всі ділянки, які викликають занепокоєння або є невизначеними за рентгенівськими або клінічними показниками;

2) варто забезпечити можливість мультипланарного (багатоплощинного) переформатування та інтерактивного перегляду результатів КТ шийного відділу хребта);

3) МРТ показана, якщо є неврологічні ознаки й симптоми, пов'язані з шийним відділом хребта. Якщо є підозра на ушкодження судин (наприклад, зміщення хребців або перелом із залученням поперечних отворів (foramen transversarium), або відростків (lateral processes), або вертебробазиллярний синдром), то для оцінки такого ушкодження можна провести КТ або МРТ-ангіографію судин ший;

4) під час проведення КТ у пацієнтів з черепно-мозковою травмою доцільно планово перевіряти в режимі «кісткове вікно» (bone window) зону потиличного

виростка (condylus occipitalis). Сучасні апарати КТ здатні зробити реконструкцію стандартних знімків голови за кістковим алгоритмом високої роздільної здатності;

5) якщо пацієнт отримав травму через дію високої кінетичної енергії або у пацієнта є ознаки паралічу нижніх черепно-мозкових нервів, слід звернути особливу увагу на зону великого потиличного отвору (foramen magnum). Поки пацієнт знаходиться на столі томографа, за потреби, доцільно провести додаткову візуалізацію з високою роздільною здатністю для фронтального та сагітального переформатування.

6) Критерії проведення КТ шийного відділу хребта у дорослих:

1) якщо дорослий пацієнт отримав черепно-мозкову травму та має будь-який з факторів ризику, зазначених нижче, слід виконати КТ шийного відділу хребта протягом 1 години після виявлення таких факторів ризику;

2) оцінка за Шкалою коми Глазго (The Glasgow Coma Scale, GCS) менше ніж 13 балів під час первинного обстеження;

3) пацієнт був інтубований;

4) простих рентгенівських знімків недостатньо (наприклад, на них не видно бажану область);

5) прості рентгенівські знімки викликають підозру або абсолютно анормальні;

6) терміново потрібно остаточне встановлення діагнозу «ушкодження шийного відділу хребта» (наприклад, перед оперативним втручанням);

7) пацієнту проводять сканування інших ділянок тіла в зв'язку із черепно-мозковою травмою або множинною травмою;

8) пацієнт у свідомості та стабільний, але є клінічна підозра на ушкодження шийного відділу хребта, та наявність будь-яких з наведених нижче факторів:

а) вік - 65 років або більше;

б) небезпечний механізм ушкодження (падіння з висоти понад 1 метр або 5 сходинок; осьове навантаження на голову, наприклад, пірнання; зіткнення з автотранспортним засобом на високій швидкості; ДТП з перевертанням; випадіння з автотранспортного засобу; аварія снігохода, квадроцикла або гідроцикла; зіткнення з велосипедистом);

с) фокальний периферичний неврологічний дефіцит;

д) парестезія верхніх або нижніх кінцівок.

Попередній письмовий рентгенологічний звіт має бути підготовано протягом 1 години після проведення сканування.

При обстеженні амплітуди руху ший:

1) пам'ятайте, що у дорослих, які перенесли черепно-мозкову травму і у яких є клінічна підозра на травму шийного відділу хребта, безпечно обстежити амплітуду руху в ший до візуалізації можна тільки за відсутності факторів високого ризику (див. рекомендації 1.5.8, 1.5.11 і 1.5.12) та за наявності щонайменше 1 з наведених нижче характеристик низького ступеня ризику, якщо пацієнт:

а) потрапив у звичайне попутне зіткнення автомобілів між собою;

б) перебуває в зручному сидячому положенні у відділенні невідкладної допомоги;

с) може ходити весь час з моменту отримання травми;

д) не має больових відчуттів у районі серединної лінії шийного відділу хребта;

е) має віддалені від моменту травми больові відчуття в шії.

(NICE 2016, с.13; Рівень С)

D.3 Візуальна діагностика – Підозра на ушкодження виключно грудного або попереково-крижового відділу хребта

D.3.1 КТ повинна бути першочерговим методом візуалізації при важких травмах або ознаках TCM; у разі відсутності TCM рентген або КТ проводяться за необхідності.

(Адаптація NICE 2016, с.13; Рівень В)

D.3.2 Рекомендовано фахівцям сфери охорони здоров'я проводити візуалізацію усього хребетного стовпа, якщо підтверджено свіжий перелом хребта.

(Адаптація NICE 2016, с.13; Рівень В)

D.4 Діагностика пошкодження хребетних артерій після непроникаючої травми шийного відділу хребта

D.4.1 КТА рекомендується для проведення скринінгу окремих пацієнтів, які отримали тупу травму шийного відділу й відповідають модифікованим критеріям «Денверського скринінгового тесту розвитку» (Denver Developmental Screening Tests), щодо підозри на пошкодження хребетної артерії:

1) латеральний неврологічний дефіцит (який не можна пояснити за даними КТ голови);

2) інфаркт головного мозку за даними КТ;

3) гематома м'яких тканин шії (яка не поширюється);

4) масивна носова кровотеча;

5) анізокорія/синдром Горнера;

6) оцінка за Шкалою коми Глазго (The Glasgow Coma Scale, GCS) <8 за відсутності значущих результатів КТ;

7) перелом шийного відділу хребта;

8) перелом основи черепа;

9) тяжкі переломи кісток лицевої частини черепа (Le Forte II або III);

10) сліди від паску безпеки над ключицею;

11) шум або пульсація в області шії.

(CNS-VERT 2013, с.234; Рівень А)

D.4.2 Не рекомендується проводити ні ангіографію судин спинного мозку, ані мієлографію для оцінювання пацієнтів із TCM без рентгенологічних відхилень (SCIWORA).

(CNS-SCIWORA 2013, с.227; Рівень С)

D.5 Рентгенографічне обстеження пацієнта, який перебуває в свідомості та має симптоми

D.5.1 Якщо пацієнт перебуває в свідомості та має симптоми, то рекомендується провести високоякісну КТ шийного відділу хребта.

(Адаптація CNS-RADIO 2013, с.54; Рівень А)

D.5.2 Якщо можна зробити високоякісні зображення КТ, не рекомендуються звичайна рентгенографія шийного відділу хребта в трьох проекціях.

(CNS-RADIO 2013, с.54; Рівень А)

D.5.3 Якщо немає можливості зробити високоякісну КТ, рекомендується зробити рентген шийного відділу хребта у трьох проекціях (передньо-задній, бічній та одонтоїдній). Згодом, коли з'явиться можливість, необхідно, за потреби, додатково провести КТ, для визначення ділянок, що викликають підозру, або які погано видно на звичайних рентгенівських знімках шийного відділу хребта.

(CNS-RADIO 2013, с.54; Рівень А)

D.5.4 Якщо пацієнт у свідомості, відчуває біль або больові відчуття в області ший та має нормальні зображення КТ високої якості або рентгенівські знімки у трьох проекціях (із додатковою КТ, якщо є показання), то варто взяти до уваги такі рекомендації:

- 1) продовжити іммобілізацію шийного відділу хребта до зникнення симптомів;
- 2) припинити іммобілізацію шийного відділу хребта після отримання рентгену, що свідчить про нормальне динамічне згинання/розгинання;
- 3) припинити іммобілізацію шийного відділу хребта після нормального результату МРТ, отриманого у перші 48 годин після ушкодження (обмежені та суперечливі медичні докази класу II і класу III) або
- 4) припинити іммобілізацію шийного відділу хребта на розсуд лікуючого лікаря.

(CNS-RADIO 2013, с.54; Рівень С)

D.6 Рентгенографічне обстеження пацієнта з приглушенням або в стані, який не можна оцінити

D.6.1 Для пацієнта з приглушенням або в стані, який не можна оцінити, рекомендується спочатку зробити високоякісну КТ, якщо вона доступна.

(Адаптація CNS-RADIO 2013, с.54; Рівень А)

D.6.2 Фахівцям рекомендовано зробити серію рентгенівських знімків шийного відділу хребта в трьох проекціях (передньо-задній, бічній та одонтоїдній), якщо немає змоги зробити КТ-зображення високої якості. Ми рекомендуємо додатково, коли з'явиться можливість, провести КТ, для визначення ділянок, що викликають підозру або які погано видно на звичайних рентгенівських знімках шийного відділу хребта.

(CNS-RADIO 2013, с.54; Рівень А)

D.6.3 Для пацієнта з приглушенням або в стані, який не можна оцінити, із нормальною високоякісною КТ або нормальною серією рентгенівських знімків

шийного відділу хребта у трьох проекціях, потрібно врахувати наступні рекомендації:

- 1) продовжити іммобілізацію шийного відділу хребта до зникнення симптомів;
- 2) припинити іммобілізацію шийного відділу хребта після нормального результату дослідження МРТ, отриманого у перші 48 годин після ушкодження (обмежені або суперечливі медичні докази класу II і класу III), або
- 3) припинити іммобілізацію шийного відділу хребта на розсуд лікуючого лікаря.

(CNS-RADIO 2013, с.54; Рівень С)

D.6.4 Для пацієнта з приглушенням, або в стані, який не можна оцінити, із нормальною високоякісною КТ постійне використання динамічної візуалізації видається таким, що має незначну користь, і тому не рекомендується.

(CNS-RADIO 2013, с.54; Рівень С)

Е. РАННЯ ДОПОМОГА В ГОСТРОМУ ПЕРІОДІ

Е.1 Рання тактика лікування

Е.1.1 Клініцистам слід здійснювати постійний моніторинг осіб із гострою ТСМ шийного відділу хребта у відділенні інтенсивної терапії або у подібному відділенні, що приймає пацієнтів на гострому етапі.

(CAN-SCIP 2020; Рівень С)

Е.1.2 Для пацієнтів із ТСМ, які потребують штучної вентиляції легень, варто розглянути можливість проведення ранньої трахеостомії.

(CAN-SCIP 2020; Рівень В)

Е.1.3 Для пацієнтів із гострим травматичним центральним спинномозковим синдромом, особливо із тяжкими неврологічними дефіцитами, рекомендується лікування у відділенні інтенсивної терапії.

(CNS-ATCCS 2013, с.195; Рівень С)

Е.1.4 Для поліпшення перфузії спинного мозку рекомендується медикаментозне лікування, включаючи кардіологічний, гемодинамічний та респіраторний моніторинг, а також підтримання середнього артеріального тиску на рівні 85-90 мм рт. ст. впродовж першого тижня після травми.

(Адаптація CNS-ATCCS 2013, с.195; Рівень С)

Е.1.5 Рекомендовано здійснення механічної інсуфляції-ексуфляції в якості допоміжної терапії для оцінки ступеня очищення бронхів пацієнтів із гострою ТСМ.

(CAN-SCIP 2020; Рівень В)

Е.1.6 Для поліпшення ортостатичної гіпотензії фахівцям рекомендовано призначати мідодрин гідрохлорид в якості варіанту лікування.

(CAN-SCIP 2020; Рівень В)

***Коментар робочої групи:** на момент розробки КН лікарський засіб за міжнародною непатентованою назвою «Мідодрин гідрохлорид» в Україні не зареєстровано.*

Е.2 Роль дипломованого дієтолога

Е.2.1 На гострому етапі, в умовах надання реабілітаційної допомоги та в громаді, особи з ТСМ повинні мати доступ до дипломованого дієтолога, який розуміється на змінах метаболізму, пов'язаних із ТСМ.

(Адаптація NUTR 2009, с.2; Рівень В)

Е.3 Оцінювання харчування - Енергетичні потреби в гострому періоді

Е.3.1 В гострому періоді після отримання травми дипломований дієтолог повинен оцінити енергетичні потреби шляхом вимірювання витрат енергії. Через денервовану мускулатуру особи з ТСМ мають знижену метаболічну активність. Реальні енергетичні потреби щонайменше на 10% нижче прогнозованих. Для критично хворих пацієнтів більш точною є непряма калориметрія, ніж оцінювання енергетичних потреб.

(Адаптація NUTR 2009, с.14; Рівень А)

Е.4 Профілактика - Попередження виникнення пролежнів під час надання допомоги в гострому періоді

Е.4.1 Після консультації кваліфікованого члена травматологічної команди варто, за першої ж можливості, замінити комір для стабілізації шийного відділу хребта на жорсткий комір для допомоги на гострому етапі.

(Адаптація NPUAP 2014, с.9; Рівень С)

Ф. СПЕЦІАЛІЗОВАНА РЕАБІЛІТАЦІЯ

Ф.1 Загальні рекомендації

Ф.1.1 Спеціалізовані мультидисциплінарні послуги з реабілітації ТСМ повинні бути інтегрованими у первинну, вторинну та третинну ланку системи охорони здоров'я, а також між ними, із встановленими маршрутами скерування та механізмами, що забезпечують перехід між ланками.

(Адаптація ВООЗ 2017, с.13; Рівень С)

Ф.1.2 Всі особи із ТСМ повинні мати можливість скористатися спеціалізованими реабілітаційними послугами третинної ланки. Відповідно до своїх клінічних потреб, особа повинна мати можливість скористатися послугами реабілітації як в громаді, так і в закладі охорони здоров'я.

(ВООЗ 2017, с.17; Рівень С)

Ф.1.3 Спеціалізовану стаціонарну та амбулаторну реабілітаційну допомогу необхідно пропонувати особам із гострою ТСМ тоді, коли вони перебувають у стабільному стані та здатні витримати потрібну інтенсивність реабілітаційної допомоги для досягнення прогнозованих досяжних фізичних, професійних, а також інших, пов'язаних із якістю життя цілей реабілітації.

(Адаптація TIME 2017, с.233S; Рівень С)

Ф.1.4 Тривалість реабілітаційної допомоги повинна ґрунтуватися на індивідуальних досяжних цілях реабілітації, а також залежати від ТСМ (рівень та ступінь важкості травми).

(CAN-SCIP 2020; Рівень C)

F.1.5 Спеціалізовану реабілітаційну допомогу при ТСМ потрібно пропонувати особам, які живуть із хронічним ураженням спинного мозку, коли з'явилися нові досяжні цілі реабілітації.

(CAN-SCIP 2020; Рівень C)

F.1.6 Рекомендується забезпечення своєчасного доступу до повного спектру спеціалізованої реабілітаційної допомоги відповідної інтенсивності на перехідних етапах (тобто, від гострого періоду до післягострого в стаціонарі, від реабілітаційної допомоги у стаціонарі до реабілітаційної допомоги в умовах амбулаторії). Якщо було відведено недостатньо часу на надання спеціалізованої реабілітаційної допомоги, то це суттєво впливає на родину/доглядальників та загалом на розмір витрат на систему охорону здоров'я.

(CAN-SCIP 2020; Рівень C)

F.1.7 Під час надання спеціалізованої реабілітаційної допомоги, за можливості, потрібно задіяти мультидисциплінарну реабілітаційну команду, очолювану лікарем ФРМ; включаючи, але не обмежуючись, психологів, респіраторних терапевтів, фахівців з сексуального здоров'я, медичних сестер, соціальних працівників, рекреаційних терапевтів, терапевтів мови та мовлення, наставників «рівний-рівному», спеціалізованих фізичних терапевтів та ерготерапевтів.

(CAN-SCIP 2020; Рівень C)

***Коментар робочої групи:** в Україні відсутні такі спеціальності та спеціалісти: «респіраторні терапевти», «фахівці з сексуального здоров'я», «рекреаційні терапевти», «спеціалізовані фізичні терапевти». А термін «медичні сестри» слід розуміти в даному розділі як «сестри медичні/брати медичні з реабілітації», відповідно до норм чинного законодавства України.*

F.2 Оцінювання функціональних результатів після гострої травми шийного відділу спинного мозку

F.2.1 Показник незалежності осіб із ТСМ IV (The Spinal Cord Independence Measure IV, SCIM IV) - рекомендований інструмент оцінювання функціональних результатів для фахівців, що займаються обстеженням, наданням допомоги та подальшим спостереженням пацієнтів із ТСМ.

(Адаптація CNS-ASSESS 2013; с. 40; Рівень A)

F.2.2 SCIM IV слід заповнювати при поступленні та виписці пацієнта з реанімаційного відділення або реабілітаційного відділення в громаду.

(CAN-SCIP 2020; Рівень C)

F.3 Допомога в громаді

F.3.1 Особи із ТСМ повинні мати своєчасний доступ до місцевих послуг підтримки в форматі «рівний – рівному» та програм в громаді для поліпшення якості життя, участі в житті громади протягом усього життя після травми.

(CAN-SCIP 2020; Рівень C)

F.3.2 Під час ведення пацієнта потрібно обстежити членів родини та доглядальників на наявність надмірного стресу та вигорання і, за потреби, надати їм підтримку.

(CAN-SCIP 2020; Рівень C)

G. РЕАБІЛІТАЦІЯ В ГРОМАДІ

G.1 Загальні рекомендації

G.1.1 Клініцистам слід здійснювати регулярне та доступне мультидисциплінарне спостереження для визначення прогресу в досягненні функціональних цілей.

(CAN-SCIP 2020; Рівень C)

G.1.2 Медичним працівникам слід допомагати особам із TCM у створенні механізмів для регулярного оцінювання опорних поверхонь, з метою профілактики утворення та лікування пролежнів.

Варто проводити періодичні медичні обстеження, принаймні кожні два роки або частіше, якщо трапляється щось із наведеного нижче:

- 1) зміна стану здоров'я, зокрема зміна ваги або медичні зміни;
- 2) зміна функціонального стану;
- 3) зношування або несправність технічних засобів;
- 4) виникнення пролежнів;
- 5) зміни в життєвій ситуації.

(Адаптація PU-ONF 2013, с. 127; Рівень C)

G.1.3 Варто проводити заміну засобів для сидіння та підтримуючих поверхонь, згідно рекомендацій виробника або оцінки фахівця з допоміжних технологій або ерготерапевта, у випадку, якщо технічні засоби мають будь-які ознаки пошкодження, включаючи, але не обмежуючись, зношування, тріщини, просідання.

(Адаптація PU-ONF 2013, с.127; Рівень C)

G.2 Допомога в громаді

G.2.1 Професійні доглядальники, які здійснюють догляд за особами з TCM, мають пройти навчання за напрямом «TCM», принаймні щодо кращих практик онлайн або очно. Осіб із TCM потрібно навчити якнайкраще доглядати за собою.

(CAN-SCIP 2020; Рівень C)

G.2.2 Особи із TCM повинні мати своєчасний доступ до місцевих послуг підтримки в форматі «рівний – рівному» та програм в громаді для поліпшення якості життя, участі в житті громади протягом усього життя після травми.

(CAN-SCIP 2020; Рівень C)

G.2.3 Під час ведення пацієнта потрібно обстежити членів родини та доглядальників на наявність надмірного стресу та вигорання і, за потреби, надати їм підтримку.

(CAN-SCIP 2020; Рівень C)

Коментар робочої групи: поняття «професійні доглядальники» відсутнє у нормативно-правових актах України, а використовується поняття «надавачі соціальних послуг з догляду на професійній основі» відповідно до норм постанови Кабінету Міністрів України «Про деякі питання призначення і виплати компенсації фізичним особам, які надають соціальні послуги з догляду без здійснення підприємницької діяльності на професійній основі» від 06 жовтня 2021 року № 1040. Соціальна послуга «Догляд вдома», яка визначена у наказі Міністерства соціальної політики України – є Державним стандартом догляду вдома (наказ від 13 листопада 2013 року № 760 зареєстрований в Міністерстві юстиції України 22 листопада 2013 року за № 1990/24522).

В Україні на момент розробки даної КН відсутнє навчання – «фахівець з ТСМ» як для фахівців у сфері реабілітації, так і для соціальних працівників.

Н. ПРОФЕСІЙНА РЕАБІЛІТАЦІЯ

Н.1.1 Особам із ТСМ необхідно надавати інформацію про служби працевлаштування під час проходження реабілітації.

(CAN-SCIP 2020; Рівень С)

Н.1.2 Особам, які отримали ТСМ понад два роки тому і мають тяжкі обмеження ходи, постійно користуються кріслом колісним або живуть самі, варто розглянути можливість подачі заявки на службову собаку для поліпшення інтеграції та участі в навчанні та зайнятості.

(CAN-SCIP 2020; Рівень В)

І. КОМПЛЕКСНЕ ЗДОРОВ'Я ТА БЛАГОПОЛУЧЧЯ

І.1.1 Рекомендовано, щоб особи із ТСМ, які живуть у громаді, мали вільний доступ до мультисциплінарної команди фахівців із розподіленими обов'язками, які можуть забезпечити надання допомоги (наприклад, первинна медична допомога, фізична та реабілітаційна медицина, урологія, респіраторна терапія, ерготерапія, фізична терапія, психологія, соціальна робота, рекреаційна терапія тощо).

(CAN-SCIP 2020; Рівень С)

Коментар робочої групи: у кваліфікаційних характеристиках та професійних стандартах України фахівці з «респіраторної терапії» та «рекреаційної терапії» відсутні і відсутні такі види терапій. Стаття 10 Закону України «Про реабілітацію у сфері охорони здоров'я» передбачає, що фахівцями з реабілітації є: 1) лікарі фізичної та реабілітаційної медицини; 2) фізичні терапевти; 3) ерготерапевти; 4) терапевти мови і мовлення; 5) протезисти-ортезисти; 6) психологи, психотерапевти; 7) сестри медичні з реабілітації; 8) асистенти фізичних терапевтів та ерготерапевтів.

У статті 20 зазначеного вище Закону визначено, що реабілітація у сфері охорони здоров'я – це комплекс заходів, що здійснюють фахівці з реабілітації, які працюють в реабілітаційних закладах, відділеннях, підрозділах, а також у

територіальних громадах, у складі мультидисциплінарної реабілітаційної команди або самотійно, надають реабілітаційну допомогу особі з обмеженнями повсякденного функціонування (або такої, у якій можуть виникнути обмеження повсякденного функціонування) з метою досягнення та підтримання оптимального рівня функціонування та якості життя у її середовищі.

I.1.2 Усі фахівці сфери охорони здоров'я повинні використовувати технології телемедицини/дистанційного консультування, е-здоров'я (тобто електронне консультування, віртуальні прийоми) та мобільні клініки для надання своєчасного та рівноправного доступу до допомоги, та сприяти уникненню можливих тривалих переїздів до амбулаторій для всіх осіб із ТСМ, якщо це дозволено характером клінічної проблеми.

(CAN-SCIP 2020; Рівень C)

I.1.3 Надавачі первинної медичної допомоги та/або лікарі ФРМ повинні щорічно проводити комплексне профілактичне обстеження стану здоров'я усіх осіб із хронічними наслідками травми.

(CAN-SCIP 2020; Рівень C)

Коментар робочої групи: Розділ I КН, в частині визначення реабілітаційних періодів та процедур надання реабілітаційної допомоги на різних рівнях медичної допомоги, варто розглядати та тлумачити, виходячи з положень норм чинного законодавства України, оскільки у самому розділі відсутня чітка система розмежування надання реабілітаційної допомоги у різних реабілітаційних періодах та на різних рівнях медичної допомоги, а саме норм статтей 27 та 28 Закону України «Про реабілітацію у сфері охорони здоров'я», наказу Міністерства охорони здоров'я України від 16 листопада 2022 року № 2083 «Про затвердження Порядку організації надання реабілітаційної допомоги на реабілітаційних маршрутах», зареєстрованого в Міністерстві юстиції України від 02 грудня 2022 року за № 1516/38852 (а саме - Додаток I «Реабілітаційний маршрут при травмах спинного мозку»), постанови Кабінету Міністрів України від 16 грудня 2022 року № 1462 «Деякі питання організації реабілітації у сфері охорони здоров'я». У статті 26 Закону України «Про реабілітацію у сфері охорони здоров'я» визначено, що гострий реабілітаційний період - це період реабілітації, який починається з моменту виникнення та/або виявлення обмеження повсякденного функціонування внаслідок розвитку гострого стану здоров'я. Протягом цього періоду особі надається медична допомога та починає надаватися реабілітаційна допомога.

Післягострий реабілітаційний період починається з моменту, коли відповідно до клінічного протоколу за медичними показаннями особа не потребує цілодобового догляду лікаря-спеціаліста або при первинному діагностуванні стану здоров'я з хронічним перебігом після здійснення повного обсягу діагностичних заходів відповідно до клінічного протоколу та встановлення діагнозу захворювання (стану

здоров'я), який є причиною або може призвести до обмеження повсякденного функціонування.

Довготривалий реабілітаційний період починається при виявленні обмеження повсякденного функціонування або стійкого обмеження життєдіяльності, або при хронічному перебігу хвороби, що прогресує та потребує реабілітації для досягнення та підтримки оптимального функціонування особи. Реабілітаційна допомога високого обсягу має надаватися періодично з метою підтримки оптимального функціонування особи.

А у статті 27 Закону України «Про реабілітацію у сфері охорони здоров'я» зазначено, що реабілітаційна допомога надається на первинному, спеціалізованому рівнях медичної допомоги. Координація руху пацієнтів з питань надання реабілітаційної допомоги між рівнями медичної допомоги здійснюється відповідно до індивідуального реабілітаційного плану. Крім того, в цій статті зазначається, що на первинному рівні медичної допомоги забезпечується надання реабілітаційної допомоги низького обсягу в амбулаторних умовах: фахівцями з реабілітації, які надають реабілітаційну допомогу самостійно в амбулаторних умовах або у вигляді домашньої реабілітації в післягострому та довготривалому реабілітаційних періодах; фахівцями з реабілітації, які працюють у територіальних громадах, реабілітаційних закладах, відділеннях та підрозділах, що надають реабілітаційну допомогу згідно із законодавством протягом довготривалого реабілітаційного періоду; лікарями, які надають первинну медичну допомогу та координують процес скерування пацієнтів. В частині третій цієї статті встановлюється, що на спеціалізованому рівні медичної допомоги забезпечується надання реабілітаційної допомоги в гострому, післягострому та довготривалому реабілітаційних періодах у стаціонарних та амбулаторних умовах: мультидисциплінарними реабілітаційними командами, які працюють у палатах гострої реабілітації закладів охорони здоров'я та/або в мобільному режимі в гострому реабілітаційному періоді мультидисциплінарними реабілітаційними командами, які працюють у стаціонарних реабілітаційних закладах, відділеннях, підрозділах у післягострому та довготривалому реабілітаційних періодах; мультидисциплінарними реабілітаційними командами, які працюють в амбулаторних реабілітаційних закладах, відділеннях, підрозділах у післягострому та довготривалому реабілітаційних періодах; фахівцями з реабілітації, які надають реабілітаційну допомогу самостійно відповідно до індивідуального реабілітаційного плану в амбулаторних умовах або у вигляді домашньої реабілітації в післягострому та довготривалому реабілітаційних періодах.

РОЗДІЛ 2 - ТАКТИКИ ЛІКУВАННЯ УСКЛАДНЕНЬ ПРИ ТСМ

J. АВТОНОМНА ДИСРЕФЛЕКСІЯ

J.1 Артеріальний тиск після ТСМ

Рекомендації

J.1.1 Слід пам'ятати, що порівняно з більшістю населення, особи з TCM можуть мати наступні відмінності в систолічному артеріальному тиску:

1) у положенні лежачи на спині в стані спокою у дорослих із рівнем травми T1 або вище, швидше за все, буде низький артеріальний тиск (середній систолічний артеріальний тиск - приблизно 110 мм рт.ст.)

2) у положенні сидючи в стані спокою у дорослих із рівнем травми T6 або вище, швидше за все, буде низький кров'яний тиск (середній систолічний артеріальний тиск - приблизно 100 мм рт.ст.)

3) зміни артеріального тиску, пов'язані із віком (наприклад, у дітей та осіб старшого віку), можуть відрізнятися.

(PVA-AD 2020, с. 640; Рівень C)

J.2 Тактика лікування автономної дисрефлексії

Рекомендації

J.2.1 У осіб із TCM на рівні T6 або вище, можуть спостерігатися ознаки та симптоми автономної дисрефлексії включаючи:

1) підвищений систолічний артеріальний тиск на 20 мм рт. ст. і вище від звичного рівня артеріального тиску у дорослих;

2) головний біль, що починається раптово;

3) можлива брадикардія або тахікардія;

4) серцеві аритмії, фібриляція передсердь, передчасне скорочення шлуночків та порушення атріовентрикулярної провідності;

5) профузне потовиділення та/або почервоніння шкіри, як правило, обличчя, шиї та плечей або, можливо, нижче рівня травми;

6) пілоерекція («гусяча шкіра») вище або, можливо, нижче рівня травми;

7) розмитість зору та/або плями в полі зору особи;

8) закладеність носа;

9) відчуття занепокоєння або тривоги;

10) незначні або зовсім відсутні симптоми, окрім підвищення артеріального тиску.

(Адаптація PVA-AD 2020, с. 640; Рівень C)

J.2.2 Варто пам'ятати, що автономна дисрефлексія може проявитися мінімальними симптомами або без них (безсимптомна автономна дисрефлексія або наявність когнітивних/вербальних обмежень комунікації), незважаючи на значне підвищення артеріального тиску. (PVA-AD 2020, с. 640; Рівень C)

J.2.3 Потрібно перевіряти артеріальний тиск особи.

(PVA-AD 2020, с. 640; Рівень C)

J.2.4 Якщо наявні симптоми та ознаки автономної дисрефлексії, але артеріальний тиск не підвищений, і причину не виявлено, доцільно скерувати особу до відповідного консультанта, залежно від симптомів.

(PVA-AD 2020, с. 640; Рівень C)

J.2.5 Якщо діагностовано автономну дисрефлексію, потрібно визначити тригер(и) для коригування артеріального тиску.

(PVA-AD 2020, с. 640; Рівень В)

J.2.6 Якщо артеріальний тиск підвищений, негайно слід перевести особу в сидяче положення та опустити ноги, якщо це можливо.

(PVA-AD 2020, с. 640; Рівень В)

J.2.7 Варто контролювати артеріальний тиск та пульс часто (кожну 1-2 хвилини) до стабілізації стану особи.

(PVA-AD 2020, с. 640; Рівень В)

J.2.8 Послабте будь-який одяг або стискаючі пристрої.

(PVA-AD 2020, с. 640; Рівень В)

J.2.9 Слід уточнити, чи приймала особа нещодавно вазопресор або антигіпотензивний лікарський засіб.

(PVA-AD 2020, с. 640; Рівень С)

J.2.10 Доцільно зробити швидке обстеження для виявлення інших причин, починаючи із сечовидільної системи.

(PVA-AD 2020, с. 640; Рівень В)

J.2.11 Якщо немає постійного сечового катетера, то проведіть катетеризацію.

(PVA-AD 2020, с. 640; Рівень С)

J.2.12 Якщо до катетеризації спостерігається підвищений артеріальний систолічний тиск 150 мм рт. ст. або вище, варто розглянути можливість застосування лікарських засобів швидкої та короткотривалої дії для зниження систолічного артеріального тиску, не спричиняючи гіпотензії.

(PVA-AD 2020, с. 640; Рівень С)

J.2.13 Слід розглянути можливість застосування гіпотензивного лікарського засобу швидкої та короткотривалої дії (наприклад, нітрогліцеринової мазі, ніфедипіну, гідралазину або клонідину під язик).

(PVA-AD 2020, с. 640; Рівень С)

Коментар робочої групи: на момент розробки даної КН лікарський засіб з міжнародною непатентованою назвою «Нітрогліцерин» (*Glyceryl trinitrate*) у лікарській формі мазі в Україні не зареєстровано.

Лікарський засіб з міжнародною непатентованою назвою «Гідралазину гідрохлорид» (*Hydralazini hydrochloridum*) в Україні не зареєстровано.

В Україні медична допомога пацієнтам з артеріальною гіпертензією надається відповідно до Уніфікованого клінічного протоколу первинної та спеціалізованої медичної допомоги «Гіпертонічна хвороба (артеріальна гіпертензія)», затвердженого Наказом Міністерства охорони здоров'я України від 12 вересня 2024 року № 1581.

J.2.14 Перш ніж застосовувати нітрогліцеринову мазь або інший лікарський засіб, що містить нітрати, спочатку слід з'ясувати, чи не приймала особа нещодавно інгібітор фосфодіестерази типу 5 (ІФДЕ-5).

(PVA-AD 2020, с. 640; Рівень В)

J.2.15 Перед введенням катетера рекомендовано ввести в уретру 2% лідокаїновий гель (якщо він є в безпосередній наявності в приміщенні, де особу наразі лікують) і зачекати приблизно 5 хвилин, якщо це можливо.

(PVA-AD 2020, с.641; Рівень С)

J.2.16 Слід уникати тиску на сечовий міхур (маневр Креде) або надлобкового постукування, оскільки це може призвести до загострення автономної дисрефлексії.

(PVA-AD 2020, с.641; Рівень С)

J.2.17 Якщо в особи постійний або надлобковий сечовий катетер (цистостома), потрібно перевірити систему по всій довжині на вигини, згинання, перетискання, слід перевірити, чи не переповнений мішок для збору сечі, а також потрібно пересвідчитися, що правильно вставлено катетер. Якщо виявлено проблему, її слід виправити негайно.

(Адаптація PVA-AD 2020, с.641; Рівень С)

J.2.18 Якщо немає проблем із трубками, мішком для збору сечі або розміщенням катетера, але артеріальний тиск все ще підвищений, необхідно акуратно промити сечовий міхур невеликою кількістю (10-15 куб. см) рідини, наприклад, фізіологічним розчином температури тіла, щоб визначити, чи не забився катетер. Для дітей молодше двох років необхідно обмежити промивання 5-10 куб. см. Не слід продовжувати подавати рідину до сечового міхура або намагатися промити сечовий міхур, якщо рідина не витікає з катетера, оскільки це призведе лише до більшого розтягнення сечового міхура та підвищення кров'яного тиску.

(PVA-AD 2020, с.641; Рівень С)

J.2.19 Якщо катетер забився, витягніть його й замініть.

(PVA-AD 2020, с.641; Рівень С)

J.2.20 Якщо у пацієнта-чоловіка в анамнезі були проблеми із катетеризацією, варто розглянути можливість використання катетера з вигнутим наконечником (катетер Coudé) або додатково отримати консультацію у лікаря-уролога.

(PVA-AD 2020, с.641; Рівень С)

J.2.21 Перед заміною катетера слід розглянути можливість введення в уретру або надлобковий канал 2% лідокаїнового гелю (якщо він є в наявності) та зачекати 3-5 хвилин, якщо це можливо.

(PVA-AD 2020, с.641; Рівень С)

J.2.22 Якщо виникають складнощі із видаленням або заміною катетера, окрім нанесення лідокаїнового гелю, доцільно розглянути можливість призначення нового або посилення попереднього фармакологічного лікування та отримання невідкладної консультації лікаря-уролога.

(PVA-AD 2020, с.641; Рівень С)

J.2.23 Під час дренажу сечового міхура слід контролювати артеріальний тиск особи.

(PVA-AD 2020, с.641; Рівень C)

J.2.24 Якщо гострі симптоми автономної дисрефлексії не проходять, включно з підвищеним артеріальним тиском, може бути підозра на калове закупорення (fecal impaction).

(PVA-AD 2020, с.641; Рівень B)

J.2.25 Якщо систолічний тиск залишається підвищеним (150 мм рт. ст. або вище), варто розглянути можливість фармакологічного лікування перед тим, як вкласти особу для перевірки на калове закупорення (fecal impaction).

(PVA-AD 2020, с.641; Рівень C)

J.2.26 Якщо є підозра на калове закупорення (fecal impaction), варто перевірити наявність калу в прямій кишці за такою процедурою:

- 1) премедикація лікарським засобом;
- 2) рукою в рукавичці рясно ввести місцевий анестетик (наприклад, 2% лідокаїновий гель) в пряму кишку;
- 3) за можливості, варто зачекати 3-5 хвилин, щоб чутливість цієї ділянки зменшилася;
- 4) після цього рекомендовано ввести змащений палець в рукавичці в пряму кишку та перевірити наявність калових мас;
- 5) за наявності калових мас, акуратно виведіть їх, якщо це можливо.

(PVA-AD 2020, с.641; Рівень B)

J.2.27 Якщо симптоми автономної дисрефлексії погіршуються або кал неможливо видалити, слід припинити мануальну евакуацію та застосувати фармакологічне або додаткове фармакологічне втручання, та додатковий місцевий анестетик. Коли артеріальний тиск стабілізується на позначці нижче 150 мм рт. ст., потрібно продовжити режим агресивного випорожнення кишківника.

(PVA-AD 2020, с.641; Рівень B)

J.2.28 Якщо відсутнє калове закупорення або артеріальний тиск продовжує зростати, незважаючи на відсутність закупорення, доцільно перевірити наявність інших менш поширених причин виникнення автономної дисрефлексії. Якщо відсутні очевидні причини, що спричиняють автономну дисрефлексію, або якщо артеріальний тиск не вдається знизити на місці, слід скерувати особу до відділення невідкладної медичної допомоги для обстеження, лікування та, можливо, госпіталізації.

(PVA-AD 2020, с.642; Рівень C)

Фактори, що можуть спричинити автономну дисрефлексію

У автономної дисрефлексії може бути багато причин. Щоб усунути епізод автономної дисрефлексії та запобігти рецидиву, необхідно виявити та вилікувати конкретну причину. Будь-які стимули, що викликають біль або подразнення нижче рівня травми, можуть викликати автономну дисрефлексію. Найпоширенішими

причинами автономної дисрефлексії є проблеми із сечовим міхуром та кишківником. Нижче наведено деякі з найчастіших причин, що можуть спричинити автономну дисрефлексію:

Сечовидільна система

- Розтягнення сечового міхура
- Каміння в сечовому міхурі або нирках
- Забитий катетер
- Катетеризація
- Детрузорно-сфінктерна диссинергія
- Ударно-хвильова літотрипсія
- Інфекція сечових шляхів (ІСШ)
- Урологічні інструментальні дослідження, наприклад, цистоскопія або обстеження, що вимагають катетеризації

Травна система

- Апендицит
- Розтягнення кишківника
- Закупорення кишківника
- Каміння в жовчному міхурі
- Виразка шлунка або гастрит
- Інструментальні методи дослідження шлунково-кишкового тракту
- Геморой

Шкірні покриви

- Одяг, взуття або пристрої, що стискають
- Контакт з твердими або гострими предметами
- Пухирі
- Опіки, сонячні опіки або обмороження
- Врослий ніготь
- Укуси комах
- Пролежні

Репродуктивна система

- Сексуальна активність, у тому числі статевий акт
- Хвороби, що передаються статевим шляхом
- Сильне сексуальне збудження та/або оргазм
- Другий оргазм або еякуляція через невеликий проміжок часу після першого оргазму, ймовірно, спровокує більш важку автономну дисрефлексію

У чоловіків

- Еякуляція
- Епідидиміт
- Вібратори високої інтенсивності для стимулювання еякуляції
- Пріапізм (особливо через інтракавернозну ін'єкцію)
- Простатит
- Стиснення мошонки (сидіння на мошонці)

- Забір сперми (електроеякуляція та вібростимуляція)

У жінок

- Лактація, грудне вигодовування, мастит
- Менструація
- Болісний статевий акт та/або фрикції
- Вагітність, особливо перейми та пологи, у тому числі позаматкова вагітність
- Вагініт

Інші причини

- Стимулятор (епізод автономної дисрефлексії, навмисне викликаний спортсменом із ТСМ, який намагається досягти кращих спортивних результатів)
- Тромбоз глибоких вен
- Надмірне вживання алкоголю
- Надмірне вживання кофеїну або інших діуретиків
- Перелом або інші травми нижче рівня травми
- Функціональна електростимуляція
- Гетеротопічна осифікація
- Безрецептурні стимулятори та стимулятори за рецептом
- Тромбоемболія легеневої артерії
- Вживання психоактивних речовин
- Сонячні опіки
- Сирингомієлія
- Хірургічні або інвазивні діагностичні процедури
- Врослий ніготь

J.2.29 Під час обстеження особи у відділенні невідкладної медичної допомоги, варто продовжувати уважно контролювати артеріальний тиск для того, щоб скоригувати надання фармакологічного лікування автономної дисрефлексії та досліджувати інші причини. Розгляньте можливість госпіталізації, якщо:

- 1) існує слабка відповідь на лікування, наведене вище;
- 2) причину не встановлено.

(PVA-AD 2020, с.642; Рівень C)

J.2.30 Після успішного встановлення причини та лікування підвищеного артеріального тиску, кожні 2-5 хвилин перевіряйте наявність в особи симптоматичної гіпотензії, доки артеріальний тиск не стабілізується.

(PVA-AD 2020, с.642; Рівень C)

J.2.31 Після епізоду автономної дисрефлексії медичному працівнику доцільно враховувати наступне:

1) якщо особа перебуває на стаціонарному лікуванні або в клініці, варто уважно спостерігати за нею принаймні протягом 2 годин, чи не з'явилася повторно автономна дисрефлексія або гіпотензія;

2) якщо особа перебуває вдома, її варто проінструктувати щодо того, що у випадку повторення симптомів автономної дисрефлексії, їй необхідно негайно звертатися за медичною допомогою;

3) рекомендовано виписати особі прилад для моніторингу артеріального тиску в домашніх умовах.

(PVA-AD 2020, с.642; Рівень C)

J.2.32 Варто задокументувати епізод автономної дисрефлексії та записати ефективність лікування до медичної картки особи, зазначивши наступне:

- 1) наявність ознак та симптомів, їхній перебіг;
- 2) записи показників артеріального тиску і пульсу;
- 3) призначене лікування та відповідь на лікування;
- 4) відновлення артеріального тиску та частоти серцевих скорочень до нормального для даної особи рівня;

5) діагностика анамнезу автономної дисрефлексії з метою подальшого інформування фахівців про ризик для особи та про проведені лікування;

6) визначення причини (тригера), що спричинила епізод автономної дисрефлексії;

7) чи особа добре себе почуває, чи немає ознак та симптомів автономної дисрефлексії або вторинних ускладнень, наприклад, неврологічних змін, підвищеного внутрішньочерепного тиску або серцевої недостатності.

(PVA-AD 2020, с.642; Рівень C)

J.2.33 Після стабілізації стану особи з TCM, обговоріть разом із особою, членами родини, близькими та доглядальниками провокуючу причину епізоду автономної дисрефлексії, щоб навчити їх виокремлювати чинники, що викликають автономну дисрефлексію, розпізнавати, коригувати та попереджувати виникнення епізодів автономної дисрефлексії в майбутньому:

1) варто скоригувати план лікування, щоб забезпечити розпізнавання та лікування епізодів у майбутньому для попередження медичної кризи або, в ідеальному варіанті, його повного уникнення;

2) під час навчання особи обговоріть з нею автономну дисрефлексію, щоб він/вона могли мінімізувати фактори ризику, що можуть спричинити автономну дисрефлексію, вирішувати проблеми, розпізнавати ранній початок та звертатись за допомогою якнайшвидше;

3) варто підтримувати розмову та продовжувати навчання під час щорічних обстежень або прийомів особи з TCM у клініці;

4) слід мати та надавати кишенькові картки/посібники або інструкції, або розглянути можливість використання медичного ідентифікаційного браслета.

(PVA-AD 2020, с.642; Рівень C)

J.3 Автономна дисрефлексія - Сексуальність (рекомендації щодо сексуальної активності вдома)

Рекомендації

J.3.1 Варто пам'ятати та пояснювати пацієнтам із TCM із рівнем T6 або вище, що сексуальна активність може спровокувати автономну дисрефлексію.

(PVA-AD 2020, с.642; Рівень C)

J.3.2 Слід пам'ятати, що чоловіки та жінки з ТСМ з рівнем Т6 або вище мають підвищену ймовірність виникнення автономної дисрефлексії при інтенсивній сексуальній стимуляції (зокрема при стимуляції вібратором).

(PVA-AD 2020, с.642; Рівень C)

J.3.3 Заохочуйте осіб із ТСМ із рівнем Т6 або вище стежити за артеріальним тиском під час сексуальної активності.

(PVA-AD 2020, с.642; Рівень C)

J.3.4 Особам, схильним до автономної дисрефлексії під час сексуальної активності, слід рекомендувати використовувати домашній монітор артеріального тиску.

(PVA-AD 2020, с.642; Рівень C)

J.3.5 Якщо сексуальна активність спричиняє автономну дисрефлексію, слід рекомендувати пацієнтам негайно припинити сексуальну стимуляцію та виконувати протокол щодо лікування автономної дисрефлексії.

(PVA-AD 2020, с.642; Рівень C)

J.3.6 Розгляньте можливість інформування та призначення лікарських засобів для профілактики перед сексуальною активністю для окремих осіб, які:

- 1) мають в анамнезі симптоматичну ортостатичну гіпотензію;
- 2) не приймають лікарських засобів, що можуть посилювати гіпотензію;
- 3) мають розвинену автономну дисрефлексію, систолічний артеріальний тиск на рівні 150 мм рт. ст. або вище (зокрема під час стимулювання вібратором, еякуляції, оргазму, забору сперми або урологічних процедур);
- 4) мають симптоматичну автономну дисрефлексію та/або систолічний артеріальний тиск вище 150 мм рт. ст. перед сексуальною активністю або під час забору сперми.

(PVA-AD 2020, с.643; Рівень C)

J.3.7 Якщо фармакологічне лікування автономної дисрефлексії застосовується вдома, потрібно навчити осіб розпізнавати, контролювати та лікувати гіпотензію, викликану дією лікарських засобів.

(PVA-AD 2020, с.643; Рівень C)

J.3.8 Поінформуйте осіб, які схильні до автономної дисрефлексії, що потрібно повторно перевіряти артеріальний тиск через 5 хвилин після завершення сексуальної активності, незалежно від симптомів. Якщо високий артеріальний тиск не знижується через 5 хвилин, необхідно перейти до кроків лікування автономної дисрефлексії.

(PVA-AD 2020, с.643; Рівень C)

J.3.9 Поінформуйте осіб про наступне: якщо всі вжиті вдома консервативні заходи для лікування автономної дисрефлексії або гіпотензії, викликані дією лікарських засобів після сексуальної активності, не призвели до бажаного результату, то необхідно терміново звернутися до відділення невідкладної медичної допомоги.

(PVA-AD 2020, с.643; Рівень C)

J.4 Автономна дисрефлексія та цистоскопічні (трансуретральні та надлобкові) урологічні процедури та процедури забору сперми, що виконуються в клінічних умовах

Рекомендації

J.4.1 Перед процедурою можна порадити пацієнту наступне:

- 1) прийняти призначені лікарські засоби (наприклад, антихолінергічні засоби, альфа-блокатори);
- 2) незадовго перед цим провести програму кишківника (протягом 1-2 днів);
- 3) пролікувати ІСШ, якщо вона є;
- 4) відкласти прийом будь-яких лікарських засобів, що можуть піднімати артеріальний тиск (таких як ефедрин, мідодрин);
- 5) відкласти прийом будь-яких лікарських засобів, таких як ІФДЕ, які можуть унеможливити використання нітратів (нітрогліцеринової мазі) для лікування автономної дисрефлексії.

(PVA-AD 2020, с.643; Рівень C)

J.4.2 Якщо до процедури систолічний артеріальний тиск особи на 20 мм рт. ст. вищий за її основний звичайний систолічний артеріальний тиск, варто подумати про можливі причини автономної дисрефлексії, усуньте та стежте за ними.

(PVA-AD 2020, с.643; Рівень C)

J.4.3 Слід розглянути можливість перенесення процедури для особи, якщо автономна дисрефлексія залишається, незважаючи на те, що явні на перший погляд оборотні причини знайдено та скориговано.

(PVA-AD 2020, с.643; Рівень C)

J.4.4 Варто розглянути можливість знизити ризик автономної дисрефлексії до проведення урологічних інструментальних досліджень, наприклад, цистоскопії, шляхом введення лідокаїнового гелю в уретру принаймні за 3-5 хвилин до початку дослідження.

(PVA-AD 2020, с.643; Рівень C)

J.4.5 Для осіб, схильних до автономної дисрефлексії, або таких, які мають в анамнезі автономну дисрефлексію, рекомендовано розглянути можливість профілактичного лікування із застосуванням лікарських засобів для зниження ризику виникнення автономної дисрефлексії перед процедурами цистоскопії та забору сперми.

(PVA-AD 2020, с.643; Рівень C)

J.4.6 Потрібно щохвилини перевіряти артеріальний тиск під час процедур забору сперми.

(PVA-AD 2020, с.643; Рівень C)

J.4.7 Під час цистоскопії та уродинамічних процедур, слід перевіряти артеріальний тиск принаймні кожні дві хвилини, бажано за допомогою автоматичної манжети для вимірювання артеріального тиску. Частіше варто

перевіряти артеріальний тиск, якщо у пацієнта під час процедури починається автономна дисрефлексія.

(PVA-AD 2020, с.643; Рівень C)

J.4.8 Замість того, щоб негайно посадити пацієнта під час процедури цистоскопії та уродинаміки, можете спробувати впоратись із автономною дисрефлексією шляхом спорожнення сечового міхура у разі необхідності. Якщо це не допомагає, слід використовувати фармакологічну стратегію, аналогічну тій, що рекомендована для лікування автономної дисрефлексії.

(PVA-AD 2020, с.643; Рівень C)

J.4.9 Якщо під час проведення процедур урологічної цистоскопії або уродинаміки, спорожнення сечового міхура або вжиття лікарських засобів не зупиняє автономну дисрефлексію, слід припинити процедуру та перевести пацієнта в сидяче положення.

(PVA-AD 2020, с.644; Рівень C)

J.4.10 Варто стежити за артеріальним тиском після процедур цистоскопії або уродинаміки або після еякуляції, доки тиск не знизиться до звичайного для пацієнта показника. Поки пацієнт приймає сидяче положення, потрібно стежити, чи не продовжує підніматися артеріальний тиск та чи не з'являється ортостатична гіпотензія.

(PVA-AD 2020, с.644; Рівень C)

J.4.11 Слід здійснювати профілактику та контроль автономної дисрефлексії під керівництвом спеціаліста, що проводить анестезію особам, яким вона потрібна під час електроєякуляції.

(PVA-AD 2020, с.644; Рівень C)

J.5 Автономна дисрефлексія під час вагітності, переймів, пологів та післяпологового періоду

Рекомендації

J.5.1 Варто повідомити медичних фахівців, що жінки з ТСМ, в яких може розвинути автономна дисрефлексія, знаходяться в групі підвищеного ризику важкої автономної дисрефлексії під час вагітності, переймів, пологів та грудного вигодовування, тому такі жінки мають бути під наглядом мультидисциплінарних команд.

(PVA-AD 2020, с.644; Рівень C)

J.5.2 Рекомендується передпологова консультація з лікарем-анестезіологом та складання плану введення епідуральної або спінальної анестезії на початку переймів для оцінювання ризику виникнення автономної дисрефлексії та її попередження, відповідно до рекомендації Американської колегії акушерів і гінекологів.

(PVA-AD 2020, с.644; Рівень C)

J.5.3 Вагітним жінкам, схильним до автономної дисрефлексії, рекомендується ретельне та часте спостереження стану плода, особливо під час переймів та пологів.

(PVA-AD 2020, с.644; Рівень C)

J.5.4 Автономну дисрефлексію слід відрізняти від прееклампсії під час вагітності та переймів, аби забезпечити належне лікування.

(PVA-AD 2020, с.644; Рівень С)

J.5.5 Хоча пацієнтки із ТСМ можуть не відчувати болю під час переймів, слід провести анестезію для попередження автономної дисрефлексії у жінок із ТСМ з рівнем Т6 або вище. Найбільш надійним методом попередження автономної дисрефлексії є спінальна або епідуральна анестезія, шляхом блокування стимулів, що йдуть від органів тазу.

(PVA-AD 2020, с.644; Рівень С)

J.5.6 Поінформуйте жінок, у яких може розвинутиись автономна дисрефлексія, що грудне вигодовування, нагрубання грудей або мастит під час післяпологового періоду можуть викликати автономну дисрефлексію.

(PVA-AD 2020, с.644; Рівень С)

J.6 Навмисно викликана автономна дисрефлексія («стимулятори»)

Рекомендації

J.6.1 Варто повідомити пацієнтів із ТСМ, що самостійно викликана автономна дисрефлексія (тобто, «використання стимуляторів») для покращення повсякденної діяльності та/або кращих спортивних результатів є небезпечною практикою, що може призвести до неконтрольованого життєво небезпечного підвищення артеріального тиску.

(PVA-AD 2020, с.644; Рівень С)

J.7 Ортостатична гіпотензія

Рекомендації

J.7.1 Слід пам'ятати, що ортостатична гіпотензія, що визначається як зниження систолічного артеріального тиску на ≥ 20 мм рт. ст., може виникнути у пацієнтів із рівнем травми Т6 або вище при переході з лежачого положення у вертикальне, незалежно від того, чи з'являються симптоми.

(PVA-AD 2020, с.644; Рівень С)

J.7.2 Для точної діагностики ортостатичної гіпотензії в осіб із ТСМ потрібно провести ортостатичну пробу, наприклад, тест на положення сидячи або тілт-тест (пасивна ортостатична проба).

(PVA-AD 2020, с.644; Рівень С)

J.7.3 Для попередження або лікування ортостатичної гіпотензії у пацієнтів із ТСМ, спочатку рекомендовано розглянути можливість нефармакологічного лікування для підтримання звичайного артеріального тиску.

(PVA-AD 2020, с.644; Рівень С)

J.7.4 Якщо нефармакологічне лікування виявилось неефективним, варто розглянути можливість застосування лікарських засобів для лікування як ортостатичної гіпотензії з клінічними проявами, так і безсимптомної ортостатичної гіпотензії у пацієнтів із ТСМ.

(PVA-AD 2020, с.644; Рівень С)

J.8 Порушення терморегуляції - Гіпотермія (температура тіла нижче 35°C/95°F)

Рекомендації

J.8.1 Рекомендовано стежити, чи не з'явилися клінічні прояви у пацієнтів із TCM на рівні T6 або вище, які схильні до гіпотермії, під час перебування в холодному середовищі.

(PVA-AD 2020, с.644; Рівень С)

J.8.2 За можливості варто вимірювати температуру ректально під час обстеження пацієнта на предмет гіпотермії, оскільки вимірювання температури шкіри не є точним показником для вимірювання глибокої температури тіла. Також, допускаються оральний або вушний спосіб вимірювання температури.

(PVA-AD 2020, с.644; Рівень С)

J.8.3 Для попередження та лікування гіпотермії варто використовувати регулювання температури середовища, утеплений одяг, ковдри, тепле зволожене повітря та вживання теплої рідини до шлунково-кишкового тракту. Слід використовувати нагрівальні прилади із надзвичайною обережністю на ділянках, позбавлених чутливості.

(PVA-AD 2020, с.645; Рівень С)

J.8.4 Повідомляйте пацієнтам, що під час перебування в низькотемпературних середовищах їм краще утримуватись від вживання алкоголю, оскільки це призводить до розширення судин та втрати тепла.

(PVA-AD 2020, с.645; Рівень С)

J.8.5 Слід пам'ятати та обговорювати з пацієнтами із TCM, що певні лікарські засоби або речовини можуть порушувати терморегуляцію (викликати гіпо- або гіпертермію), у тому числі альфа-агоністи (наприклад, тизанідин, клонідин), наркотичні засоби, оксибутинін, габапентин та антидепресанти з групи інгібіторів зворотного захоплення серотоніну та норепінефрину.

(PVA-AD 2020, с.645; Рівень С)

J.9 Порушення терморегуляції - Гіпертермія (температура тіла вище за 37,8°C)

Рекомендації

J.9.1 Варто стежити, чи не з'явилися клінічні прояви гіпертермії у пацієнтів із TCM на рівні T6 або вище, які схильні до гіпертермії, після перебування в спекотному середовищі.

(PVA-AD 2020, с.645; Рівень С)

J.9.2 Рекомендовано лікувати гіпертермію, знижуючи внутрішню температуру тіла пацієнта. Для цього слід перемістити його в більш прохолодне середовище (бажано туди, де є кондиціонер), дати випити прохолодні рідини, помити пацієнта ледве теплою водою, дати відпочити.

(PVA-AD 2020, с.645; Рівень С)

J.9.3 Слід навчити пацієнта заходів із попередження нейрогенної гіпертермії. До профілактичних заходів відносяться: носіння відповідного легкого одягу світлих кольорів, підтримання відповідної температури в приміщенні (наприклад, за допомогою кондиціонера), часте пиття холодної рідини, вживання достатньої кількості води, обприскування непокритої шкіри водою та/або обдування її. Ці заходи особливо важливі, коли пацієнт перебуває в спекотному середовищі.

(PVA-AD 2020, с.645; Рівень С)

J.9.4 Слід знати та обговорювати з пацієнтами із TCM те, що певні лікарські засоби або речовини можуть порушувати терморегуляцію (викликати гіпо- або гіпертермію), в тому числі альфа-агоністи (наприклад, тизанідин, клонідин), наркотичні засоби, оксibuтинін, габапентин та антидепресанти з групи інгібіторів зворотного захоплення серотоніну та норепінефрину.

(PVA-AD 2020, с.659; Рівень С)

J.9.5 Слід відстежувати, чи не з'являється нейрогенна гіпертермія, коли пацієнт TCM на рівні Т6 або вище займається спортом.

(PVA-AD 2020, Рівень С)

J.10 Гіпергідроз

Рекомендації

J.10.1 При оцінюванні гіпергідрозу у пацієнтів із TCM на рівні Т6 або вище слід виключити більш суттєві автономні дисфункції, такі як автономна дисрефлексія.

(PVA-AD 2020, с.670; Рівень С)

J.10.2 Якщо артеріальний тиск не підвищився, до попередження та лікування гіпергідрозу слід включити виявлення інших можливих причин.

(PVA-AD 2020, с.670; Рівень С)

J.10.3 Для осіб, у яких не було встановлено зв'язку між ізолюваним гіпергідрозом та причиною, яку можливо встановити та модифікувати, розгляньте можливість емпіричного лікування антихолінергічними засобами, якщо до них немає протипоказань.

(PVA-AD 2020, с.670; Рівень С)

J.10.4 Якщо антихолінергічні засоби не зменшують гіпергідроз або погано переносяться, можна розглянути призначення додаткового лікування.

(PVA-AD 2020, с.670; Рівень С)

К. ФУНКЦІОНАЛЬНІ ІНСТРУМЕНТИ ТА РЕСУРСИ ДЛЯ ДОГЛЯДУ ЗА СЕЧОВИМ МІХУРОМ

К.1 Анамнез пацієнта

Рекомендації

К.1.1 Пацієнт, який вперше звертається на консультацію із нейрогенним сечовим міхуром, потребує вивчення його анамнезу захворювання та проведення фізикального обстеження, яке пов'язане із нейрогенним станом сечового міхура.

(CUA 2019, с.161; Рівень С)

К.1.2 Варто розглянути можливість направлення на невідкладне обстеження, якщо пацієнт із ТСМ має будь-який з наведених нижче ознак і симптомів, так званих «червоних прапорців»:

1) уретральний катетер, що постійно забивається (наприклад, катетер, що забивається протягом 6 тижнів після заміни попереднього);

2) гідронефроз або конкременти в нирках, які діагностовано за допомогою методів візуалізації;

3) результати біохімічних аналізів, які вказують на погіршення функції нирок (наприклад, алгоритм електронної оцінки рівня клубочкової фільтрації).

(Адаптація NICE 2012, с.51 Рівень С)

К.1.3 Лікарі мають бути уважними до будь-яких змін загального функціонування та появи будь-яких нових симптомів та тривожних ознак з боку сечовидільної системи (наприклад, біль, посилення спастичності, автономна дисрефлексія, ІСШ, висока температура тіла та гематурія).

(URO 2017, с. 588; Рівень А)

К.1.4 Лікарі повинні розуміти, що не з'ясовані зміни неврологічних симптомів (наприклад, сплутаність свідомості або погіршення спастичності) можуть спричинятися захворюваннями сечовидільної системи та враховувати необхідність подальшого обстеження та лікування сечовивідних шляхів, якщо є така підозра.

(NICE 2012, с.51; Рівень С)

К.1.5 Лікарям варто оцінити вплив симптомів з боку нижніх сечових шляхів на якість життя особи, родини та доглядальників особи та розглянути шляхи зменшення будь-якого негативного впливу.

(NICE 2012, с.51; Рівень С)

К.2 Фізикальне обстеження

К.2.1 Лікарі повинні провести загальне фізикальне обстеження, що включає наступне:

1) моніторинг артеріального тиску;

2) обстеження черевної порожнини;

3) обстеження зовнішніх статевих органів;

4) обстеження піхви або/та прямої кишки (за показаннями на наявність пролапсу органів тазу, калового навантаження або порушення тону анального сфінктера);

5) за потреби провести обстеження за ISNCSCI;

6) функція рук;

7) мобільність;

8) обстеження когнітивних функцій.

(Адаптація NICE 2012, с.50; Рівень С)

К.3 Щоденник сечовипускання

Рекомендації

К.3.1 Лікарі повинні попросити пацієнтів із ТСМ та/або їх родичів/доглядальників заповнювати листок «кількість випитої рідини/виділеної сечі», щоб зафіксувати кількість спожитої рідини, частоту катетеризації, сечовипускання та об'єм виділеної сечі впродовж принаймні 3-х днів для визначення вихідного рівня і виявлення змін у функції сечового міхура.

(Адаптація NICE 2012, с.50; Рівень С)

К.4 Уродинамічне обстеження

К.4.1 Усі особи, які мають ТСМ та ознаки нейрогенного сечового міхура, в ідеалі повинні пройти відеоуродинамічне обстеження, оскільки це є золотим стандартом обстеження нейрогенних порушень нижніх сечовивідних шляхів у пацієнтів із ТСМ.

(URO 2017, с. 589; Рівень А)

К.4.2 Лікуючий лікар не повинен відмінити прийом лікарських засобів, які можуть вплинути на функцію нижніх сечовивідних шляхів, перед проведенням відеоуродинаміки. Однак, при інтерпретації даних слід враховувати приймання таких лікарських засобів.

(URO 2017, с. 589; Рівень В)

К.4.3. Лікарі не повинні постійно призначати антибіотикопрофілактику перед уродинамічним обстеженням. Однак у випадках, коли особа має фактори високого ризику, такі як ознаки міхурово-сечовідного рефлюксу, високого тиску сечовипускання, повторні ІСШ або наявність протезу з ризиком інфікування, можна розглянути антибіотикопрофілактику перед обстеженням уродинаміки.

(Адаптація URO 2017, с.589; Рівень С)

К.4.4 Уродинамічні дослідження не слід проводити, якщо пацієнт із ТСМ має симптоми ІСШ або піурію, щоб уникнути погіршення клінічного стану та не допустити помилкової інтерпретації результатів уродинамічного обстеження.

(Адаптація URO 2017, с.589; Рівень С)

К.5 Інфекція сечовивідних шляхів (ІСШ)

Рекомендації

К.5.1 Лікарі не повинні лікувати безсимптомних пацієнтів, які катетеризуються та мають позитивний результат аналізу сечі за допомогою тест-смужки або бактеріологічного посіву, за винятком випадків сечокам'яної хвороби та бактерій, що утворюють каміння, оскільки бактеріальна колонізація, ймовірно, буде наявна в осіб, які користуються катетером (постійним або одноразовим). Відповідно, аналіз сечі за допомогою тест-смужки та бактеріальний посів можуть бути недостовірними для діагностування активної ІСШ.

(Адаптація NICE 2012, с.50; Рівень С)

К.5.2 Рекомендовано не проводити скринінг та не лікувати пацієнтів із безсимптомною бактеріурією з нейрогенною дисфункцією нижніх сечовивідних шляхів (окрім випадку вагітності, тому що вона сприяє стійкості до антибіотиків та може підвищити ймовірність ІСШ із клінічними проявами). Лікування слід обмежити пацієнтами із позитивним посівом сечі за наявності клінічних симптомів, включаючи лейкоцитурію та бактеріурію.

(Адаптація CUA 2019, с.164; Рівень В)

К.5.3 Наявність лейкоцитурії, бактеріурії та клінічних проявів для діагностування ІСШ у пацієнтів із ТСМ та нейрогенною дисфункцією нижніх сечовивідних шляхів (за винятком вагітності): лікувати слід лише тих пацієнтів, які мають позитивний результат бактеріального посіву сечі та клінічні прояви ІСШ. (Адаптація CUA 2019, с.164; Рівень В)

К.5.4 Перед початком терапії антибактеріальними лікарськими засобами завжди потрібно отримати результати загального аналізу сечі та бактеріального посіву сечі, через підвищений ризик наявності мультирезистентних мікроорганізмів.

(Адаптація CUA 2019, с.164; Рівень В)

К.5.5 Якщо пацієнт систематично погано почувається або, якщо симптоми є нестерпними, виконайте бактеріологічний посів, почніть терапію антибактеріальними лікарськими засобами та змініть або припиніть терапію антибактеріальними лікарськими засобами на підставі результату бактеріологічного посіву.

(Адаптація CUA 2019, с.164; Рівень В)

К.5.6 Лікарі повинні призначити пацієнтам із ТСМ та бактеріологічно підтвердженою ІСШ курс антибіотиків тривалістю мінімум 7 днів і 10–14 днів пацієнтам із вираженою ІСШ або затримкою відповіді.

(Адаптація CUA 2019, с.164; Рівень В)

К.5.7 Лікарі повинні уникати постійної антимікробної профілактики у пацієнтів із ТСМ та нейрогенною дисфункцією нижніх сечовивідних шляхів, які часто мають ІСШ.

(Адаптація CUA 2019, с.165; Рівень А)

К.5.8 Можливість антибіотикопрофілактики слід розглянути тільки для пацієнтів, у яких в анамнезі є часті ІСШ, після того, як було виключено зворотні причини (такі як сечокам'яна хвороба).

(Адаптація NICE 2012, с.271; Рівень С)

Коментар робочої групи: в Україні застосування антибактеріальних лікарських засобів для профілактики та лікування ІСШ проводиться відповідно до Стандарту «Парентеральна периопераційна антибіотикопрофілактика», затвердженого наказом Міністерства охорони здоров'я України від 17 травня 2022 року № 822, Стандарту медичної допомоги «Раціональне застосування

антибактеріальних і антифунгальних препаратів з лікувальною та профілактичною метою», затвердженого наказом Міністерства охорони здоров'я України від 23 серпня 2023 року № 1513, а також Стандарту медичної допомоги «Профілактика інфекційних ускладнень бойових поранень антибактеріальними лікарськими засобами на догоспітальному етапі», затвердженого наказом Міністерства охорони здоров'я України від 01 червня 2023 року № 1004.

К.6 Лікування сечового міхура

Рекомендації

К.6.1 Категорично не рекомендується використовувати маневр Вальсальви або Креде через небезпеку для верхніх сечовивідних шляхів (тобто шкоду для нирок та сечоводів) для пацієнтів із TCM.

(Адаптація CUA 2019, с.162; Рівень B)

К.6.2 Вибір допоміжного методу випорожнення сечового міхура (чиста переміжна катетеризація, уретральний або надлобковий катетер) повинен ґрунтуватись на моторних функціях пацієнта, анатомічних обмеженнях, характеристиках сечового міхура, попередніх ускладненнях з боку сечовидільної системи та якості життя. Чиста переміжна катетеризація є найкращим методом лікування сечового міхура після TCM, де це можливо.

(Адаптація CUA 2019, с.166; Рівень B)

К.7 Катетери

Рекомендації

К.7.1 Надайте пацієнтам із нейрогенною дисфункцією сечовивідних шляхів, їхнім родичам та доглядачам спеціальну інформацію та навчання. Особи, які починають використовувати або використовують систему лікування сечового міхура, до якої входять катетери, інші пристрої або прокладки, повинні:

1) отримати навчання, підтримку та огляд від фахівців охорони здоров'я, які навчені наданню підтримки щодо відповідних систем лікування сечового міхура і обізнані з асортиментом наявних засобів;

2) мати доступ до відповідного навчання щодо лікування повсякденних та соціальних потреб сечового міхура;

3) мати доступ до асортименту засобів, що відповідають їхнім потребам;

4) отримувати перегляд своїх засобів не рідше, ніж раз на 2 роки.

Посилання для навчання пацієнтів щодо лікування сечового міхура SCI-U:

[https://www.youtube.com/playlist?list=PLI99K_xJEhD8L0u1Gy-](https://www.youtube.com/playlist?list=PLI99K_xJEhD8L0u1Gy-9EjdtUEcmOiNFn)

[9EjdtUEcmOiNFn](https://www.youtube.com/playlist?list=PLI99K_xJEhD8L0u1Gy-9EjdtUEcmOiNFn).

(Адаптація NICE 2012, с.70; Рівень C)

К.7.2 Пацієнтам із постійними уретральними катетерами слід запропонувати перейти на надлобкові катетери (цистостоми) у разі значного пошкодження уретри (та в ідеалі до того, як уретра зазнає незворотної шкоди та виникне ризик стресового нетримання сечі).

(CUA 2019, с.163; Рівень В)

К.8 Нефармакологічні методи терапії для поліпшення функції сечового міхура

Рекомендації

К.8.1 Для пацієнтів із неповним ураженням (C/D за шкалою AIS) та частково збереженою функцією м'язів тазового дна, фахівці повинні розглянути можливість тренування м'язів тазового дна. Скеруйте пацієнта на таке тренування після спеціалізованого обстеження тазового дна. Розгляньте можливість поєднання тренування м'язів тазового дна методами біологічного зворотного зв'язку та/або електричною стимуляцією тазового дна.

(Адаптація NICE 2012, с.211; Рівень В)

К.8.2 Необхідно виконати наступні умови перед тим, як починати програму корекції поведінки (спорожнення сечового міхура за розкладом, тренування сечового міхура або зміну звичок) для осіб із нейрогенною дисфункцією нижніх сечовивідних шляхів:

1) фахівець охорони здоров'я, який пройшов навчання в сфері обстеження осіб із нейрогенною дисфункцією нижніх сечовивідних шляхів, повинен провести попереднє обстеження і

2) у поєднанні з навчанням особи та/або членів її родини та доглядальників щодо функції нижніх сечовивідних шляхів.

(Адаптація NICE 2012, с.84; Рівень С)

К.8.3 Потрібно розглянути можливість вибору програми корекції поведінки із урахуванням того, що спонукуване сечовипускання та зміна звичок особливо підходять пацієнтам із порушенням когнітивної функції.

(NICE 2012, с.85; Рівень С)

К.9 Фармакологічні методи терапії для поліпшення функції сечового міхура

Рекомендації

К.9.1 Пероральні антагоністи мускаринових рецепторів зі збільшенням дози є фармакологічним лікуванням першої лінії для пацієнтів з нейрогенною дисфункцією нижніх сечовивідних шляхів для полегшення симптомів гіперактивного сечового міхура та нейрогенної гіперактивності детрузора, зменшення нетримання сечі та зниження тиску на детрузор.

(CUA 2019 с.166; Рівень А)

К.9.2 Для пацієнтів із симптомами гіперактивного сечового міхура та нейрогенною дисфункцією нижніх сечовивідних шляхів може бути корисним застосування мірабегрону як альтернатива антагоністам мускаринових рецепторів, але в цій популяції необхідні подальші підтвердження змін уродинаміки.

(CUA 2019 с.167; Рівень В)

К.9.3 Фахівці повинні відстежувати об'єм залишкової сечі у пацієнтів із ТСМ, які не використовують переміжну катетеризацію або постійний катетер після початку лікування антагоністами мускаринових рецепторів. Після початку терапії фахівці повинні відстежувати ознаки та симптоми затримки сечі.

(Адаптація NICE 2012, с.116; Рівень В)

К.10 Нейрогенна гіперактивність детрузора

Рекомендації

К.10.1 Для усунення симптомів гіперактивного сечового міхура та нейрогенної гіперактивності детрузора, зменшення ургентного нетримання сечі та зниження тиску детрузора фахівці повинні призначити пероральні антагоністи мускаринових рецепторів із зростаючою дозою в якості лікарських засобів першої лінії фармакологічного лікування пацієнтів із нейрогенною дисфункцією нижніх сечовивідних шляхів.

(CUA 2019, с.166; Рівень А)

К.10.2 Для усунення симптомів гіперактивного сечового міхура та нейрогенної гіперактивності детрузора, зменшення ургентного нетримання сечі та зниження тиску детрузора пероральні антагоністи мускаринових рецепторів із зростаючою дозою є першою лінією фармакологічного лікування пацієнтів із нейрогенною дисфункцією нижніх сечовивідних шляхів.

(CUA 2019, с.166; Рівень А)

К.10.3 Мірабегрон може бути корисною альтернативою антагоністам мускаринових рецепторів для пацієнтів із гіперактивним сечовим міхуром та нейрогенною дисфункцією нижніх сечовивідних шляхів, але для цієї групи пацієнтів наразі бракує достатньо даних щодо змін уродинаміки.

(CUA 2019 с.167; Рівень В)

К.10.4 Альфа-адреноблокатори можна розглянути в якості лікування неспроможності повністю спорожнити сечовий міхур, яка розвинулася через детрузорно-сфінктерну диссинергію; однак, це підтверджено слабкими доказами.

(CAN-SCIP 2020; Рівень С)

К.11 Внутрішньоміхурові ін'єкції ботулінічного токсину

Рекомендації

К.11.1 Контроль рівня залишкової сечі у пацієнтів, які не використовують режим катетеризації під час лікування ботулінічним токсином типу А. Контроль наявності та проведення навчання пацієнтів, що затримання сечі - це ускладнення.

(Адаптація NICE 2012, с.176; Рівні А - С)

К.11.2 Перш ніж пропонувати внутрішньоміхурову ін'єкцію ботулінічним токсином типу А:

1) поясніть пацієнту та/або членам родини та доглядачам, що після процедури більшості пацієнтів із нейрогенною дисфункцією нижніх сечовивідних шляхів необхідно дотримуватися режиму катетеризації;

2) переконайтеся, що вони спроможні та готові дотримуватися такого режиму, якщо після процедури з'явиться затримка сечі.

(Адаптація NICE 2012, с.176; Рівні А - С)

К.11.3 Антагоністи мускаринових рецепторів - лікарські засоби першої лінії для лікування гіперактивності детрузора. Ін'єкції ботулінічним токсином типу А в стінку сечового міхура слід розглядати, коли антагоністи мускаринових рецепторів виявилися неефективними або погано переносяться.

(Адаптація NICE 2012, с.175; Рівні А - С)

К.11.4 Лікарі повинні відстежувати, чи не з'являється у пацієнтів із ТСМ, особливо із травмою на рівні шийного відділу хребта, загальна слабкість (у тому числі респіраторна і моторна слабкість) після внутрішньоміхурової ін'єкції ботулінічним токсином типу А.

(CAN-SCIP 2020; Рівень В)

К.11.5 Пацієнтам, які отримали внутрішньоміхурову ін'єкцію ботулінічним токсином типу А, слід запропонувати швидкий доступ до повторних ін'єкцій, коли симптоми повернуться.

(NICE 2012, с.176; Рівні А - С)

К.11.6 Для пацієнтів, які отримують ін'єкції ботулінічним токсином типу А за кількома показаннями (наприклад, через спастичність, нейрогенний сечовий міхур, з естетичних міркувань), потрібно скласти узгоджений план між різними фахівцями для мінімізації ризику побічних реакцій.

(CAN-SCIP 2020; Рівень С)

К.12 Планове обстеження сечовивідних шляхів

Рекомендації

К.12.1 Лікар ФРМ, уролог та/або сімейний лікар повинні раз на рік проводити регулярне урологічне обстеження усіх пацієнтів із ТСМ та нейрогенною дисфункцією нижніх сечовивідних шляхів.

(Адаптація CUA 2019, с.170; Рівень В)

К.12.2 Рекомендується щороку проводити УЗД нирок та сечового міхура пацієнтам із нейрогенною дисфункцією нижніх сечовивідних шляхів.

(Адаптація CUA 2019, с.170; Рівень В)

К.12.3 Планова діагностична цистоскопія в рамках скринінгу раку сечового міхура не потрібна пацієнтам:

- 1) із нейрогенною дисфункцією нижніх сечовивідних шляхів;
- 2) з або без аугментаційної цистопластики;
- 3) особам, які не мають інших ознак чи симптомів.

(Адаптація CUA 2019, с.170; Рівень В)

К.12.4 Якщо це можливо, слід провести відеоуродинамічне дослідження або цистограму пацієнтам, які потребують додаткового вивчення анатомії та фізіології сечовивідних шляхів. Якщо це неможливо, уродинамічне дослідження слід

проводити при погіршенні симптомів з боку сечового міхура, або якщо наявні зміни функції нирок (біохімічні та рентгенологічні дослідження).

(Адаптація CUA 2019, с.171; Рівень В)

К.12.5 Для спостереження за функцією нирок раз на один-два роки потрібно проводити ізотопні дослідження швидкості виведення креатиніну або 24-годинний моніторинг виведення креатиніну.

Примітка: Не варто покладатися лише на показники сироватки креатиніну та приблизну швидкість клубочкової фільтрації при моніторингу функції нирок у пацієнтів із нейрогенною дисфункцією нижніх сечовивідних шляхів. Показники креатиніну при ТСМ не відображають функцію нирок через загальну низьку м'язову масу, через що рівень сироватки креатиніну штучно низький.

(Адаптація NICE 2012, с.292; Рівень С)

К.12.6 Варто розглянути можливість використання ізотопних методів визначення клубочкової фільтрації, коли потрібно точно виміряти швидкість клубочкової фільтрації (наприклад, якщо візуалізаційні дослідження свідчать про погіршення функції нирок).

(Адаптація NICE 2012, с.292; Рівень С)

К.13 Консультація уролога

Рекомендації

К.13.1 Пацієнтів слід направляти до уролога, якщо є стійке нетримання сечі, незмінні показники уродинаміки (такі як гіперактивність нейрогенного детрузора або погана піддатливість), вперше виявлений або прогресуючий гідронефроз, або незворотна дисфункція нирок, щоб розглянути варіанти реконструктивної хірургії, наприклад, аугментаційну цистопластику (bladder augmentation; збільшення сечового міхура), абдомінальну стому або відведення сечі (urinary diversion).

(CAN-SCIP 2020; Рівень С)

К.14 Об'єм залишкової сечі після сечовипускання

Рекомендації

К.14.1 Лікарі повинні виміряти об'єм залишкової сечі після сечовипускання в різних обставинах, бажано за допомогою УЗД з портативним сканером або чистої переміжної катетеризації, щоб встановити, як у пацієнтів із ТСМ, які можуть в певній мірі випорожнювати сечовий міхур, змінюється випорожнення сечового міхура в різний час та за різних обставин.

(Адаптація NICE 2012, с.51; Рівень С)

К.15 Сечокам'яна хвороба та гідронефроз

Рекомендації

К.15.1 Медичні працівники повинні на постійній основі нагадувати пацієнтам із ТСМ, членам їх родин та доглядачам, що постійні катетери (уретральні та

надлобкові) пов'язані з більшою поширеністю каміння в сечовому міхурі на порівняння з іншими формами лікування сечового міхура.

(Адаптація NICE 2012, с.309; Рівень С)

К.15.2 Медичні працівники повинні навчити осіб відстежувати ознаки, через які необхідно звернутися до фахівця охорони здоров'я (наприклад, ІСШ, що повторюється, повторювані забиття катетера або гематурія).

(Адаптація NICE 2012, с.309; Рівень С)

К.15.3 Медичні працівники повинні обговорювати із пацієнтами з ТСМ, членами родини та доглядачами підвищений ризик ускладнень з боку нирок (зокрема, каміння в нирках, гідронефроз та рубцювання) у пацієнтів із нейрогенною дисфункцією сечовивідних шляхів.

(Адаптація NICE 2012, с.308; Рівень С)

К.16 Скринінг раку

Рекомендації

К.16.1 Медичні працівники повинні обговорювати з пацієнтом із ТСМ, членами родини та доглядальниками, що у пацієнтів із нейрогенною дисфункцією нижніх сечовивідних шляхів підвищений ризик виникнення раку сечового міхура, особливо в тих, хто має тривалий анамнез нейрогенної дисфункції нижніх сечовивідних шляхів та фактори ускладнення, наприклад, повторювані ІСШ. Медичні працівники повинні навчати пацієнтів із ТСМ щодо ознак, на які необхідно звертати увагу (наприклад, повторні ІСШ, повторні закупорення катетера або гематурія), які означають, що потрібно звернутися до фахівця охорони здоров'я.

(Адаптація NICE 2012, с.309; Рівень С)

Л. ЗДОРОВ'Я КІСТОК

Л.1 Оцінювання ризику перелому

Рекомендації

Л.1.1 Усім дорослим пацієнтам із ТСМ, що призводить до постійної моторної або сенсорної дисфункції, слід пройти двоенергетичну рентгенівську абсорбціометрію (DXA) усього кульшового суглобу, проксимального відділу великогомілкової кістки та дистального відділу стегнової кістки, як тільки стан пацієнта стане стабільним з медичної точки зору.

(Адаптація BMD 2019, с.2; Рівень В)

Л.2 Обстеження DXA

Рекомендації

Л.2.1 У дорослих пацієнтів із ТСМ слід дивитися на щільність кісткової тканини всього кульшового суглобу, дистального відділу стегнової кістки та проксимального відділу великогомілкової кістки для діагностики остеопорозу, прогнозування ризику перелому нижньої кінцівки та відстеження відповіді на

терапію, якщо є нормативні дані. (Протокол DXA для колінного суглоба: <https://www.kite-uhn.com/clinical/tools/knee-dxa-protocol>)

(BMD 2019, с.4; Рівень В)

L.2.2 Серійне обстеження ефективності лікування пацієнтів із ТСМ за допомогою DXA повинно включати весь кульшовий суглоб, дистальний відділ стегнової кістки та проксимальний відділ великогомілкової кістки, після щонайменше 12 місяців терапії, раз на 1 або 2 роки. Для моніторингу лікування не можна використовувати сегментний аналіз ділянок усього кульшового суглоба, дистального відділу стегнової кістки та проксимального відділу великогомілкової кістки із загального знімку тіла.

(BMD 2019 с.6; Рівень В)

L.3 Профілактика остеопорозу

Рекомендації

L.3.1 Не існує встановленого порогового значення мінеральної щільності кісткової тканини (МЩКТ), нижче якого абсолютно протипоказані вправи з обтяженнями. Слід використовувати МЩКТ та клінічні фактори ризику для оцінювання ризику перелому до того як виконувати вправи з обтяженнями.

(BMD 2019 с.7; Рівень С)

L.4 Лікування остеопорозу

Рекомендації

L.4.1 Після обговорення доказових переваг та ризиків, пацієнтам із неповним ураженням спинного мозку, оцінкою D за шкалою AIS та значенням для нижніх кінцівок 20 або більше, слід пропонувати етидронову кислоту для профілактики розвитку остеопорозу нижче рівня травми.

(CAN-SCIP 2020; Рівень А)

***Коментар робочої групи:** на момент розробки КН лікарський засіб з міжнародною непатентованою назвою «Етидренова кислота» (Etidronate) в Україні не зареєстрований.*

L.4.2 Після обговорення доказових переваг та ризиків, особам із ТСМ з повним моторним ураженням слід пропонувати лікарські засоби з МНН алендренова кислота (70 мг на тиждень), золедренова кислоти (5 мг) або деносумаб (60 мкг, підшкірна ін'єкція) для підтримання МЩКТ проксимального та дистального відділу стегнової кістки та проксимального відділу великогомілкової кістки.

(CAN-SCIP 2020; Рівень А)

L.4.3 Лікарські засоби, що містять золедронову кислоту не можна пропонувати особам із порушенням функції нирок.

(CAN-SCIP 2020; Рівень А)

L.4.4 Особам із низькою кістковою масою слід пропонувати добавки з ергокальциферолом/холекальциферолом для підтримання МЩКТ нижніх кінцівок.
(CAN-SCIP 2020; Рівень А)

L.4.5 Після обговорення доказових переваг та ризиків, пацієнтам із ТСМ із низькою МЩКТ в області коліна слід пропонувати заняття на велотренажері з функціональною електростимуляцією (ФЕС) принаймні тричі на тиждень по 5 годин для підтримування або поліпшення МЩКТ в ділянці коліна, що стимулюється.

(CAN-SCIP 2020; Рівень С)

М. ІНСТРУМЕНТИ ТА РЕСУРСИ ДЛЯ ЛІКУВАННЯ КИШКІВНИКА

М.1 Цілі лікування нейрогенного кишківника

Рекомендації

М.1.1 Цілями лікування кишківника після ТСМ є сприяння утримання калу, досягнення своєчасного випорожнення кишківника за графіком у соціально зручний спосіб, та уникнення ускладнень.

(Адаптація BOWEL 2012, с.452; Рівень С)

М.2 Обстеження дисфункції нейрогенного кишківника

Рекомендації

М.2.1 Слід визначити рівень та повне/неповне ураження спинного мозку відповідно до чинної шкали ISNCSCI.

(PVA-NBD 2020, с.452; Рівень С)

М.2.2 Необхідно проводити системну комплексну оцінку функції, порушення та можливих проблем кишківника на початку перебігу ТСМ та принаймні щороку впродовж отримання допомоги протягом усього життя.

(PVA-NBD 2020, с.452; Рівень С)

М.2.3 Потрібно робити детальні записи щодо історії хвороби пацієнта з боку ШКТ на початку перебігу ТСМ, щорічно та за потреби, коли стаються будь-які значні шлунково-кишкові зміни.

(PVA-NBD 2020, с.452; Рівень С)

М.2.4 Фізикальне обстеження необхідно провести на початку перебігу ТСМ, щороку, та при будь-яких суттєвих змінах функції кишківника або стану здоров'я, включно з обстеженням прямої кишки та органів черевної порожнини.

(PVA-NBD 2020, с.452; Рівень С)

М.2.5 Можна використати рентген або КТ органів черевної порожнини для обстеження обсягу калового навантаження, нетримання калу, через переповнення каловими масами, та інших проблем з кишківником, таких як калове закупорення (fecal impaction), обструкція кишківника (bowel obstruction), мегаколон та мегаректум.

(PVA-NBD 2020, с.452; Рівень В)

М.2.6 Для отримання більшої кількості інформації про дисфункцію нейрогенного кишківника можна провести дослідження часу транзиту по товстому кишківнику за допомогою рентгеноконтрастних маркерів або сцинтиграфії.

(PVA-NBD 2020, с.452; Рівень В)

М.2.7 Для оцінки часу спорожнення шлунку, часу транзиту через тонкий та товстий кишківник можна використати бездротову капсулу із функцією оцінки рН оточуючого середовища (wireless motility capsule).

(PVA-NBD 2020, с.452; Рівень В)

М.2.8 Для детального оцінювання дисфункцій тазового дна в осіб із неповним моторним ураженням спинного мозку (С і D за шкалою AIS) можна використати аноректальну манометрію.

(PVA-NBD 2020, с.452; Рівень В)

М.3 Базова тактика лікування кишківника (БЛК)

Рекомендації

М.3.1 Програму БЛК слід проводити особам із рефлекторним (спастичним) та арефлекторним нейрогенним кишківником.

(PVA-NBD 2020, с.452; Рівень В)

М.3.2 Оптимальна частота дефекації на тиждень має враховувати стиль життя особи та анамнез до отримання травми.

(PVA-NBD 2020, с.452; Рівень С)

М.3.3 Механічна ректальна стимуляція може використовуватися для пацієнтів із рефлекторною дисфункцією нейрогенного кишківника.

(Адаптація PVA-NBD 2020, с.452; Рівень В)

М.3.4 Мануальна евакуація стільця може використовуватися для пацієнтів із арефлекторною дисфункцією нейрогенного кишківника.

(Адаптація PVA-NBD 2020, с.452; Рівень В)

М.3.5 Масаж живота не слід використовувати для випорожнення нейрогенного кишківника.

(PVA-NBD 2020, с.452; Рівень В)

М.3.6 Маневр Вальсальви не слід використовувати для випорожнення нейрогенного кишківника.

(PVA-NBD 2020, с.452; Рівень С)

М.4 Адаптивне обладнання

Рекомендації

М.4.1 Для осіб з обмеженою функцією руки або труднощами з досяжністю слід розглянути можливість використання адаптивного обладнання, включаючи пристрій для введення супозиторіїв та адаптивний цифровий стимулятор.

(PVA-NBD 2020, с.453; Рівень С)

М.4.2 Необхідно провести клінічне оцінювання розподілення тиску під час користування унітазом та кріслом для душу з фокусом на поточну схему догляду за

кишківником пацієнта та здатності до переміщення, на цілі пацієнта та доглядача, а також на індивідуальну функціональність, включаючи постуральну стабільність, дотягування та цілісність шкіри.

(Адаптація PVA-NBD 2020, с.453; Рівень В)

М.5 Дієта, добавки, клітковина, рідина та пробіотики

Рекомендації

М.5.1 Медичні працівники повинні розпитати та задокументувати чим пацієнт харчувався в минулому, включаючи всі харчові добавки, які вживає пацієнт із ТСМ. (PVA-NBD 2020, с.453; Рівень С)

М.5.2 Медичні працівники повинні скерувати пацієнта до лікаря-дієтолога, якщо він має поганий апетит, поганий пероральний прийом їжі або значні зміни ваги.

(PVA-NBD 2020, с.453; Рівень С)

М.5.3 Не слід усім без винятку пацієнтам із ТСМ прописувати дієту з високим вмістом клітковини. Потрібно поступово підвищувати споживання клітковини з їжі або добавок, щоб оцінювати їх переносимість.

(PVA-NBD 2020, с.453; Рівень В)

М.5.4 Потрібно визначити продукти, що викликають у пацієнта із ТСМ надмірне газоутворення, здуття живота, та/або зміну дефекації, та обмежити або виключити їх з раціону.

(PVA-NBD 2020, с.453; Рівень С)

М.5.5 Медичні працівники повинні рекомендувати пацієнту із ТСМ підтримувати нормальний водний баланс організму (стан оптимального загального вмісту води в тілі) та уникати зневоднення, щоб зменшити тенденцію до закріпів. Оптимальна кількість рідини визначається балансом між кількістю, необхідної для досягнення оптимальної консистенції стільця та кількістю, потрібною для лікування сечового міхура.

(PVA-NBD 2020, с.453; Рівень С)

М.5.6 Медичним працівникам не слід в обов'язковому порядку рекомендувати пацієнтам із ТСМ пробіотики.

(PVA-NBD 2020, с.453; Рівень С)

М.5.7 Пробіотики можуть бути корисними для пацієнта із ТСМ, що приймає антибактеріальні лікарські засоби, оскільки вони полегшують прояви діареї, яка пов'язана з їх прийомом, а також діареї, викликані клостридіями (*Clostridium difficile*).

(PVA-NBD 2020, с.453; Рівень А)

М.6 Пероральні лікарські засоби

Рекомендації

М.6.1 Медичні працівники можуть використовувати пероральні лікарські засоби для лікування кишківника, однак докази щодо їх застосування обмежені та

немає даних, які б свідчили про перевагу застосування одного лікарського засобу над іншим. (PVA-NBD 2020, с.453; Рівень С)

М.7 Використання супозиторіїв, клізм та зрошення

Рекомендації

М.7.1 Для лікування кишківника медичні працівники можуть використовувати лікарські засоби у формі для ректального застосування.

(PVA-NBD 2020, с.453; Рівень В)

М.7.2 Рекомендується надавати перевагу супозиторію на основі поліетиленгліколю бісакодил на основі поліетиленгліколю замість супозиторію бісакодил на основі гідрогенізованої рослинної олії.

(PVA-NBD 2020, с.453; Рівень В)

М.7.3 Рекомендується надавати перевагу міні-клізмам із докузатом замість супозиторію бісакодил на основі гліцерину, мінеральної або рослинної олії.

(PVA-NBD 2020, с.453; Рівень В)

***Коментар робочої групи:** на момент розробки КН лікарський засіб з міжнародною непатентованою назвою «Докузат натрію» (*Docusatum natrium*) у лікарській формі «розчин ректальний для клізм» в Україні не зареєстрований.*

М.7.4 Не рекомендується на постійній основі використовувати клізми з фосфату натрію, мильної води або молока та патоки; втім, деяким окремим пацієнтам періодичне застосування таких клізм від закрепи може бути корисним.

(PVA-NBD 2020, с.453; Рівень С)

М.7.5 Трансанальне зрошення рекомендується пацієнтам із дисфункцією нейрогенного кишківника, які не досягли достатнього результату при БЛК.

(PVA-NBD 2020, с.454; Рівень А)

М.7.6 Для полегшення калового закупорення (fecal impaction) в умовах лікарні/клініки може бути використана імпульсна зрошувальна евакуація (Pulsed irrigation evacuation, PIE).

(PVA-NBD 2020, с.454; Рівень В)

***Коментар робочої групи:** в Україні метод «імпульсна зрошувальна евакуація» відомий під назвою «гідроколоноterapia».*

М.8 Вплив положення та активності на дисфункцію нейрогенного кишківника

Рекомендації

М.8.1 Необхідно пацієнтів заохочувати до регулярної фізичної активності як частини здорового способу життя.

(PVA-NBD 2020, с.454; Рівень В)

М.8.2 Програма в положенні стоячи може покращити роботу кишківника деяким пацієнтам, але її потрібно порівняти з іншими видами фізичної активності, а також врахувати застережні заходи, яких необхідно вжити для безпеки пацієнта.
(PVA-NBD 2020, с.454; Рівень В)

М.9 Використання функціональної електричної стимуляції

Рекомендації

М.9.1 Не рекомендується на постійній основі застосовувати ФЕС при дисфункції нейрогенного кишківника.
(CAN-SCIP 2020; Рівень В)

М.10 Хірургічне втручання для лікування дисфункції нейрогенного кишківника

Рекомендації

М.10.1 Антеградна утримуюча клізма Малоуна може бути застосована для пацієнтів із ТСМ із тяжкою дисфункцією нейрогенного кишківника, яким не допомогли інші методи лікування.

(PVA-NBD 2020, с.454; Рівень В)

М.10.2 Процедура антеградна утримуюча клізма Малоуна може бути вибором для пацієнтів з дисфункцією нейрогенного кишківника, які віддають перевагу цьому варіанту після ретельного інформування щодо ризиків, переваг та ускладнень, а також після спільного прийняття рішення зі своїм лікарем.

(PVA-NBD 2020, с.454; Рівень В)

***Коментар робочої групи:** в Україні метод «антеградна утримуюча клізма Малоуна» відомий під назвою «апендикостомія».*

М.10.3 Пацієнтам із тяжкою дисфункцією нейрогенного кишківника, яким не допомогли інші методи лікування або, які стикнулися із важкими ускладненнями, рекомендується провести колостомію.

(PVA-NBD 2020, с.454; Рівень В)

М.10.4 Колостома може бути вибором для пацієнтів з дисфункцією нейрогенного кишківника, які віддають перевагу цьому варіанту після ретельного інформування щодо ризиків, переваг та ускладнень, а також після спільного прийняття рішення зі своїм лікарем.

(PVA-NBD 2020, с.454; Рівень В)

М.11 Тактика лікування медичних ускладнень при нейрогенній дисфункції кишківника

Рекомендації

М.11.1 Необхідна оцінка та відслідковування унікальних клінічних проявів гастроентерологічних та внутрішньочеревних ускладнень, пов'язаних із дисфункцією нейрогенного кишківника у пацієнтів із ТСМ.

(PVA-NBD 2020, стр.454; Рівень С)

М.11.2 Медичні працівники повинні оцінювати та відслідковувати ускладнення, які в основному впливають на частини тіла поза межами черевної порожнини, але пов'язані із дисфункцією нейрогенного кишківника, такі як автономна дисрефлексія або пошкодження шкіри.

(PVA-NBD 2020, стр.454; Рівень С)

М.11.3 Лікування геморою консервативне; якщо кровотеча рефрактерна, виправдане лікування методами без висічення. Необхідно уникати висічення за допомогою гемороїдектомії.

(PVA-NBD 2020, с.454; Рівень В)

М.12 Оцінювання самостійного використання туалету для догляду за кишківником

Рекомендації

М.12.1 Ризики для цілісності шкіри: всі пацієнти із послабленою/відсутньою чутливістю та тривалим відвідуванням туалету повинні використовувати сидіння, що розподіляють тиск, незалежно від того, чи користуються вони унітазом або кріслом для душі. Це знизить ризик пошкодження шкіри внаслідок тиску, але не повністю усуне його. Пацієнти, які мають пошкоджену шкіру та утворення рубців, можуть не переносити безпечно навіть короткочасне сидіння. Мінімізація тривалості догляду за кишківником за рахунок ефективної та своєчасної програми лікування кишківника є дуже важливою.

(Адаптація BOWEL 2012; Рівень С)

М.13 Навчання пацієнтів із ТСМ та доглядальників

Рекомендації

М.13.1 Навчання для пацієнтів із ТСМ, доглядальників та фахівців охорони здоров'я повинно проводитися та бути всеохоплюючим для всіх рівнів слухачів.

(PVA-NBD 2020, стр.454; Рівень С)

М.13.2 Пацієнтів із ТСМ, а також доглядальників слід навчати складовим програми лікування кишківника.

(PVA-NBD 2020, стр.455; Рівень С)

М.13.3 Потрібно провести навчання щодо можливих ускладнень.

(PVA-NBD 2020, стр.455; Рівень С)

М.13.4 Потрібно розглянути можливість надання підтримки та проведення навчання для доглядальника, коли це доречно.

(PVA-NBD 2020, стр.455; Рівень С)

М.13.5 Потрібно обговорити сексуальну близькість та міркування, пов'язані з програмою лікування кишківника.

(PVA-NBD 2020, стр.455; Рівень С)

М.14 Психосоціальні аспекти захворювання нейрогенного кишківника **Рекомендації**

М.14.1 До обстеження захворювання нейрогенного кишківника слід включати психосоціальні аспекти, які є перешкодою для засвоєння програми кишківника, наприклад, когнітивні функції (здатність вчитися та керувати іншими), депресію, тривожність, больові відчуття, грамотність, мову, а також етнічні або культурні особливості.

(PVA-NBD 2020, стр.455; Рівень С)

М.14.2 Якщо пацієнт із ТСМ стикається із багатьма проблемами через захворювання нейрогенного кишківника або не виконує програму кишківника, потрібно за допомогою формалізованих скринінгових тестів провести оцінку депресії, тривожності або якості життя.

(PVA-NBD 2020, стр.455; Рівень С)

Н. КАРДІОМЕТАБОЛІЧНІ ЗАХВОРЮВАННЯ

Н.1 Корекція компонентів ризику кардіометаболічного захворювання після ТСМ (харчування та фізична активність)

Рекомендації

Н.1.1 При виписці після реабілітації, фахівці повинні провести оцінювання кардіометаболічного захворювання у всіх дорослих пацієнтів із ТСМ. Для тих, хто вже виписаний з реабілітації, необхідно провести оцінювання кардіометаболічного захворювання як найшвидше, а також раз на три роки.

(Адаптація NASH 2018, с.402; Рівень С)

Н.1.2 Клініцистам рекомендується використовувати визначення Американської асоціації серця (American Heart Association, АНА) та п'ять складових ризику ожиріння, інсулінорезистентності, дисліпідемії (включно із індивідуальними ризиками низького рівня холестерину та ліпопротеїдів високої щільності (ХС, ЛПВЩ), та підвищеного рівня тригліцеридів (ТГ) та гіпертензії) в якості складових ризику кардіометаболічного захворювання для пацієнтів із ТСМ.

(Адаптація NASH 2018, с.402; Рівень С)

Н.2 Фізичні вправи для покращення фізичної форми та кардіометаболічного здоров'я

Н.2.1 Клініцисти повинні залучати усіх пацієнтів із ТСМ до адаптованої фізичної активності протягом усього їхнього життя, незважаючи на те, чи раніше пацієнт був фізично активним. Втручання, спрямовані на зміну поведінки, можуть сприяти фізичній активності.

(CAN-SCIP 2020; Рівень В)

Н.2.2 Пацієнти з ТСМ повинні регулярно бути залученими до виконання фізичної активності відповідно до своїх спроможностей згідно з рекомендаціями,

наведеними в Настановах з фізичної активності Канадської асоціації ураження спинного мозку (версія 2). В якості способів зміцнення кардіометаболічної системи розгляньте ергометрію для рук та вправи на опір для верхніх кінцівок. Настанови з фізичної активності Канадської асоціації ураження спинного мозку (Canadian SCI Physical Activity Guidelines): <https://sciguideelines.ubc.ca/>.

(Адаптація NASH 2018, с.408; Рівень С)

N.2.3 Пацієнти з ТСМ повинні виконувати щонайменше: аеробні вправи (інтенсивність від середньої до високої) двічі на тиждень впродовж 20 хвилин та 3 комплекси силових вправ на кожну велику групу м'язів, що функціонує, інтенсивність від середньої до високої двічі на тиждень для зміцнення кардіореспіраторної витривалості та сили м'язів.

(GINIS 2017, с.16; Рівень А)

Ресурси:

Ресурси SCI Action Canada: <https://sciactioncanada.ok.ubc.ca/resources>

Вправи на тренування сили для осіб із параплегією:

<http://fhscd-sciactioncanada-2019.sites.olt.ubc.ca/files/2019/11/home-strength-training-guide-paraplegia.pdf>

Вправи на тренування сили для осіб із тетраплегією:

<http://fhscd-sciactioncanada-2019.sites.olt.ubc.ca/files/2019/11/home-strength-training-guide-tetraplegia.pdf>

Відео із вправами на тренування сили для осіб із параплегією або тетраплегією:

<https://sciactioncanada.ok.ubc.ca/resources/active-homes/>

Силові вправи для користувачів крісла колісного:

<https://sciguideelines.ubc.ca/tools-for-success/activity-examples/activities-for-power-wheelchair-users/>

N.3 Оцінювання та корекція харчування

Рекомендації

N.3.1 Лікар-дієтолог повинен оцінити вік, етнічну приналежність, стать, час з моменту отримання травми, рівень ураження, рівень активності, харчові звички, поведінку щодо паління, вживання алкоголю та статус ваги пацієнтів із ТСМ, оскільки ці фактори пов'язані з аномальним рівнем ліпідів у крові, особливо зі зниженим рівнем ХС, ЛПВЩ.

(Адаптація NUTR 2009, стор.10; Рівень А)

N.3.2 Розгляньте можливість встановлення цільової кількості калорій та розгляньте метод непрямой калориметрії, якщо є можливість, для оцінки витрат калорій та потреб в енергії. Якщо такої можливості немає, фахівці повинні проконсультуватися з лікарем-дієтологом та вести щоденник калорій.

(CAN-SCIP 2020; Рівень С)

N.3.3 У післягострому періоді фахівці можуть розглянути можливість запровадження наступних заходів щодо харчування:

1) для всіх пацієнтів із TCM прийняти план здорового для серця харчування з акцентом на фрукти, овочі, цільнозернові злаки, нежирні молочні продукти, птицю, рибу, бобові, нетропічні рослинні олії та горіхи, обмеживши при цьому вживання солодощів, солодких напоїв, а також червоного м'яса;

2) прийняти план харчування DASH (Dietary Approach to Stopping Hypertension) або Середземноморський план харчування, якщо наявна гіпертонія або додаткові кардіометаболічні фактори ризику.

Дієта DASH: <https://www.heartandstroke.ca/get-healthy/healthy-eating/dash-diet>
(Адаптація NASH 2018, с.407; Рівень С)

N.3.4 Лікар-дієтолог, який лікує пацієнтів із TCM, які проживають в громаді, повинен володіти спеціалізованими знаннями щодо харчування та енергетичних потреб пацієнтів із TCM для проведення оцінювання харчування в рамках щорічного медичного обстеження, щоб розробити та впровадити індивідуальний план терапевтичного харчування. До оцінювання харчування входить, але не обмежується, наступне:

1) анамнез, пов'язаний з харчовими продуктами та харчуванням (особливо нестача знань, переконання та ставлення, образ тіла, поведінка під час прийому їжі, фізична спроможність годувати себе, доступ до постачання продуктів харчування та поживних речовин, готування страв і харчові продукти, яких уникають);

2) антропометричні виміри (зокрема, композиційний склад та вага тіла);

3) дані біохімічного дослідження, результати аналізів та процедур (особливо рівень концентрації глюкози та ліпідів сироватки крові);

4) соціальний анамнез (особливо ізоляція);

5) фізіологічні показники, пов'язані із харчуванням (зокрема, функція кишківника та сечового міхура).

(NUTR 2009, с.6; Рівень В)

***Коментар робочої групи:** у тексті даної КН термін «композиційний склад тіла» означає «пропорції жирової маси та безжирової маси (м'язи, кістки, вода тощо) в організмі» (Position of the American Dietetic Association. (2009). Weight management. Journal of the American Dietetic Association, 109, 330–346).*

N.3.5 Щорічне оцінювання харчування лікарем-дієтологом необхідно проводити для виявлення проблем, пов'язаних із харчуванням, що можуть вплинути на здоров'я та якість життя пацієнтів із TCM.

(NUTR 2009, с.6; Рівень В)

N.4 Оцінка харчування для попередження та лікування зайвої ваги і ожиріння

Рекомендації

N.4.1 Лікар-дієтолог повинен оцінити вагу та композиційний склад тіла пацієнта з TCM та, за потреби, скоригувати рівень споживання калорій або

впровадити стратегії управління вагою. Див. рекомендації з оцінки харчування щодо методів визначення ваги та енергетичних потреб, а також настанову Американської дієтологічної асоціації з управління вагою дорослих на основі доказової медицини (<https://www.andeal.org/vault/pqnew132.pdf>).

(NUTR 2009, с.25; Рівень А)

N.5 Ожиріння

Рекомендації

N.5.1 На початку реабілітації та при виписці фахівцям варто обстежити пацієнтів із TCM щодо ожиріння:

1) за можливості проведіть композиційний аналіз складу тіла, використовуючи трьох- або чотирьох компонентну модель, щоб повідомити про ожиріння в дорослих із TCM, доки не стане можливим застосувати валідні, клінічно відповідні рівняння. Дорослих чоловіків із >22% жирової маси тіла та дорослих жінок із >35% жирової маси тіла віднести до таких, які мають ожиріння та високий ризик кардіометаболічного захворювання;

2) $IMT \geq 22$ кг/м²- порогове значення, що використовується в якості сурогатного маркеру ожиріння для осіб із TCM. Дорослі чоловіки й жінки із $IMT \geq 22$ кг/м² мають високий ризик кардіометаболічного захворювання. Проводьте тестування щонайменше кожні три роки після первинної оцінки, якщо показники в нормі у безсимптомних дорослих із TCM.

(Адаптація NASH 2018, с.402; Рівень С)

***Коментар робочої групи:** в Україні медична допомога пацієнтам з ожирінням надається згідно зі Стандартом медичної допомоги «Ожиріння у дорослих», затвердженим наказом Міністерства охорони здоров'я України від 03 березня 2023 року № 427.*

N.6 Артеріальна гіпертензія

Рекомендації

N.6.1 Медичні працівники повинні розглянути можливість прийняття Канадської настанови серця та інсульту (Canadian Heart and Stroke Guideline) в якості основного методу обстеження для вимірювання артеріального тиску у пацієнтів із TCM. Під час кожного планового прийому вимірювати артеріальний тиск, але не рідше одного разу на рік.

(Адаптація NASH 2018, с.403; Рівень С)

N.7 Фармакотерапія при артеріальній гіпертензії

Рекомендації

N.7.1 Медичні працівники повинні використовувати Канадську настанову серця та інсульту з лікування гіпертензії у середньостатистичних жителів для лікування пацієнтів із TCM.

(Адаптація NASH 2018, с. 412; Рівень С)

N.7.2 Обираючи гіпотензивний лікарський засіб, клініцисти повинні врахувати фактори, пов'язані з ТСМ, наприклад, вплив тіазидних діуретиків на лікування сечового міхура. Відомим побічним ефектом гіпотензивної терапії є ортостатична гіпотензія.

(NASH 2018, р.413; Рівень С)

N.8 Порушення рівня глюкози натще, пре-діабет і діабет Рекомендації

N.8.1 Варто розглянути можливість перевіряти дорослих пацієнтів із ТСМ на наявність діабету та пре-діабету, повторювати аналізи щорічно, якщо результати нормальні.

(Адаптація NASH 2018, с.402; Рівень С)

N.8.2 Застосовуйте Канадську клінічну практичну настанову з діабету (Diabetes Canada clinical practice guideline) для діагностики пре-діабету на основі визначення рівня глюкози у плазмі крові натще (FPG), рівня глюкози у плазмі крові через 2 години після перорального тесту на толерантність до глюкози з 75 г (ПТТГ) чи рівні глікозильованого гемоглобіну HbA1c.

(Адаптація NASH 2018, с.403; Рівень С)

***Коментар робочої групи:** в Україні медична допомога дорослим пацієнтам з цукровим діабетом надається відповідно до Уніфікованого клінічного протоколу первинної, екстреної та спеціалізованої медичної допомоги «Цукровий діабет 1 типу у дорослих», затвердженого наказом Міністерства охорони здоров'я України від 26 січня 2023 року №151, Уніфікованого клінічного протоколу первинної та спеціалізованої медичної допомоги «Цукровий діабет 2 типу у дорослих», затвердженого наказом Міністерства охорони здоров'я України від 24 липня 2024 року №1300.*

N.9 Дисліпідемія

Рекомендації

N.9.1 Для зниження рівнів захворюваності та смертності лікарі первинної ланки та/або лікарі ФРМ повинні перевіряти всіх пацієнтів із ТСМ, які живуть у громаді, на порушення рівня ліпідів. У пацієнтів із ТСМ вищі показники захворюваності та поширеності раннього початку серцево-судинних захворювань.

(Адаптація NUTR 2009, с.4; Рівень В)

N.9.2 Для пацієнтів із ТСМ, які мають багато факторів ризику або підтверджену дисліпідемію або тих, які почали лікування, щорічно проводьте скринінг.

(NASH 2018, с.404; Рівень С)

N.10 Фармакотерапія при дисліпідемії

Рекомендації

N.10.1 При виборі фармакотерапії керуйтеся іншими факторами, часто присутніми при ТСМ, наприклад, низький рівень ХС, ЛПНЩ. Почніть монотерапію статинами, використовуючи статин принаймні помірної інтенсивності (наприклад, розувастатин 10–20 мг/день). При початку лікування статинами керуйтеся Канадською настановою серця та інсульту.

(Адаптація NASH 2018, с.411; Рівень С)

***Коментар робочої групи:** в Україні медична допомога пацієнтам з дисліпідемією надається відповідно до Уніфікованого клінічного протоколу первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Профілактика серцево-судинних захворювань», затвердженого наказом Міністерства охорони здоров'я України від 13 червня 2016 року № 564.*

N.11 Діабет - фармакотерапія при дисглікемії, пре-діабеті та діабеті другого типу

Рекомендації

N.11.1 Фахівці повинні використовувати поріг ризику для рівнів HbA1c більше 7% як критерій, щоб підкреслити необхідність втручання в спосіб життя.

(Адаптація NASH 2018, с.410; Рівень С)

Канадська клінічна практична настанова з діабету (Diabetes Canada Clinical Practice Guideline: <https://guidelines.diabetes.ca/home>)

N.12 Баріатрична хірургія при ризиках кардіометаболічних захворювань

Рекомендації

N.12.1 Вважайте баріатричну хірургію для пацієнтів із патологічним ожирінням при ТСМ крайнім засобом, до якого слід вдаватися за виняткових обставин, через суттєві інтраопераційні та післяопераційні ризики. Якщо розглядається варіант баріатричної хірургії, фахівець, який спеціалізується на ТСМ, повинен надати консультаційні послуги команді хірургів та анестезіологів перед, під час, та після операції, щоб попередити їх про унікальні ризики, пов'язані з ТСМ. Якщо доступні варіанти зниження ваги не спрацювали для пацієнтів із ТСМ та патологічним ожирінням, скеруйте їх до баріатричної програми, щоб оцінити альтернативні варіанти лікування та придатність до операції.

(Адаптація NASH 2018, с.414; Рівень С)

N.13 Нутритивна підтримка після ТСМ

Рекомендації

N.13.1 Рекомендується якнайшвидше розпочати нутритивну підтримку пацієнтів із ТСМ. Раннє ентеральне харчування (розпочате протягом перших 72

годин від моменту травми) є безпечним. Проте, не було доведено його впливу на результати неврологічного відновлення, тривалість госпіталізації або поширеність ускладнень у пацієнтів із гострою ТСМ.

(CNS-NUT 2013, с.22; Рівень С)

О. ЕМОЦІЙНЕ БЛАГОПОЛУЧЧЯ

О.1 Скринінг, обстеження та лікування

Рекомендації

О.1.1 Варто інтегрувати/долучати фахівців у сфері ментального здоров'я з освітою, кваліфікацією та досвідом роботи з пацієнтами, які мають ТСМ, а також із загальним ментальним здоров'ям та розладами вживання психоактивних речовин, до програм комплексної реабілітації пацієнтів із ТСМ в амбулаторних умовах та умовах стаціонару.

(PVA-EWB 2020, с.160; Рівень С)

О.1.2 У рамках стаціонарної та амбулаторної реабілітації рекомендовано проводити на постійній основі для всіх пацієнтів з ТСМ скринінг щодо розладів ментального здоров'я, вживання психоактивних речовин та ризику суїциду.

(PVA-EWB 2020, с.160; Рівень С)

О.1.3 Слід враховувати поточні симптоми та анамнез життя до скринінгу та обстеження розладів ментального здоров'я та розладів, викликаних вживанням психоактивних речовин.

(PVA-EWB 2020, с.160; Рівень С)

О.1.4 Доцільно скерувувати пацієнтів, у яких виявлено розлад ментального здоров'я або розлад, викликаний вживанням психоактивних речовин, до фахівця з ментального здоров'я для діагностичного обстеження та, якщо це показано, початку лікування.

(PVA-EWB 2020, с.160; Рівень С)

О.1.5 Слід залучати пацієнтів із розладом ментального здоров'я або розладом вживання психоактивних речовин, до прийняття рішень стосовно їх лікування.

(PVA-EWB 2020, с.160; Рівень С)

О.1.6 Рекомендовано систематично оцінювати валідні та стандартизовані показники прогресу для інформування про догляд та коригування лікування (допомога на основі вимірювань) психічних розладів або розладів вживання психоактивних речовин.

(PVA-EWB 2020, с.160; Рівень С)

О.1.7 Після виписки або при переведенні на наступний етап допомоги, якщо показано, слід скерувати до подальшого лікування та координуйте допомогу.

(PVA-EWB 2020, с.160; Рівень С)

О.1.8 Перед випискою медичні працівники повинні розглянути можливість скерувати пацієнтів із ТСМ до мереж підтримки за моделлю «рівний-рівному» або до амбулаторної психологічної консультації. Для усунення депресивних симптомів

після отримання ТСМ слід залучати до програм терапії, що ґрунтуються на когнітивно-поведінковій терапії в малих групах.

(CAN-SCIP 2020, с.160; Рівень С)

О.2 Діагностика специфічних розладів: Тривожні розлади

Рекомендації

О.2.1 Варто використовувати коротке, валідне вимірювання, що має хорошу чутливість для скринінгу всіх пацієнтів на наявність загальної тривоги та панічних розладів:

- 1) на початку першої госпіталізації або реабілітації;
- 2) як повторний скринінг, якщо є показання для обстеження симптомів, що залишилися, або зміни стану;
- 3) в якості першого кроку подальшого спостереження після виписки;
- 4) під час наступних/майбутніх обстежень, в залежності від стратифікації таких факторів, наприклад, позитивного результату скринінгу на тривожність у минулому або психологічних розладів в анамнезі до отримання травми.

(PVA-EWB 2020, с.160; Рівень С)

О.2.2 Рекомендовано скерування пацієнтів із позитивним результатом скринінгу або тих, у кого підозра на тривожний розлад, до надавача послуг з ментального здоров'я для діагностичного обстеження з тим, щоб провести обстеження на наявність таких станів як генералізований тривожний розлад або панічний розлад. Потрібно виключити можливість більш переконливого пояснення симптомів впливом стану здоров'я, лікарських засобів, наркотиків, середовища або інших факторів.

(PVA-EWB 2020, с.160; Рівень С)

О.2.3 Для мінімізації тривожності, підтримайте пацієнтів специфічними та неспецифічними терапевтичними стратегіями, що надаються усіма фахівцями охорони здоров'я (лікарями, медсестрами, терапевтами, психологами, соціальними працівниками та іншими), які з ними працюють.

(PVA-EWB 2020, с.160; Рівень С)

О.2.4 Генералізований тривожний розлад, панічний розлад або будь-який інший вид клінічно значущої тривожності лікуйте фармакологічними та/або нефармакологічними втручаннями, виходячи з клінічного обговорення пацієнта та уподобань пацієнта.

(PVA-EWB 2020, с.160; Рівень С)

О.2.5 За наявності показань варто розглянути фармакологічне лікування тривожності.

(PVA-EWB 2020, с.161; Рівень С)

О.2.6 Слід розглянути можливість нефармакологічного лікування тривожності.

(PVA-EWB 2020, с.161; Рівень С)

О.3 Діагностика специфічних розладів: Великий депресивний розлад (ВДР)

Рекомендації

О.3.1 Проводьте скринінг усіх пацієнтів із ТСМ на наявність ВДР за допомогою короткого валідного вимірювання із високою чутливістю та специфічністю:

- 1) на початку першої госпіталізації або перебування в стаціонарі з метою реабілітації;
- 2) для повторного скринінгу, якщо є показання для обстеження симптомів, що залишилися, або зміни стану;
- 3) в якості першого кроку подальшого спостереження після виписки;
- 4) принаймні щорічно або частіше, залежно від факторів стратифікації ризику, таких як попередні позитивні результати скринінгу та хронічний біль.

(PVA-EWB 2020, с.161; Рівень С)

О.3.2 Скеруйте пацієнтів із позитивним результатом скринінгу або тих, у кого підозра на депресивний розлад, до надавача послуг у сфері ментального здоров'я для проведення діагностичного обстеження і лікування.

(Адаптація PVA-EWB 2020, с.161; Рівень С)

О.3.3 Після отримання позитивного результату скринінгу рекомендовано провести валідне діагностичне обстеження для підтвердження таких нозологій як ВДР або розлад адаптації (включаючи ситуації, коли симптоми достатньо довго не зникають та заважають реабілітації або перешкоджають людині виконувати свої певні ролі) та виключіть можливість того, що симптоми краще пояснюються через вплив стану здоров'я, прийом лікарських засобів, вживання наркотиків, навколишнього середовища або інших факторів.

(PVA-EWB 2020, с.161; Рівень С)

О.3.4 Після отримання позитивного результату скринінгу варто провести валідне діагностичне обстеження для підтвердження таких нозологій як ВДР або розлад адаптації (включаючи ситуації, коли симптоми достатньо довго не зникають та заважають реабілітації або перешкоджають людині виконувати свої певні ролі) та виключіть можливість того, що симптоми краще пояснюються через вплив стану здоров'я, прийом лікарських засобів, вживання наркотиків, навколишнього середовища або інших факторів.

(PVA-EWB 2020, с.161; Рівень С)

О.3.5 Слід лікувати ВДР, використовуючи фармакологічні та/або нефармакологічні підходи, виходячи з клінічної картини (наприклад, супутніх захворювань), ефективності лікування та побажань пацієнта.

(PVA-EWB 2020, с.161; Рівень А)

О.3.6 Розгляньте фармакологічне лікування великої депресії.

(PVA-EWB 2020, с.161; Рівень А)

О.3.7 Розгляньте нефармакологічне лікування великої депресії.

(PVA-EWB 2020, с.161; Рівень А)

О.3.8 Для усунення симптомів депресії фахівцям слід розглянути можливість призначення когнітивно-поведінкової терапії як варіанту лікування та способу зменшення симптомів депресії для пацієнтів із ТСМ та доглядальників.

(CAN-SCIP 2020; Рівень А)

***Коментар робочої групи:** в Україні медична допомога пацієнтам з депресією надається відповідно до Уніфікованого клінічного протоколу первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Депресія (легкий, помірний, тяжкий депресивні епізоди без соматичного синдрому або з соматичним синдромом, рекурентний депресивний розлад, дистимія)», затвердженого наказом Міністерства охорони здоров'я України від 25 грудня 2014 року № 1003.*

О.4 Діагностика специфічних розладів: розлади, що пов'язані із вживанням психоактивних речовин

Рекомендації

О.4.1 Рекомендовано проводити скринінг всіх пацієнтів на наявність розповсюджених розладів, викликаних вживанням психоактивних речовин:

1) перед випискою в громаду використовуйте коротке, валідне вимірювання із хорошою чутливістю для скринінгу вживання протягом усього життя та проблем із алкоголем, інших (заборонених законом) наркотиків, тютюну, марихуани та немедичного використання лікарських засобів, що отримуються за рецептом;

2) залежно від первинних результатів скринінгу та інших факторів ризику проведіть у пацієнтів повторний скринінг нещодавнього вживання психоактивних речовин під час амбулаторної реабілітації або на первинній ланці.

(PVA-EWB 2020, с.161; Рівень С)

О.4.2 Слід скеровувати пацієнтів із позитивними результатами скринінгу або із підозрою на розлад, викликаний вживанням психоактивних речовин, до надавача послуг у сфері ментального здоров'я для проведення діагностичного обстеження та лікування критеріїв розладу, викликаного вживанням психоактивних речовин.

(Адаптація PVA-EWB 2020, с.161; Рівень С)

О.4.3 Слід надавати підтримку пацієнтам із розладами, пов'язаними із вживанням психоактивних речовин, за допомогою неспецифічних та специфічних для розладів, пов'язаних із вживанням психоактивних речовин, навичок взаємовідносин, що їх застосовують усі фахівці охорони здоров'я (лікарі, медичні сестри, терапевти, психологи, соціальні працівники та інші), які працюють з такими пацієнтами.

(PVA-EWB 2020, с.161; Рівень С)

О.4.4 Рекомендовано лікувати розлади, викликані вживанням психоактивних речовин, наскільки можливо, в рамках реабілітації, використовуючи фармакологічні, нефармакологічні та суспільні підходи, виходячи з клінічної

картини (наприклад, супутніх захворювань), тривалості перебування, ефективності лікування та уподобань пацієнта.

(PVA-EWB 2020, с.161; Рівень С)

О.4.5 Можете використовувати, при наявності показань, замісну терапію для лікування розладів, викликаних вживанням психоактивних речовин, включаючи опіоїдну залежність та алкоголізм.

(PVA-EWB 2020, с.162; Рівень С)

О.4.6 Розгляньте можливість нефармакологічного лікування розладів, викликаних вживанням психоактивних речовин.

(PVA-EWB 2020, с.162; Рівень С)

О.4.7 Розгляньте скерування до суспільних програм лікування розладів, викликаних вживанням психоактивних речовин, та ресурсів самодопомоги.

(PVA-EWB 2020, с.162; Рівень С)

***Коментар робочої групи:** в Україні медична допомога пацієнтам з розладом, викликаним вживанням психоактивних речовин, надається відповідно до Стандартів медичної допомоги «Психічні та поведінкові розлади внаслідок вживання опіоїдів», затвердженого наказом Міністерства охорони здоров'я України від 09 листопада 2020 року № 2555, Стандарту медичної допомоги «Психічні та поведінкові розлади внаслідок вживання психоактивних речовин та стимуляторів за виключенням опіоїдів», затвердженого наказом Міністерства охорони здоров'я України від 13 січня 2025 року № 84.*

О.5 Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) та гострий стресовий розлад (ГСР)

Рекомендації

О.5.1 Рекомендовано провести скринінг ГСР не пізніше, ніж через місяць після отримання ТСМ та скринінг ПТСР після першого місяця. Скринінг повинен відбуватись:

- 1) під час первинної госпіталізації або перебуванні на реабілітації;
- 2) як повторне обстеження (за наявності індикаторів) стійких симптомів або зміни статусу;
- 3) як перший крок подальшого спостереження після виписки;
- 4) у майбутньому, після 6 місяців, в залежності від факторів стратифікації ризику, наприклад, чи є особа ветераном або представником інших травмонебезпечних професій, або якщо за результатами попередніх скринінгів виявлено тяжкість симптомів підпорогового значення.

(PVA-EWB 2020, с.162; Рівень С)

О.5.2 Слід скеровувати пацієнтів із позитивними результатами скринінгу або із підозрою на ГСР або ПТСР до надавача послуг у сфері ментального здоров'я для проведення діагностичного обстеження за критеріями наявності ГСР або ПТСР.

(PVA-EWB 2020, с.162; Рівень С)

О.5.3 Варто підтримувати пацієнтів із ПТСР неспецифічними та ПТСР-специфічними навичками спілкування, що їх застосовують усі фахівці охорони здоров'я (лікарі, медичні сестри, терапевти, психологи, соціальні працівники та інші), які працюють з такими пацієнтами.

(PVA-EWB 2020, с.162; Рівень С)

О.5.4 Доцільно лікувати ГСР і ПСТР, наскільки можливо, в рамках реабілітації, використовуючи фармакологічні та нефармакологічні підходи, виходячи з клінічної картини (наприклад, супутніх захворювань), тривалості перебування та уподобань пацієнта.

(PVA-EWB 2020, с.162; Рівень С)

О.5.5 Протягом першого місяця після отримання травми, можете запропонувати пацієнтам короткі, доказові психологічні інтервенції для лікування ГСР та попередження ПТСР.

(PVA-EWB 2020, с.162; Рівень С)

О.5.6 Рекомендовано запропонувати пацієнтам із ПТСР доказове, травмофокусоване психологічне лікування.

(PVA-EWB 2020, с.162; Рівень С)

О.5.7 Доцільно запропонувати пацієнтам із ГСР фармакологічне лікування, якщо травмофокусована психотерапія недоступна або неприйнятна.

(PVA-EWB 2020, с.162; Рівень С)

О.5.8 Можна запропонувати пацієнтам із ПТСР фармакологічне лікування, якщо травмофокусована психотерапія недоступна або не є бажаною.

(PVA-EWB 2020, с.162; Рівень С)

***Коментар робочої групи:** в Україні медична допомога пацієнтам з гострим стресовим розладом та ПТСР надається відповідно до Уніфікованого клінічного протоколу первинної та спеціалізованої медичної допомоги «Гостра реакція на стрес. Посттравматичний стресовий розлад. Порушення адаптації», затвердженого наказом Міністерства охорони здоров'я України від 19 липня 2024 року № 1265.*

О.6 Самогубство

Рекомендації

О.6.1 Рекомендовано провести формальний скринінг пацієнтів із ТСМ на наявність суїцидальних думок за допомогою короткого, стандартизованого, доказового інструменту скринінгу. Проведіть скринінг суїцидальних намірів та поведінки в осіб, які повідомляють про суїцидальні думки. Проводити скринінг слід:

- 1) на початку першої госпіталізації або перебування в стаціонарі з метою реабілітації;
- 2) як повторний скринінг, якщо є показання для обстеження стійкості симптомів або зміни стану;

- 3) в якості одного з перших кроків подальшого спостереження після виписки;
- 4) принаймні щорічно або частіше, в залежності від стратифікації факторів ризику.

(PVA-EWB 2020, с.162; Рівень С)

О.6.2 Необхідно розпізнавати прояви, що передують суїциду, та прискорити оцінювання таких проявів кваліфікованим фахівцем. Слід негайно вжити заходів, якщо наявні безпосередні ознаки, що передують суїциду (суїцидальне спілкування, підготовка до самогубства, та/або пошук доступу або нещодавнє використання засобів заподіяння смерті).

(PVA-EWB 2020, с.162; Рівень С)

О.6.3 Варто стратифікувати ризик самогубства на основі тяжкості та тривалості (гострий або хронічний) для визначення відповідних терапевтичних втручань та формату надання допомоги.

(PVA-EWB 2020, с.163; Рівень С)

О.6.4 Слід сприяти комплексному обстеженню пацієнта у кваліфікованого фахівця для врахування інформації про суїцидальні наміри та поведінку, ознаки, що передують суїциду, можливості підтримувати безпеку, та фактори, що впливають на ризик актів суїциду.

(PVA-EWB 2020, с.163; Рівень С)

О.6.5 Рекомендовано госпіталізувати пацієнтів із високим гострим ризиком суїциду для збереження їхньої безпеки та рішуче впливайте на ті фактори, що підлягають змінам. Безпосередньо спостерігайте за ними в безпечних умовах, де обмежений доступ до засобів заподіяння смерті (предметів із гострим кінчиком або краями, мотузок/труб, токсичних речовин).

(PVA-EWB 2020, с.163; Рівень С)

О.6.6 У разі хронічно високого ризику суїциду в контексті довгострокової амбулаторної терапії, зверніться до авторитетних надавачів послуг, скоригувавши частоту контакту відповідно до рівня ризику.

(PVA-EWB 2020, с.163; Рівень С)

О.6.7 Слід скласти план лікування пацієнтів, із високим ризиком, який сприяє утворенню терапевтичного альянсу із фахівцями сфери ментального здоров'я та включає доказові підходи психотерапії, що фокусуються на суїциді.

(PVA-EWB 2020, с.163; Рівень С)

О.6.8 Варто оптимізувати лікування супутніх психічних та медичних станів здоров'я, що можливо, впливають на ризик самогубства.

(PVA-EWB 2020, с.163; Рівень С)

О.6.9 Рекомендовано провести навчання/роз'яснення щодо ризику суїциду для пацієнтів із ризиком суїциду, родичів та доглядальників. Доцільно надати інформацію про ресурси з попередження суїциду, зокрема про гарячі лінії та кризові послуги (наприклад, номер телефону Канадської служби попередження самогубств 1-833-456-4566).

(PVA-EWB 2020, с.163; Рівень С)

Коментар робочої групи: в Україні цілодобово працює національна професійна гаряча лінія підтримки з питань запобігання самогубства та підтримки психічного здоров'я Lifeline Ukraine - за номером 7333.

О.6.10 Слід скласти план безпеки для пацієнтів, які вважаються в зоні високого ризику самогубства. Варто обмежити доступ до засобів заподіяння смерті (наприклад, обмеження доступу до вогнепальної зброї, використання запобіжників, обмеження кількості лікарських засобів, що видаються).

(PVA-EWB 2020, с.163; Рівень С)

О.6.11 Потрібно посилити особистісні фактори та фактори середовища, що можуть знизити ризик суїциду. Потрібно розвивати навички подолання стресу.

(PVA-EWB 2020, с.163; Рівень С)

Р. НЕЙРОПАТИЧНИЙ БІЛЬ

Рекомендації

Р.1 Біль, пов'язаний із TCM

Р.1.1 Міжнародний базовий набір даних щодо болю при TCM (International Spinal Cord Injury Basic Pain Data Set) рекомендується як найкращий засіб обстеження болю, включаючи ступінь важкості болю, фізичне та емоційне функціонування серед пацієнтів із TCM.

(CNS-ASSESS 2013; с. 40; Рівень А)

Р.2 Скринінг нейропатичного болю

Рекомендації

Р.2.1 Усі пацієнти із TCM повинні пройти скринінг будь-яким членом команди закладу охорони здоров'я на наявність болю за допомогою простих запитань, на які можна відповісти «так» або «ні». Якщо біль присутній під час скринінгу, необхідно провести обстеження для виявлення типу болю, його інтенсивності та інтерференції. Необхідно проводити скринінг болю під час поступлення пацієнта в гострому періоді та перед випискою.

(Адаптація CANPAIN DIAG 2016, с.S8; Рівень С)

Р.3 Діагностика нейропатичного болю

Рекомендації

Р.3.1 Діагностика нейропатичного болю, включаючи встановлення його причин, повинна ґрунтуватися на:

- 1) повному анамнезі пацієнта;
- 2) фізикальному обстеженні;
- 3) системі класифікації болю Міжнародного товариства спинного мозку (International Spinal Cord Injury Pain, IS CIP);
- 4) дослідженнях.

(CANPAIN DIAG 2016, с.S8; Рівень C)

Клінічні міркування:

Повний збір анамнезу пацієнта має бути спрямований на визначення природи больових симптомів, які можуть вказувати на причини, що, можливо, можна усунути; чинники, що обтяжують та/або імітують нейропатичний біль; вплив болю на функцію та якість життя. До основних складових повного збору анамнезу відноситься наступне:

1) природа болю: початок або подія-тригер, положення чи локалізація, характер (наприклад, пекучий, схожий на електрошок тощо), іррадіація, інтенсивність, час виникнення (наприклад, постійний біль або періодичний, спонтанний або викликаний), а також чинники, що його підсилюють або полегшують;

2) зміни неврологічного статусу: зміни сили, чутливості або спастичності;

3) супутні симптоми: запитайте про ознаки та симптоми «червоних прапорців», наприклад, вазомоторну нестабільність («червоні прапорці» - це серйозні першопричини, що можуть викликати, посилювати або імітувати нейропатичний біль. Індикатори «червоних прапорців» - це симптоми та ознаки, які вказують на те, що певний стан може бути присутнім. Принципово виявляти «червоні прапорці», оскільки їхнє ефективне лікування, якщо воно належно проведене, може суттєво зменшити або усунути нейропатичний біль. Якщо їх не лікувати, то це може спричинити серйозні небажані наслідки для пацієнта);

4) скринінг інтерференції: чи заважає сну, фізичній функції, настрою або емоційній функції;

5) нещодавні зміни стану здоров'я: нові діагнози, наприклад, діабет та інші стани, що зумовлюють схильність до полінейропатії;

6) додаткові компоненти з анамнезу: в залежності від проявів та підозрюваної етіології.

Під час фізикального обстеження необхідно провести принаймні неврологічне обстеження, обстежити стан шкіри та опорно-рухового апарату. Інші системи потрібно обстежувати, виходячи зі скарг пацієнта. До основних складових фізикального обстеження відноситься наступне:

1) показники життєво важливих функцій;

2) ISNCSCI;

3) рефлекси, тонус;

4) оцінювання амплітуди руху кінцівок, набряку суглобів або почервоніння;

5) візуальна перевірка цілісності шкіри;

6) вимірювання гомілки для виявлення тромбозу глибоких вен;

7) стандарти ISAFSCI.

Додаткові складові можуть включатися до фізикального обстеження, в залежності від клінічних проявів, наприклад:

1) первинний біль в зоні живота: скринінгове обстеження черевної порожнини;

2) респіраторне порушення: обстеження грудної клітки;

3) симптоми з боку вегетативної системи: оцінювання етіології автономної дисрефлексії (шкідливі стимули).

Може бути складно визначити конкретну етіологію, для цього можуть знадобитися додаткові дослідження. Вибір цих досліджень зумовлюється найбільш клінічно ймовірними діагнозами та методами діагностики, що обираються, виходячи з клінічних проявів. Всім пацієнтам з будь-якими змінами в неврологічному статусі, наприклад, зміна неврологічного рівня, тону та рефлексів, необхідно виконувати візуалізацію відповідної зони спинного мозку. Якщо є підозра на ІСШ, важливо зробити аналіз сечі, посів сечі та чутливість. Пацієнтам, які скаржаться на первинний біль у зоні животу, необхідно зробити УЗД органів черевної порожнини, рентгенографію або КТ для визначення джерела болю; аналіз крові, що може включати визначення концентрації ліпази, амілази, ферментів печінки та функціональні ниркові проби. Симптоми та ознаки, що вказують на респіраторне порушення, може потребувати проведення додаткових досліджень, наприклад, обстеження грудної клітини або рентгенографії. Пацієнтам із підозрою на тромбоемболію легеневої артерії потрібно зробити комп'ютерну томографічну ангіографію або вентиляційно-перфузійну сцинтиграфію легень. Інші дослідження, за потреби, необхідно проводити, виходячи із диференційної діагностики.

Р.3.2 Оцініть наявність серйозних першопричин болю («червоних прапорців»), які можуть спричинити, посилити або імітувати нейропатичний біль і вимагають подальших досліджень та негайного медичного обстеження.

(CANPAIN DIAG 2016, с.S10; Рівень C)

«Червоні прапорці»:

«Червоні прапорці» - це серйозні першопричини, що можуть викликати, посилювати або імітувати нейропатичний біль. Індикатор «червоних прапорців» – симптоми та ознаки, що вказують на можливу наявність певного стану. Необхідно виявляти «червоні прапорці», тому що їх ефективне лікування, якщо воно належно проведене, може суттєво зменшити або усунути нейропатичний біль. Якщо їх не лікувати, то це може спричинити серйозні небажані наслідки для пацієнта.

Таблиця «червоних прапорців»:
<https://www.nature.com/articles/sc201689/tables/1>

Р.3.3 Варто оцінити наявність та вжити заходів щодо психосоціальних факторів («жовтих прапорців»), що можуть бути одним із факторів, які спричиняють дистрес та інвалідність, пов'язані із болем.

(CANPAIN DIAG 2016, с.S10; Рівень C)

«Жовті прапорці»:

Врахування психосоціальних факторів (станів «жовтих прапорців») - запорука успішного лікування пацієнта, який страждає від болю після ТСМ. Наявність «жовтих прапорців» може загострити та ускладнити прояви нейропатичного болю, а також може бути одним із факторів, що спричиняють дистрес та інвалідність,

пов'язані із болем. До прикладів станів або факторів «жовтих прапорців» відносяться такі:

- 1) симптоми депресії;
- 2) зміна апетиту;
- 3) слабка мотивація займатися повсякденною діяльністю або роботою через біль;
- 4) зменшення участі у діяльності, що цінується;
- 5) попередні проблеми із болем, за наявності доказів поганого пристосування;
- 6) уникання діяльності, пов'язаної із болем;
- 7) тривалі проміжки відпочинку або постільного режиму;
- 8) наявність катастрофічного мислення, занепокоєння щодо прогнозів болю, суттєва тривожність та симптоми паніки;
- 9) вживання та залежність від алкоголю або заборонених речовин;
- 10) посилення залежності від опіюїдів або зловживання ними;
- 11) порушення якості сну та/або його тривалості;
- 12) брак підтримки з боку родини в напрямку болю та діяльності.

P.3.4 Слід враховувати проблеми, очікування і потреби пацієнтів як частину оцінювання нейропатичного болю.

(CANPAIN DIAG 2016, с.S11; Рівень C)

Клінічні міркування:

Життєво важливо пам'ятати, що біль суб'єктивний і пацієнти мають різні очікування щодо лікування та потреби стосовно болю. Відтак важливо напрацювати цілі реабілітації та план лікування в партнерстві з пацієнтом. Перед початком конкретного лікування необхідно переглянути цілі лікування, наприклад, поліпшення функції, зменшення інтенсивності болю та поліпшення настрою. Розгляньте можливість використання методики постановки цілей SMART (цілі мають бути конкретними, вимірюваними, погодженими, реалістичними та обмеженими в часі) під час постановки цілей лікування. Окреслення конкретних цільових показників лікування також дозволяє оцінити користь від лікування.

P.3.5 Команда фахівців охорони здоров'я повинна регулярно проводити стандартизоване оцінювання реакції на лікування.

(CANPAIN DIAG 2016, с.S11; Рівень C)

Клінічні міркування:

Відстеження відповіді пацієнта на лікування, в тому числі моніторинг ефективності, толерантності, підвищення дозування та побічні ефекти є життєво важливим для внесення змін до неоптимальної схеми лікування. Такі зміни необхідно провести так швидко, як тільки можливо. При вирішенні питання продовження лікування необхідно зважувати побічні ефекти та користь від лікування, а обговорення з пацієнтом має враховуватися при прийнятті рішення. Порівняння цілей лікування із досягнутими результатами допомагає визначити, чи доцільно продовжувати використовувати цю схему лікування. При визначенні успішності лікування також важливо оцінити домени інтенсивності, настрою та

функції. Окрім ISCI PBDS v2.0 можна використовувати додаткові стандартизовані інструменти оцінювання, наприклад, опитувальник щодо ризиків опіоїдів (opioioid risk tool) для оцінювання результатів, яких не містить набір даних. Оскільки деякі лікарські засоби для лікування нейропатичного болю, наприклад, опіоїди, піддаються зловживанню, важливо відслідковувати аномальну поведінку, тому що вона може свідчити або про зловживання, або про недостатнє знеболення. Національна група настанов щодо використання опіоїдів (National Opioid Use Guideline Group) наводить додаткові рекомендації щодо використання опіоїдів.

Р.3.6 До оцінки відповіді на лікування слід включити результат оцінювання змін інтенсивності болю, настрою та функції, використовуючи ISCI PBDS v2.0. Оцінка також включає згадки про небажані явища, відхилення у поведінці та комплаєнс пацієнта.

(CANPAIN DIAG 2016, с.S11; Рівень C)

Клінічні міркування:

Відстеження відповіді пацієнта на лікування, в тому числі моніторинг ефективності, толерантності, підвищення дозування та побічні ефекти є життєво важливим для внесення змін до неоптимальної схеми лікування. Такі зміни необхідно провести так швидко, як тільки можливо. При вирішенні питання продовження лікування необхідно зважувати побічні ефекти та користь від лікування, а обговорення з пацієнтом має враховуватися при прийнятті рішення. Порівняння цілей лікування із досягнутими результатами допомагає визначити, чи доцільно продовжувати використовувати цю схему лікування. При визначенні успішності лікування також важливо оцінити домени інтенсивності, настрою та функції. Окрім ISCI PBDS v2.0 можна використовувати додаткові стандартизовані інструменти оцінювання, наприклад, опитувальник щодо ризиків опіоїдів (opioioid risk tool) для оцінювання результатів, яких не містить набір даних. Оскільки деякі лікарські засоби для лікування нейропатичного болю, наприклад, опіоїди, піддаються зловживанню, важливо відслідковувати аномальну поведінку, тому що вона може свідчити або про зловживання, або про недостатнє знеболення. Національна група настанов щодо використання опіоїдів (National Opioid Use Guideline Group) наводить додаткові рекомендації щодо використання опіоїдів.

ISCI PBDS v2.0):https://cdn.ymaws.com/iscos.site-ym.com/resource/resmgr/pain_data_sets/2013_06_11_International_SCI.pdf

Р.3.7 Якщо у пацієнта знов почався або посилюється біль, його необхідно обстежити повторно.

(CANPAIN DIAG 2016, с.S11; Рівень C)

Клінічні міркування:

Критично важливо звертати особливу увагу на біль із пізнім початком або на раптове погіршення хронічного болю. Нейропатичний біль із новим початком або хронічний біль, що погіршується, можливо, вимагає виключення виліковних причин болю, обстеження станів, що є «червоними або жовтими прапорцями», та повного обстеження на нейропатичний біль.

Р.4 Надання допомоги при нейропатичному болю

Рекомендації

Р.4.1 Надання допомоги при нейропатичному болю особам із ТСМ повинно бути:

- 1) узгодженим;
- 2) міжгалузевим;
- 3) своєчасним;
- 4) пацієнто-орієнтованим;
- 5) із використанням біопсихосоціального підходу;
- 6) доказовим.

(SYS CARE 2016, с.S25; Рівень С)

Клінічні міркування:

На прояви симптомів хронічного болю впливає низка чинників, зокрема, психосоціальні чинники та фактори середовища. Однак хронічний біль може суттєво впливати на функцію, настрій та соціальні відносини. Відтак, лікування хронічного болю після ТСМ у пацієнтів із складними проявами вимагає міжгалузевого або мультидисциплінарного підходу, що охоплює медичну, фізичну, освітню та когнітивно-поведінкову складові. В основі узгодженого надання допомоги лежить комунікація між надавачами послуг охорони здоров'я, між надавачами послуг охорони здоров'я та адміністраторами, та між надавачами послуг охорони здоров'я та пацієнтом. При розробці структури програми та індивідуального плану лікування слід використовувати біопсихосоціальний підхід. Він враховує взаємопов'язаність фізіології, психології та соціальних чинників на досвід болю, що впливає на результати лікування нейропатичного болю в пацієнтів із ТСМ. Як запропоновано Strauss et al. рішення, засновані на доказах, є принциповими для прогресу лікування, причому перевагу слід надавати дослідженням і настановам, що стосуються саме ТСМ.

Р.4.2 Пацієнт із ТСМ, що:

- 1) має нейропатичний біль, пов'язаний із ТСМ із новим початком або порушенням та/або
 - 2) постійний біль, якого важко позбутися та/або
 - 3) незадоволеність поточним протоколом лікування болю,
- повинен пройти скринінг та обстеження у фахівця, який має досвід лікування пацієнтів із ТСМ.

(SYS CARE 2016, с.S25; Рівень С)

Клінічні міркування:

Дуже важливо залучати фахівців, які мають досвід роботи з ТСМ, до роботи з пацієнтами, які мають нейропатичний біль, пов'язаний із ТСМ і мають будь-які прояви, зазначені в рекомендації Р.4.2. Фахівець із досвідом роботи з ТСМ може за потреби рекомендувати відповідні скерування, обстеження, дослідження та кроки лікування. Якщо потрібно, ґрунтуючись на результатах обстеження, цей фахівець

може діяти як відповідальна особа серед фахівців команди за лікування нейропатичного болю. Якщо для встановлення етіології або тригерів нейропатичного болю після TCM вимагається діагностичне обстеження, вкрай важливо залучити спеціаліста з реабілітаційної медицини, щоб забезпечити урахування відповідних станів та проведення належних досліджень.

Р.4.3 Рекомендується надання мультидисциплінарної допомоги, що координується командою з реабілітації TCM, у випадку, якщо необхідно усунути суттєві функціональні наслідки та/або суттєві психологічні фактори супутніх захворювань, спричинених нейропатичним болем. Крім цього, необхідно впроваджувати деталізований план надання послуг, поширений серед надавачів послуг охорони здоров'я первинного, вторинного, третинного рівня.

(SYS CARE 2016, с.S25; Рівень C)

Клінічні міркування:

Важливо визнати, що стратегії лікування болю також мають враховувати вплив болю на функцію та психологію, оскільки сучасні методи лікування можуть не усунути біль або навіть ефективно зменшити його. Оскільки пацієнти мають очікувати, що будуть жити із певним ступенем болю та дискомфорту, їм принципово, навчитися мінімізувати вплив цих симптомів на своє щоденне життя. Загалом, було показано, що надання командою з реабілітації TCM комплексної допомоги відіграє головну роль у поліпшенні результатів лікування TCM. Доступ до такої команди - запорука більш ефективної корекції складних впливів на функцію та/або супутніх психологічних станів. Наразі проведення спеціалізованого лікування може вимагати доступу до спеціалізованої клініки лікування болю. Необхідно, щоб спеціалісти з питань болю та спеціалізована команда з TCM відкрито комунікували між собою та узгоджували свої дії. На перспективу рекомендуємо, враховуючи унікальні потреби групи пацієнтів із TCM, щоб ці варіанти лікування стали доступними в реабілітаційних закладах, що спеціалізуються на TCM. склад команди може змінюватися з часом, згідно потреб пацієнта. Командний підхід до надання допомоги пацієнту може поліпшити доступ, якість, та економічну ефективність. Командний підхід ефективно підвищує точність діагностики та своєчасність лікування, що може поліпшити результати лікування та рівень задоволеності пацієнтів, водночас підвищуючи ефективність використання ресурсів та рівень задоволеності фахівців своєю професією. До того ж, командний підхід може оптимізувати комунікацію із пацієнтами та їхніми родинами. Також важливо враховувати роль телемедицини, електронних консультацій та інших форм дистанційної комунікації, аби дозволити співробітникам спеціалізованих реабілітаційних центрів продовжувати подальше спостереження у випадках, коли відстань може завадити оптимальному наданню допомоги, наприклад, при проживанні пацієнта в сільській місцевості. Мультидисциплінарна команда повинна розробити детальний та інтегрований план реабілітації, зосереджений на нейропатичному болю відповідно до стандартів Accreditation Canada 2019 р.

(<https://physicians.nshealth.ca/sites/default/files/2022-09/Spinal%20Cord%20Injury%20Rehabilitation%20Services%20v.14.pdf>).

Мультидисциплінарна допомога повинна надаватися із застосуванням пацієнто-орієнтованого, цілеспрямованого, холістичного та функціонального підходу до лікування болю, який передбачає залучення доглядача та/або близької людини до плану надання послуг. До складу мультидисциплінарної команди повинні входити представники різноманітних дисциплін реабілітації, наприклад, фізична та реабілітаційна медицина, фізична терапія, ерготерапія, психологія, соціальна робота, медсестринство та, за потреби, інші фахівці.

Коментар робочої групи: в Україні медична допомога при веденні больових синдромів надається відповідно до Стандарту медичної допомоги «Хронічний больовий синдром у дорослих та дітей», затвердженого наказом Міністерства охорони здоров'я України від 06 квітня 2023 року № 643.

Р.4.4 Пацієнта із нейропатичним болем в результаті ТСМ слід виписувати із закладу охорони здоров'я, що надає спеціалізовану медичну допомогу, коли виконуються три наступні умови:

- 1) рівень важкості болю та/або функціональний статус, пов'язаний із болем вийшли на стабільне «плато»;
- 2) є поточний план із прив'язкою до ресурсів та подальшого спостереження з боку надавача послуг;
- 3) пацієнта навчили технікам самодопомоги.
(SYS CARE 2016, с.S26; Рівень С)

Клінічні міркування:

Метою виписки із закладу охорони здоров'я, що надає спеціалізовану медичну допомогу є досягнення стабільного рівня тяжкості болю та оптимізація функціонування особи із поточним рівнем тяжкості болю. Повне полегшення болю, зазвичай, не є реалістичним результатом. Можна вважати, що досягнуто стабільне плато, коли надавачі послуг та пацієнт вважають, що досягнуто максимальні успіхи, враховуючи наявний час та ресурси, в лікуванні болю та його впливі на щоденне функціонування. Після виписки може бути доречним періодичне повторне оцінювання надавачами спеціалізованої допомоги для забезпечення стабільності в лікуванні болю. Оволодіння максимально самостійними способами лікування болю є метою навчання самодопомоги пацієнта. Команда з реабілітації ТСМ повинна постійно вдосконалювати якість, зокрема, вести роботу з оцінювання та обробки відгуків щодо своїх методів лікування болю, виходячи з результатів пацієнтів. План, що є частиною поточного надання допомоги з лікування нейропатичного болю, необхідно надати в розпорядження пацієнта до виписки з реабілітації, а також пацієнт повинен пройти навчання щодо складових такого плану. Цей план також необхідно під час виписки надати надавачам послуг, які надають такі послуги після виписки, особливо надавачу, який перебирає на себе основне ведення пацієнта. До

пунктів, які корисно зазначити в плані виписки, в залежності від складності випадку та членів команди, задіяних у наданні допомоги, входять поточні лікарські засоби, план підбору дози лікарських засобів, план лікування болю в майбутньому, нефармакологічні способи лікування, розклад поточних реабілітаційних візитів та пропозиції щодо подальшого спостереження та скерування до реабілітації. Наскільки це можливо, план виписки повинен усувати перепони доступу до послуг та для кожного пацієнта визначати відповідні ресурси громади. Часто можливо встановити відповідні ресурси, співпрацюючи із організаціями-партнерами та спорідненими службами. Вкрай важливо, щоб план виписки та навчання пацієнтів враховували принцип самодопомоги, а також важливо після виписки підтримувати функціонування пацієнта та стабільність лікування болю. До втручань самодопомоги часто відносять психонавчання для оволодіння або поліпшення навичок самоефективності в постановці цілей, вирішенні проблем, лікуванні психологічних наслідків, застосуванні лікарських засобів, лікуванні симптомів, соціальній підтримці та комунікації.

Р.4.5 Вимоги до способів самодопомоги:

- 1) пацієнт повинен мати можливість їх побачити та виконати;
- 2) способи повинні відповідати спроможностям пацієнта;
- 3) способи повинні бути прив'язаними до подальшої підтримки в громаді.

Метою навчання самоконтролю є навчити пацієнта максимально самостійно справлятися з болем.

(Адаптація SYS CARE 2016, с.S27; Рівень C)

Клінічні міркування:

Оцінювання лікування сприяє підзвітності та вдосконаленню. Суб'єктивна природа болю та складність успішного лікування роблять постійне покращення якості критично важливим для забезпечення того, щоб потреби пацієнта продовжували задовольнятися, а ресурси використовувалися належним чином. До основних складових програми поліпшення якості відносяться індикатори процесу та кінцевих результатів, що демонструють поточний стан зміни лікування. Індикатори процесу, наприклад, відстеження реалізації заходів, повинні включати намір та цільовий показник. Індикатори кінцевих результатів, наприклад, зниження інтенсивності болю у пацієнта з плином часу, слід вимірювати шляхом використання елементу «інтенсивність болю» з ISCI PBDS v2.0 для точної оцінки змін, викликаних заходами лікування.

Р.5 Рекомендації щодо лікування нейропатичного болю - терапія першої лінії

Рекомендації

Р.5.1 Габапентин слід використовувати для зменшення інтенсивності нейропатичного болю у осіб із TCM.

(CANPAIN TREAT, с.S16; Рівень A)

P.5.2 Прегабалін слід використовувати для зменшення інтенсивності нейропатичного болю у пацієнтів із TCM.

(CANPAIN TREAT, с.S15; Рівень А)

P.6 Рекомендації щодо лікування нейропатичного болю - терапія другої лінії

P.6.1 Трамадол може бути використаний для зменшення інтенсивності нейропатичного болю у осіб із TCM.

(CANPAIN TREAT, с. S 16; Рівень В)

Клінічні міркування:

Трамадол рекомендується як терапія другої лінії при нейропатичному болі, пов'язаному із TCM. За результатами одного рандомізованого плацебо-контрольованого клінічного дослідження, після вживання трамадолу, на відміну від плацебо, суттєво знижувалась інтенсивність болю, але якість результату знизилась через широкі довірчі інтервали. Канадські настанови щодо безпечного та ефективного використання опіоїдів при хронічному неонкологічному болю - корисний ресурс загальних відомостей про міркування щодо застосування опіоїдів та їх призначення. Хоча трамадол не входить до списку наркотичних лікарських засобів в Канаді, в США він належить до IV списку наркотичних лікарських засобів. Максимальне добове дозування трамадолу складає 400 мг, що ділиться на 4 дози протягом доби. Зазвичай лікування починають з дози 50 мг чотири рази на день або двічі на день та далі титрують, виходячи з ефективності та переносимості. Найпоширенішими побічними ефектами є седація, нудота та закріп. Трохи підвищується ризик серотонінового синдрому, коли трамадол поєднують із іншими моноамінергетичними лікарськими засобами, наприклад, трициклічними антидепресантами.

P.6.2 Для зниження інтенсивності нейропатичного болю у пацієнтів із неповним ураженням спинного мозку (В, С або D за шкалою AIS) можна розглянути ламотриджин.

(CANPAIN TREAT, с. S 16; Рівень В)

Клінічні міркування:

Дієвість ламотриджину була продемонстрована тільки у пацієнтів із неповним ураженням спинного мозку. Тому, ламотриджин рекомендується в якості лікарського засобу терапії другої лінії тільки для цієї групи пацієнтів. За результатами одного рандомізованого плацебо-контрольованого клінічного дослідження, після вживання ламотриджину суттєво знижувалась інтенсивність нейропатичного болю у пацієнтів із неповним ураженням спинного мозку, але якість результату знизилась через широкі довірчі інтервали. Дозування ламотриджину титрувалося дозою максимум 400 мг на день. До поширених небажаних ефектів відносились запаморочення, сонливість, біль голови та висипання. Варто зазначити, що Управління продовольства та лікарських засобів США (FDA) видало попередження у чорній скриньці щодо серйозних висипань на шкірі, включаючи синдром Стівенса-Джонсона.

Коментар робочої групи: в інструкції для медичного застосування лікарського засобу «Ламотриджин» (Lamotrigine), затверджений Міністерством охорони здоров'я України, відсутні показання «лікування болю, в тому числі нейропатичного болю».

Р.7 Рекомендації щодо лікування нейропатичного болю - терапія третьої лінії

Рекомендації

Р.7.1 Транскраніальна стимуляція постійним струмом (tDCS) може бути розглянута для зменшення інтенсивності нейропатичного болю в осіб із TCM.

(CANPAIN TREAT, с.S16; Рівень А)

Клінічні міркування:

tDCS рекомендується в якості терапії третьої лінії для пацієнтів із нейропатичним болем, пов'язаним із TCM, на основі чотирьох рандомізованих клінічних досліджень нейропатичного болю в пацієнтів із TCM. До незначних побічних ефектів tDCS відноситься подразнення шкіри, яке можна мінімізувати, обробивши електроди фізіологічним розчином, а шкіру - електродною пастою та поступово підвищуючи силу струму, та фосфен, візуальне сприйняття короткого спалаху світла, який насправді відсутній, якщо електрод розміщують поряд із оком.

Р.7.2 Комбінована зорова ілюзія та tDCS може бути розглянута для зменшення інтенсивності нейропатичного болю у пацієнтів із TCM.

(CANPAIN TREAT, с.S17; Рівень А)

Клінічні міркування:

Комбінована зорова ілюзія та tDCS рекомендується в якості терапії третьої лінії. До основних побічних ефектів цієї комбінованої терапії відносяться легкий головний біль та втома.

Р.8 Рекомендації щодо лікування нейропатичного болю - терапія четвертої лінії

Рекомендації

Р.8.1 Використання транскутанної електричної стимуляції нервів (TENS) може бути розглянуто для зменшення інтенсивності нейропатичного болю у пацієнтів із TCM.

(CANPAIN TREAT 2016, с.S17; Рівень С)

Р.8.2 Операція руйнування зони входу задніх корінців (DREZ-томія) може бути розглянута в надзвичайних обставинах у якості крайнього засобу для зменшення інтенсивності нейропатичного болю у пацієнтів із TCM.

(CANPAIN TREAT 2016, с.S17; Рівень С)

Клінічні міркування:

Докази користі DREZ-томії наявні, але ризикованість операції не виправдовує її використання, окрім як за виняткових обставин. До ризиків, спричинених DREZ-

томією, відносяться парез, нейропатія або радикулопатія, атаксія та низка хірургічних ускладнень, таких як постійний біль ділянки операційної рани, витікання спинномозкової рідини, запалення операційної рани, підшкірні гематоми та бактеріємія.

P.8.3 Леветирацетам не повинен використовуватися для зменшення інтенсивності нейропатичного болю у пацієнтів із TCM.

(CANPAIN TREAT 2016, с.18; Рівень А)

P.8.4 Мексилетин не повинен використовуватися для зменшення інтенсивності нейропатичного болю у пацієнтів із TCM.

(CANPAIN TREAT 2016, с.18; Рівень А)

P.9 Нефармакологічні види терапії

Рекомендації

P.9.1 Пацієнти можуть спробувати кілька різних фармакологічних і нефармакологічних методів, якщо після консультації з фахівцем такі методи будуть вважатися безпечними (наприклад, масаж, канабіс, остеопатія). Ми визнаємо існування низки додаткових стратегій охорони здоров'я, які становлять помірну небезпеку. Їх можна використовувати як поодинокі, так і в поєднанні. Деяким пацієнтам ці види терапії успішно знижують інтенсивність нейропатичного болю.

(CAN-SCIP 2020; Рівень С)

Q. РЕСПІРАТОРНА СИСТЕМА

Q.1 Визначення об'єму легень

Рекомендації

Q.1.1 Пацієнти з TCM, які проходять реабілітацію в стаціонарі, повинні пройти скринінг на порушення дихання уві сні та пройти лікування до виписки в громаду.

(CAN-SCIP 2020; Рівень С)

Q.2 Абдомінальний бандаж і стимуляція м'язів черевного преса

Q.2.1 Пацієнтам із рівнем травми від C1 до T11 ми рекомендуємо використання абдомінального бандажу для покращення функції легень.

(CAN-SCIP 2020; Рівень В)

Q.2.2 Можна запропонувати електричну стимуляцію м'язів черевного преса для покращення функції кашлю лише в контексті наукового дослідження під наглядом фахівців.

(CAN-SCIP 2020; Рівень С)

Q.3 Лікарські засоби для респіраторної функції

Рекомендації

Q.3.1 Пацієнтам із тетраплегією та порушеною респіраторною функцією із компонентом обструкції дихальних шляхів рекомендуються інгаляційні бета-2 агоністи.

(CAN-SCIP 2020; Рівень В)

Q.4 Тренування респіраторних м'язів

Рекомендації

Q.4.1 Для всіх пацієнтів із рівнем травми T12 і вище для підвищення м'язової сили та функції респіраторних м'язів фахівці повинні запровадити регулярні вправи для верхніх кінцівок та респіраторних м'язів.

(CAN-SCIP 2020; Рівень C)

Q.5 Механічна вентиляція вдома

Рекомендації

Q.5.1 Пацієнтів із травмою шийного або грудного відділу спинного мозку слід оцінити щодо необхідності тривалої вентиляційної підтримки, коли це доречно. Неінвазивна респіраторна підтримка є бажаним режимом для пацієнтів із ТСМ та дихальною недостатністю.

(Адаптація CTS 2011, с.13; Рівень C)

Q.5.2 Для окремих пацієнтів електростимуляція діафрагмального нерва та діафрагмальна стимуляція може бути розглянута як альтернатива вентиляції з позитивним тиском (positive pressure ventilation).

(Адаптація CTS 2011, с.13; Рівень C)

Q.5.3 Пацієнтам із травмою шийного або грудного відділу спинного мозку потрібні регулярні обстеження для виявлення втрати об'єму легень, затримки секрету в дихальних шляхах, порушень дихання уві сні та дихальної недостатності щоб оцінити потреби в техніках відкашлювання або в підтримці позитивного тиску вночі.

(Адаптація CTS 2011, с.13; Рівень C)

Q.5.4 Пацієнтам із травмою шийного або грудного відділу спинного мозку та ознаками порушення з боку респіраторної системи слід регулярно застосовувати техніки для очищення дихальних шляхів, розкриття об'єму легенів (тобто мануальне відкашлювання або механічна інсуфляція-ексуфляція). Також необхідно постійно спостерігати за функцією легень, щоб забезпечити належне очищення дихальних шляхів.

(Адаптація CTS 2011, с.13; Рівень C)

R. СЕКСУАЛЬНЕ ЗДОРОВ'Я І СТОСУНКИ. ІНСТРУМЕНТИ ТА РЕСУРСИ

R.1 Вступні рекомендації

R.1.1 Клініцистам варто забезпечити проведення розмов з пацієнтами із ТСМ щодо сексуальності та репродуктивного здоров'я в гострому періоді, під час реабілітації та в громаді, оскільки сексуальність та репродуктивне здоров'я мають один із вищих пріоритетів для пацієнтів із ТСМ.

(Адаптація CSCM 2010, с.304; Рівень C)

R.1.2 Клініцистам рекомендовано використовувати в якості моделі для проведення обговорення сексуального здоров'я підхід PLISSIT (дозвіл - обмежена інформація - конкретні пропозиції - інтенсивна терапія).

(Адаптація CSCM 2010, с.305; Рівень С)

R.1.3 Медичним працівникам варто проводити щирі обговорення про сексуальність без осуду, на основі готовності/зацікавленості особи вже на ранньому етапі допомоги та протягом усього життя. Рекомендується зберігати конфіденційність, повагу та професійні межі з урахуванням життєвих обставин особи та вираження сексуальності, незалежно від гендерних уподобань та орієнтації.

(Адаптація CSCM 2010, с.305; Рівень С)

R.1.4 Усі фахівці сфери охорони здоров'я, які спілкуються з пацієнтами із TCM, повинні мати доступ до ресурсів/навчання, знати основи проблем сексуального здоров'я після TCM та спеціалістів, які спеціалізуються на питаннях сексуального здоров'я.

(Адаптація CSCM 2010, с.305; Рівень С)

R.1.5 Центри реабілітації пацієнтів із TCM повинні підтримувати освіту та навчання наставника з питань сексуального здоров'я на місці, який може підтримати своїх колег і сприяти розвитку мережі підтримки сексуального здоров'я в усій країні.

(Адаптація CSCM 2010, с.305; Рівень С)

R.2 Навчання

R.2.1 Медичним працівникам слід розробити з пацієнтом план навчання та лікування в сфері сексуального здоров'я, виходячи з анамнезу його статевого життя, результатів обстеження та вподобань.

(Адаптація CSCM 2010, с. 309; Рівень С)

R.2.2 Медичним працівникам варто довести до відома пацієнта із TCM інформацію про вплив лікарських засобів, що відпускаються за рецептом (лікарських засобів, що відпускаються без рецепту та лікарських засобів рослинного походження) на сексуальну реакцію та фертильність.

(Адаптація CSCM 2010, с. 309; Рівень С)

R.2.3 Медичні працівники повинні довести до відома пацієнта із TCM інформацію про вплив алкоголю, тютюну та інших наркотиків, а також нездорового харчування та ожиріння на сексуальну реакцію та фертильність.

(Адаптація CSCM 2010, с. 309; Рівень С)

R.2.4 Під час консультування пацієнта щодо сексуального здоров'я, медичні працівники повинні враховувати вплив соціокультурних та релігійних чинників і не робити припущення щодо сексуальності на основі віку.

(Адаптація CSCM 2010, с. 313; Рівень С)

R.2.5 Використовуйте професійно схвалені навчальні відеоматеріали та перевірені веб-сайти для проведення навчання з сексуального здоров'я. Установи повинні надати викладачам, які проводять навчання з основ сексуального здоров'я, доступ до цих ресурсів від імені установи.

(Адаптація CSCM 2010, с. 313; Рівень С)

R.2.6 Клініцисти повинні забезпечити надання жінкам із TCM в пременопаузі належної інформації про вплив травми на менструацію та обговорити варіанти контрацепції. Якщо менструальні виділення не відновилися через рік після травми, лікарю первинної ланки необхідно скерувати пацієнтку до лікаря-ендокринолога.

(CAN-SCIP 2020; Рівень C)

R.2.7 Чоловікам із TCM слід надати інформацію, що рефлекторна ерекція може бути спричинена як сексуальною стимуляцією, так і несексуальними стимулами.

(Адаптація CSCM 2010, с. 320; Рівень B)

R.3 Стосунки

R.3.1 Пацієнти із TCM та їхні партнери повинні мати можливість обговорювати та ставити запитання щодо інтимних стосунків, сексуальності та фертильності на всіх етапах допомоги (гострий період, реабілітація, в громаді). Надавачі послуг повинні захистити конфіденційність обох партнерів.

(Адаптація CSCM 2010, с. 329; Рівень C)

R.3.2 Рекомендовано обговорювати та надавати поради щодо підтримання та розвитку міжособистісних та сексуальних стосунків. Обговоріть додаткові застереження щодо використання Інтернету для знайомства з новими партнерами, особливо щодо того, як обговорювати або представляти інвалідність онлайн.

(CSCM 2010, с.330; Рівень C)

R.3.3 Заохочуйте партнерів у стосунках користуватись послугами з догляду, щоб забезпечити допомогу в повсякденному житті, яка може вплинути на сексуальні стосунки.

(Адаптація CSCM 2010, с. 331; Рівень C)

R.4 Анамнез сексуального життя та обстеження

R.4.1 Медичні працівники повинні забезпечити проведення комплексного медичного обстеження статевих органів та репродуктивної системи пацієнта після TCM. До обстеження необхідно включити скринінг на онкологію та захворювання, що передаються статевим шляхом, відповідно до настанов, що не спеціалізуються на TCM. Існують додаткові міркування щодо скринінгу передміхурової залози у чоловіків із TCM, оскільки багато чинників можуть впливати на рівень простат-специфічного антигену (ПСА).

(Адаптація CSCM 2010, с. 308; Рівень A)

R.4.2 Медичний працівник первинної ланки повинен скерувати пацієнта із TCM до доступного кабінету або спеціаліста для забезпечення проведення скринінгу, якщо немає доступу до послуг на первинній ланці або, якщо надавач послуг на первинній ланці особисто не може надати комплексну допомогу з сексуального та репродуктивного здоров'я.

(CAN-SCIP 2020; Рівень C)

R.4.3 Варто провести обстеження із застосуванням Міжнародних стандартів неврологічної класифікації TCM (ISNCSCI), приділивши особливу увагу збереженню чутливості на рівні T11–L2 та S2–5, а також визначення наявності довільного скорочення ануса і рефлексів для оцінювання сексуальної функції.

Оцініть вплив травми на сексуальні реакції пацієнта (тобто відповідь геніталій, виходячи з неврологічного обстеження). Необхідно регулярно проводити повне фізикальне і неврологічне обстеження для виявлення змін з плином часу, що можуть вплинути на сексуальну функцію.

(Адаптація CSCM 2010, с. 308; Рівень В)

R.4.4 Клініцистам варто регулярно оцінювати анамнез, у т.ч. сексуального життя, як до, так і після отримання травми, бажання, ерекцію, еякуляцію, лубрикацію, біль під час статевих актів.

(CAN-SCIP 2020; Рівень С)

R.4.5 Клініцистам слід розглянути можливість проведення оцінювання чоловіків із ТСМ на наявність дефіциту тестостерону, особливо тих, хто має супутню черепно-мозкову травму, непроліковане апное уві сні або у випадках хронічного вживання опіоїдів.

(Адаптація CSCM 2010, с. 311; Рівень С)

R.4.6 Клініцисти повинні розглянути можливість проведення обстеження травми уретри у пацієнтів із ТСМ, які використовують одноразові або постійні катетери для спорожнення сечового міхура, оскільки це може вплинути на сексуальну активність.

(CAN-SCIP 2020; Рівень С)

R.5 Оптимізація сексуального благополуччя/позитивний образ тіла та чуттєвість

R.5.1 Клініцистам варто обговорювати та враховувати наступні принципи забезпечення сексуального благополуччя:

- 1) максимально збільшити наявний сексуальний потенціал, перш ніж виконувати медичні втручання;
- 2) адаптуватися до обмежень, використовуючи медичну терапію або допоміжні засоби для сексу;
- 3) бути відкритими до нового під час сексуальної адаптації.

(CAN-SCIP 2020; Рівень С)

R.5.2 Лікарям рекомендовано регулярно надавати пацієнтам із ТСМ інформацію про способи посилення чуттєвості за рахунок використання всіх наявних органів чуття. Заохочуйте пацієнтів із ТСМ задуматися над розширенням свого сексуального репертуару для підвищення сексуального задоволення після травми. Акцент дискусії має бути на задоволенні, а не лише на функції.

(Адаптація CSCM 2010, с. 313; Рівень С)

R.5.3 Забезпечте для пацієнтів із ТСМ психологічне консультування, під час якого створюється позитивний образ тіла та заохочується повага до власного тіла після ТСМ.

(CSCM 2010, с. 331; Рівень С)

R.5.4 Обговоріть коливання та потенційні зміни, які можуть відбутися з сексуальним бажанням, зацікавленістю, збудженням та оргазмом після ТСМ.

(Адаптація CSCM 2010, с.319/320; Рівень В)

R.5.5 Заохочується самостійне та/або партнерське дослідження. Можна рекомендувати стратегії та допоміжні засоби, виходячи із їхніх обмежень, інтересів та потреб (наприклад, функції рук, труднощі з утриманням пристроїв, нестійкість ніг, пошук ременів).

(Адаптація CSCM 2010, с. 320,321; Рівень А)

R.6 Фізичні та практичні міркування - Сечовий міхур

R.6.1 Рекомендовано спорожнити сечовий міхур перед статевою активністю, при цьому пацієнтів із ТСМ слід заохочувати замислюватися над планом дій на випадок нетримання сечі.

(Адаптація CSCM 2010, с.315; Рівень В)

R.6.2 Обговоріть будь-яку дисфункцію сечового міхура з партнером пацієнта, оскільки оптимізація лікування сечового міхура поліпшить соціалізацію та стосунки.

(Адаптація CSCM 2010, с.315; Рівень В)

R.6.3 Необхідно обговорити правильне закріплення катетерів під час сексуальної активності для збереження цілісності уретри.

(Адаптація CSCM 2010, с.315; Рівень В)

R.6.4 Постійний уретральний катетер необхідно закріпити під час сексуальної активності, щоб обмежити тертя як у чоловіків, так й у жінок. Рекомендуємо чоловікам одягати презерватив поверх тіла статевого члена та катетера.

(Адаптація CSCM 2010, с.315; Рівень В)

R.7 Фізичні та практичні міркування - Кишківник

R.7.1 Для уникнення нетримання калу оптимізуйте режим спорожнення кишечника в рамках сексуальної активності.

(Адаптація CSCM 2010, с. 315; Рівень С)

R.7.2 Доведіть до відома пацієнтів із ТСМ, що анальна сексуальна активність із проникненням може підвищити ризик таких ускладнень як порушення цілісності шкіри через зниження чутливості цієї зони, провокацію скорочення або розслаблення анусу та небажане нетримання сечі.

(Адаптація CSCM 2010, с. 315; Рівень С)

R.8 Фізичні та практичні міркування - Чутливість

R.8.1 Слід поінформувати осіб із ТСМ про зміни чутливості, що стаються після ТСМ, включаючи потенційну гіперчутливість, гіпочутливість, аллодинію або відсутність чутливості. Особам із ТСМ, ймовірно, найкраще буде зосередитися на зонах, що приносять найбільше задоволення, та працювати над зниженням чутливості зон із гіперчутливістю.

(CAN-SCIP 2020; Рівень С)

R.8.2 Обговоріть можливість відкриття та розвитку нових зон у тілі, стимуляція яких викликає сексуальне збудження (тобто ерогенних зон, зон, де повністю збережена чутливість), та призводить до більшого сексуального задоволення.

(CAN-SCIP 2020; Рівень С)

R.9 Фізичні та практичні міркування - Мобільність, спастичність та контрактури

R.9.1 Варто поінформувати осіб із TCM, що ступінь спастичності може змінюватися під впливом сексуальної активності.

(Адаптація CSCM 2010, с.316; Рівень С)

R.9.2 Слід обговорити із особами з TCM та їхніми партнерами питання безпеки під час сексуальної активності. Можна обговорити позиціонування відповідно до їхнього рівня мобільності, за потреби можна рекомендувати допоміжні засоби для позиціонування. Необхідно обговорити сексуальну активність із застосуванням колісного крісла, душа з гарячою водою або душевого обладнання, а також слід враховувати індивідуальні фактори, пов'язані із балансом та стабільністю тулуба.

(Адаптація CSCM 2010, с.318; Рівень С)

R.10 Фізичні та практичні міркування - Цілісність шкіри

R.10.1 Осіб із TCM слід заохочувати регулярно здійснювати перевірку шкіри після сексуальної активності. Можна порекомендувати допоміжні засоби позиціонування (наприклад, ортопедичні подушки) для зменшення точок тиску та тертя, якщо виникають проблеми зі шкірою.

(Адаптація CSCM 2010, с.315; Рівень С)

R.11 Фізичні та практичні міркування - Автономна дисрефлексія

R.11.1 У пацієнтів із рівнем травми Т6 та вище сексуальна стимуляція може спричинити автономну дисрефлексію. Особам із TCM рекомендується мати вдома апарат для вимірювання тиску та дотримуватися протоколу протидії автономній дисрефлексії. Якщо автономна дисрефлексія стає проблематичною під час сексуальної активності, особам із TCM рекомендується поговорити із своїм надавачем медичних послуг про зміну виду стимуляції або лікарських засобів.

(Адаптація CSCM 2010, с.316; Рівень А)

R.12 Лікування сексуальної дисфункції

R.12.1 Переконайтеся, що особи з TCM поінформовані про ризики, пов'язані з сексуальними послугами, чи про лікарські засоби, доступні без рецепта.

(Адаптація CSCM 2010, с.322; Рівень С)

R.12.2 Оцініть поточний рівень еректильної функції у чоловіків із TCM та запропонуйте втручання, враховуючи рівень інвазивності, вартості та побічних ефектів.

(Адаптація CSCM 2010, с.322; Рівень С)

R.12.3 Для чоловіків, якщо недостатність тестостерону визначено як фактор, що впливає на відсутність лібідо або сексуальну дисфункцію (включаючи відсутність відповіді ІФДЕ-5 на ерекцію), доцільно розглянути можливість застосування замісної терапії тестостероном. Для чоловіків, що хочуть бути біологічними батьками, можна призначити інші лікарські засоби для підвищення тестостерону в сироватці крові, не втручаючись у вироблення сперми.

(Адаптація CSCM 2010, с.322; Рівень С)

R.12.4 Проінформуйте чоловіків із ТСМ про повний спектр варіантів лікування еректильної дисфункції та за потреби розробіть індивідуальний план лікування. Розкажіть чоловікам із ТСМ про наступне:

- 1) про пероральні лікарські засоби, такі як ІФДЕ-5, для лікування еректильної дисфункції;
- 2) про ризики та переваги вакуумних пристроїв для лікування еректильної дисфункції;
- 3) про інтракавернозні ін'єкції для лікування еректильної дисфункції;
- 4) про пенільне протезування (пенільний імплант) для лікування еректильної дисфункції, коли нехірургічні методи неефективні або не дають бажаного результату.

(Адаптація CSCM 2010, с.323; Рівень С)

R.12.5 Клініцисти повинні розповісти та навчити осіб із ТСМ користуватися доступними вібраторами, щоб підсилити оргазмічний потенціал генітального збудження.

(Адаптація CSCM 2010, с.325; Рівень С)

R.12.6 Клініцисти повинні обговорити переваги і ризики використання таких лікарських засобів як силденафіл і флібансерин при розладі сексуального збудження в жінок із ТСМ.

(CAN-SCIP 2020; Рівень С)

***Коментар робочої групи:** на момент розробки КН лікарський засіб за міжнародною непатентованою назвою «Флібансерин» в Україні не зареєстрований.*

Згідно інструкції для медичного застосування лікарського засобу «Силденафіл», затвердженій Міністерством охорони здоров'я України, показання для застосування у жінок при розладі сексуального збудження відсутні.

R.12.7 Поінформуйте жінок із ТСМ про наслідки змін у перменопаузі та менопаузі на сексуальну функцію, здоров'я кісток, пришвидшене метаболічне старіння та метаболічний синдром після ТСМ.

(Адаптація CSCM 2010, с.328; Рівень С)

R.13 Фертильність

R.13.1 Виконайте аналіз сперми для чоловіків, зацікавленим у біологічному батьківстві, щоб надати інформацію та дати рекомендації щодо досягнення вагітності.

(Адаптація CSCM 2010, с.328; Рівень А)

R.13.2 Надайте жінкам із ТСМ інформацію про фертильність, контроль народжуваності та вагітність.

(Адаптація CSCM 2010, с.326; Рівень В)

R.13.3 Поінформуйте жінок, що фертильність часто зберігається після TCM та заохочуйте проходження консультацій перед заплідненням щодо впливу TCM на перебіг вагітності та пологи.

(Адаптація CSCM 2010, с.326; Рівень В)

R.13.4 Чоловіки та жінки з TCM повинні бути індивідуально поінформовані про можливість біологічного батьківства, усиновлення та донорського запліднення.

(Адаптація CSCM 2010, с.328; Рівень В)

R.14 Контрацепція

R.14.1 Поінформуйте жінок про найбезпечніші варіанти контрацепції, які доступні з урахуванням індивідуальних особливостей. У разі наявності протипоказань, необхідно скерувати їх до спеціаліста, який визначить підходящий спосіб.

(Адаптація CSCM 2010, с.326; Рівень С)

R.15 Вагітність

R.15.1 Окресліть кроки, які можна зробити для забезпечення найкращих медичних результатів для вагітних жінок з TCM. Рекомендуйте залучати під час вагітності мультидисциплінарну команду із досвідом роботи з TCM (в тому числі лікаря загальної практики-сімейного лікаря, лікаря ФРМ, акушера-гінеколога, фізичного терапевта, ерготерапевта, медсестру).

(Адаптація CSCM 2010, с.326; Рівень В)

R.15.2 Забезпечте завчасне навчання (програма вправ для плечей для підтримки переміщення під час вагітності), частий моніторинг сидіння в колісному кріслі, техніки переміщення та статусу повсякденної діяльності для забезпечення безпеки під час вагітності.

(Адаптація CSCM 2010, с.326; Рівень С)

R.15.3 Уважно стежте за автономною дисрефлексією та її ускладненнями під час вагітності, переймів, пологів та грудного вигодовування.

(Адаптація CSCM 2010, с.327; Рівень С)

S. ЦІЛІСНІСТЬ ШКІРИ. ІНСТРУМЕНТИ ТА РЕСУРСИ

S.1 Профілактика - Попередження виникнення пролежнів та мультидисциплінарна команда

S.1.1 Розгляньте можливість проведення УЗД тканини для підтвердження та спостереження при підозрі на глибоке ушкодження тканин.

(Адаптація PU-ONF 2013, с. 20; Рівень В)

S.1.2 Використовуйте результати картування тиску в поєднанні з клінічними даними та вподобаннями особи для проведення навчання, оцінювання підтримуючих поверхонь та оптимізації типу та тривалості зміни положень.

(CAN-SCIP 2020; Рівень С)

S.1.3 Визначте та повторно оцініть цілі догляду та здатність до загоєння пролежня разом з особою з TCM та командою, яка надає допомогу.

(Адаптація WOUNDCAN 2017, с.8; Рівень С)

S.2 Попередження виникнення пролежнів - Навчання

S.2.1 Потрібно забезпечити осіб із TCM, їхні родини та доглядальників структурованим навчанням щодо ефективних стратегій попередження та лікування пролежнів. Переконайтеся, що навчання відбувається на рівні 3-6 класів із застосуванням різноманітних методик. Перед тим як проводити навчання щодо пролежнів, оцініть грамотність особи щодо питань здоров'я, її культури та використовуйте належний рівень навчання для забезпечення розуміння навчального матеріалу за рахунок використання зворотного зв'язку.

(Адаптація PU-ONF 2013, с. 39; Рівень B)

S.2.2 Проводьте навчання щодо профілактики пролежнів із застосуванням різноманітних методик, зокрема, письмово, очно, за допомогою відео та онлайн.

(CAN-SCIP 2020; Рівень C)

S.2.3 Викладач повинен бути підготовленим та досвідченим фахівцем охорони здоров'я. Він повинен охопити такі теми:

- 1) причини виникнення пролежнів;
- 2) перші ознаки пролежнів;
- 3) способи попередження виникнення пролежнів;
- 4) наслідки пролежнів (наприклад, для загального стану здоров'я, варіанти лікування та ризик виникнення пролежнів у майбутньому);
- 5) техніки очищення шкіри та догляду за нею;
- 6) корекція нетримання сечі та калу;
- 7) частота та техніки перевірки стану шкіри;
- 8) частота, тривалість та техніки рекомендованих змін положення;
- 9) частота, тривалість та техніки рекомендованих способів перерозподілу тиску;
- 10) харчування в аспекті збереження цілісності шкіри;
- 11) техніки та обладнання для попередження виникнення пролежнів (наприклад, підтримуючі поверхні, включаючи матраци та подушки).

(Адаптація PU-PVA 2014, с.28; Рівень B та PU-ONF 2013, с.39; Рівень B)

S.2.4 Потрібно пересвідчитися, що особа з TCM та основний доглядач або помічник розуміють та визнають свою ключову роль у попередженні пролежнів.

(Адаптація PU-ONF 2013, с.41; Рівень C)

S.3 Оптимізація мобільності для зниження ризику виникнення пролежнів

S.3.1 Повторно оцініть грубі рухові навички, здатність, та поточні стратегії лікування пролежнів, якщо погіршуються грубі рухові функції та виникає пролежень.

(PU-ONF 2013, с.136; Рівень C)

S.3.2 Оберіть та відпрацюйте техніки переміщення для всіх поверхонь, необхідні для повсякденної діяльності, аби забезпечити безпечну зміну положення та мінімізації пошкодження для шкіри та тканин під час руху.

(PU-ONF 2013, с.138; Рівень C)

S.3.3 Навчайте техніці переміщення на всі поверхні, необхідні для повсякденної діяльності, оскільки ризики та можливості залежать від контексту.

(PU-ONF 2013, с.138; Рівень В)

S.3.4 Підлаштовуйте стратегію перерозподілу тиску під конкретну особу, застосовуйте низку підходів перенесення ваги, зокрема, автоматичний перерозподіл тиску за рахунок функціональних рухів, активне підняття та перенесення, динамічне перенесення ваги (нахили та нахил кута спинки), з електричною допомогою або без, а також із застосуванням надувних чи гелевих подушок. Заохочуйте особу нахилитися вперед або вбік, оскільки це призводить до більш повного і тривалого зниження тиску, ніж при вертикальному підйомі.

(PU-ONF 2013, с.141; Рівень В)

S.3.5 Використовуйте пальпацію, спостереження та картування тиску за потреби для оцінювання ефективності стратегій перенесення ваги.

(PU-ONF 2013, с.141; Рівень С)

S.3.6 Додайте до плану лікування тиску особи інформацію про ефективне використання стратегій перенесення ваги, в тому числі демонстрації. Працюйте з особою, щоб обрати техніку (підняття або нахил) та частоту, яка найкраще відповідає потребам особи.

(PU-ONF 2013, с.142; Рівень С.; Адаптація PU-ONF 2013, с.141; Рівень С)

S.3.7 Слід забезпечити, щоб особа, яка не переносить вагу активно або динамічно для перерозподілу тиску, проводила частіше перевірку шкіри у разі зміни діяльності або розпорядку дня. Навчіть основного доглядача або помічника проводити часті перевірки шкіри.

(Адаптація PU-ONF 2013, с.141; Рівень С)

S.4 Стратегії профілактики пролежнів в аспекті догляду

S.4.1 Варто запроваджувати стратегії попередження виникнення пролежнів як частину комплексної корекції на всіх ланках та аналізуйте всі аспекти ризику, визначаючи стратегії попередження.

(Адаптація PU-PVA 2014, с.17; Рівень А)

S.4.2 Особи з ТСМ, фахівці та доглядальники повинні проводити комплексну візуальну та тактильну перевірку шкіри з голови до ніг.

(Адаптація PU-PVA 2014, с.17; Рівень С)

S.4.3 Особи з ТСМ, доглядальники, фахівці, медсестри, ерготерапевти, спеціалісти з асистивних технологій, протезисти та ортезисти повинні оцінювати і слідкувати за особою з ТСМ та за всіма підтримуючими поверхнями, для оптимального підтримання цілісності шкірних покривів.

(Адаптація PU-PVA 2014, с.20; Рівень С)

S.4.4 Якщо виникає або не проходить подразнення шкіри через вологу, сходіть на консультацію до надавача послуг охорони здоров'я, який пройшов навчання з питань нетримання, для оцінювання, місцевого лікування та перегляду програми лікування кишечника та сечового міхура.

(Адаптація PU-ONF 2013, с. 26; Рівень В)

S.4.5 Відразу після TCM, як тільки дозволяє невідкладна медична допомога та стабілізація хребта, проаналізуйте індивідуальні фактори ризику та впроваджуйте відповідні стратегії щодо попередження пролежнів, включаючи запобіжні заходи в шийному, грудному, поперековому відділах, обмежте час на спинній дошці та застосуйте інтраопераційні стратегії зниження тиску.

(Адаптація PU-ONF, с. 26; Рівень A/B)

S.4.6 Слід надати індивідуально підбрану систему сидіння, призначену для перерозподілу тиску, та задіяти систему перенесення ваги з підсилювачем, якщо неможливо перерозподілити тиск вручну.

(Адаптація PU-PVA 2014, с.21; Рівень A)

S.4.7 Потрібно оцінити харчовий статус, включаючи надходження та витрати калорій, антропометричні виміри, аналізи крові, пов'язані з харчуванням і гідратацією, можливість харчуватися самостійно або залежність від інших у питаннях харчування та пиття та інші перешкоди, для оптимального вживання їжі та рідини регулярно протягом усього періоду догляду, оскільки харчування - критично важливий аспект попередження виникнення пролежнів.

(Адаптація PU-PVA 2014, с.23; Рівень B)

S.4.8 Необхідно забезпечити належне споживання харчових продуктів, що відповідає індивідуальним потребам, особливо потребам у калоріях (або енергії), білку, мікронутрієнтів (цинк, вітамін C, вітамін A та залізо) та рідинах.

(PU-PVA 2014, с.26; Рівень A)

S.4.9 Забезпечте, щоб дипломований лікар-дієтолог або нутриціолог із досвідом роботи з TCM, проводив харчове оцінювання, визначав та рекомендував належні втручання, а також оцінював результати протягом усього періоду догляду.

(Адаптація PU-ONF 2013, с.51; Рівень C)

S.5 Перерозподіл тиску та підтримуючі поверхні - Підтримуючі поверхні для крісел колісних та інших сидінь

S.5.1 Рекомендовано призначити крісла колісні та системи сидіння з урахуванням особливості конкретної особи з TCM, щоб забезпечити достатній перерозподіл тиску і попередити виникнення пролежнів. Слід зробити спеціальні вимірювання тіла для оптимального підбору системи сидіння (вирівнювання постави, розподіл ваги, баланс, стабільність та можливості перерозподілу тиску). Особам, які не можуть самостійно здійснювати ефективне розвантаження тиску, призначте крісло колісне з електроприводом та можливістю зміни положення. Варто використовувати системи крісел колісних з нахилом у просторі (без зміни кута спинки) або нахилом кута спинки з ефективністю, достатньою для зняття тиску з тканин. Рекомендовано використовувати крісло колісне з можливістю вертикалізації для ремобілізації осіб із пролежнями в тазовій зоні. Особи, які постійно користуються кріслом колісним і мають пролежні в зоні сидіння, повинні обмежити час сидіння та використовувати надувну або гелеву поверхню, яка забезпечить перерозподіл тиску.

(Адаптація PU-PVA 2014, с.58; Рівень A)

S.5.2 Рекомендовано призначити системи сидіння для кожної особи з ТСМ, з урахуванням індивідуальних антропометричних показників, які:

- 1) забезпечать оптимальну ергономіку;
- 2) забезпечать максимальну функціональність;
- 3) забезпечать перерозподіл тиску;
- 4) мінімізують тертя;
- 5) забезпечать комфорт і стабільність;
- 6) зменшать кількість тепла і вологи;
- 7) покращать функціональну активність;
- 8) регулярно, за графіком, слід перевіряти та підтримувати всі подушки крісла колісного;
- 9) потрібно замінювати системи сидіння крісла колісного, якщо вони більше неефективні.

(PU-PVA 2014, р.62; Рівень В)

S.6 Положення лежачи

S.6.1 Слід забезпечити правильне положення в ліжку, використовуючи засоби та техніки, які підходять типу підтримуючої поверхні та матраца, а також стану здоров'я особи. Варто використовувати подушки, валики та допоміжні засоби позиціонування, щоб:

- 1) усунути контакт між тканинами, включно з кістковими виступами;
- 2) зняти навантаження з кісткових виступів;
- 3) захистити пролежні та вразливі ділянки шкіри. Не використовуйте матраци з отворами або подушки у формі «бублика».

(PU-ONF 2013, с.87; Рівень С)

S.6.2 Доцільно захистити п'яти всіх осіб з ТСМ, коли вони лежать на спині або відкинуті на спину, а також під час використання адаптивних засобів (наприклад, м'яке силіконове гелеве покриття, м'який гомілковостопний ортез).

(Адаптація PU-ONF 2013, с.89; Рівень С)

S.6.3 Використовуйте положення на боці під кутом 30° від положення лежачи на спині, щоб людина не лежала безпосередньо на стегні.

(PU-ONF 2013, с.90; Рівень С)

S.6.4 Не слід піднімати узголів'я ліжка більш ніж на 30°. Якщо є медична необхідність підняти узголів'я ліжка, підійміть ліжко в ногах, перед тим, як піднімати узголів'я та максимально обмежити час у такій позиції.

(Адаптація PU-ONF 2013, с.92; Рівень С)

S.6.5 Уникайте сидіння в ліжку. Переміщуйте особу на поверхню для сидіння, що спроектована для правильного розподілу тиску в положенні сидячи.

(PU-ONF 2013, с.93; Рівень С)

S.6.6 На початку рекомендовано перевертати та змінюйте положення осіб, які потребують допомоги, принаймні кожні дві години. Корируйте частоту зміни положення, виходячи з реакції шкіри особи, що визначається шляхом частого огляду шкіри, доки не сформується належна частота зміни положення.

(Адаптація PU-ONF 2013, с.94; Рівень С)

S.6.7 Варто використовувати такі техніки зміни положення, які не дають травмуватися доглядачеві, та зменшують тертя та зсув м'яких тканин при переміщенні особи з TCM.

(Адаптація PU-ONF 2013, с.95; Рівень С)

S.6.8 Слід уникати постільного режиму при лікуванні пролежнів у осіб із TCM. Якщо необхідно, використовуйте постільний режим для повного розвантаження тиску протягом певного обмеженого часу, наприклад, після хірургічного лікування пролежнів, спричинених тиском.

(Адаптація PU-ONF 2013, с.96; Рівень С)

S.7 Підтримуючі поверхні (матрац)

S.7.1 Рекомендовано використовувати підтримуючу поверхню з покращеними властивостями перерозподілу тиску в порівнянні із стандартним поролоновим матрацом в лікарні, щоб мінімізувати зони пікового тиску навколо кісткових виступів та убезпечити м'які тканини від синців та пролежнів.

(PU-ONF 2013, с.101; Рівень С)

S.7.2 Доцільно обирати адаптивну підтримуючу поверхню для осіб, яких можна розмістити без навантаження на пролежень, і при цьому, щоб поверхня не прогиналась.

(PU-ONF 2013, с.101; Рівень С)

S.7.3 Рекомендовано обрати поверхню, що регулярно перерозподіляє тиск під тілом (активну поверхню), якщо особу не можна розмістити без навантаження на пролежень, коли адаптивна поверхня прогинається, якщо немає підтверджень загоєння пролежня або якщо виникають нові пролежні.

(PU-ONF 2013, с.101; Рівень С)

S.7.4 Повторно проаналізуйте, наскільки поверхня підходить для попередження виникнення пролежнів та їхнього лікування принаймні раз на 4 роки або менше, якщо змінився стан здоров'я особи.

(PU-ONF 2013, с.102; Рівень С)

S.7.5 Для постільної білизни та одягу, рекомендовано обирати гладкі, дихаючі тканини з низьким тертям, щоб оптимізувати контроль мікроклімату та мінімізувати тертя.

(PU-ONF 2013, с.103; Рівень С)

S.8 Підтримуючі поверхні для сидіння, включаючи крісла колісні (подушки для сидіння та спинки)

S.8.1 Слід використовувати підтримуючу поверхню (подушки для сидіння та спинки), з покращеними властивостями перерозподілу тиску в порівнянні із стандартними подушками для сидіння та спинками, щоб мінімізувати зони пікового тиску навколо кісткових виступів та убезпечити м'які тканини від синців та пролежнів.

(Адаптація PU-ONF 2013, с.109; Рівень С)

S.8.2 Рекомендовано усунути асиметрію тазу, постуральну нестабільність, кіфоз та спастичність за допомогою постурального лікування та підтримуючих поверхонь. Оцініть вплив постави, деформації та руху на розподіл поверхневого тиску та вплив навантаження підшкірної тканини на сидячі поверхні.

(PU-ONF 2013, с.112; Рівень В)

S.8.3 Варто враховувати вплив одягу, взуття та додаткових шарів на мікроклімат поверхні та властивості розподілу тиску.

(PU-ONF 2013, с.112; Рівень С)

S.8.4 Слід рекомендувати підтримуючі поверхні та обладнання, виходячи з спостережень та зворотного зв'язку від пацієнта та доглядача, під час моделювання та випробування сидіння.

(PU-ONF 2013, с.113; Рівень С)

S.8.5 Потрібно проводити оцінку принаймні добу, а в ідеалі декілька днів, щоб упевнитися, що обладнання вирішує проблему з тиском та мікрокліматом, а також задовольняє функціональні потреби та потреби способу життя.

(Адаптація PU-ONF 2013, с.113; Рівень С)

S.8.6 Надайте індивідуально підібране крісло колісне та систему сидіння із розподілом тиску, у співпраці з особою, яка буде користуватися обладнанням. Переконайтеся, що конфігурація крісла колісного, опори для постави, поверхні для сидіння спонукають до оптимального позиціонування та функціонування крісла колісного.

(PU-ONF 2013, с.117; Рівень В)

S.8.7 При виборі подушки для крісла колісного враховуйте низку факторів комплексного лікування тиску:

- 1) вплив характеристик подушки, включаючи вагу, на роботу крісла колісного;
- 2) характеристики перерозподілу тиску або розвантаження в зонах кісток;
- 3) можливості позиціонування для лікування постави в положеннях для відпочинку та руху;
- 4) підтримання симетричної постави в спокої, яка має опору, для попередження погіршення постави з плином часу;
- 5) належну стабільність для функціонування та попередження довготермінового погіршення постави;
- 6) корекція мікроклімату;
- 7) зниження тертя та зсуву при взаємодії користувача з подушкою;
- 8) комфорт.

(PU-ONF 2013, с.120; Рівень В)

S.8.8 За відсутності потреби, не варто розміщувати додаткові шари між поверхнею, на яку спирається особа, та особою. Якщо в додатковому шарі є необхідність, шар має бути тонким, дихаючим та легко розтягуватися.

(Адаптація PU-ONF 2013, с.120; Рівень С)

S.8.9 Рекомендовано розглянути можливість застосування технологій перенесення ваги з електроприводом (нахил у просторі (без зміни кута спинки),

нахил кута спинки), коли інші методи, такі як активний перерозподіл тиску або перерозподіл тиску шляхом функціональних рухів, неефективні або неможливі.

(Адаптація PU-ONF 2013, с.122; Рівень С)

S.8.10 Заохочуйте частіше протягом дня використовувати технології з електроприводом для перенесення ваги, такі як нахил у просторі (без зміни кута спинки), нахил кута спинки та вертикалізація, щоб знизити ефект тиску сидіння та кісткові виступи сидниць. Підлаштуюте ці стратегії під кожну особу за допомогою картування тиску, пальпації та реакції шкіри. Почніть із зміни положення, в якому можна залишатися на 2 хвилини, принаймні раз на 15 хвилин.

(PU-ONF 2013, с.123; Рівень С)

S.8.11 Поступово додавайте повний нахил, де це можливо, для підвищення кровотоку через сидничні бугри. Для належного перерозподілу тиску та підвищення кровотоку кут нахилу повинен бути мінімум 30°.

(PU-ONF 2013, с.123; Рівень В)

S.9 Інші види сидінь

S.9.1 Варто оцінити та призначати інші, додаткові варіанти допоміжних засобів реабілітації (ДЗР), що використовуються для сидіння і рекомендувати часті переміщення та зміну положення при сидінні для попередження виникнення пролежнів. До потреб можуть відноситися:

- 1) поверхні в ванній кімнаті, такі як крісло-туалет, унітаз, крісло для душу та інші поверхні;
- 2) варіанти сидіння для переїздів;
- 3) спортивні крісла колісні та сидіння для рекреаційних та інших занять;
- 4) будь-яка інша поверхня, яку може використовувати особа, крім крісла колісного.

(PU-ONF 2013, с.124; Рівень С)

S.9.2 Варто використовувати поверхні, які перерозподіляють тиск, на кріслі-туалеті чи унітазі для мінімізації ризику виникнення пролежнів.

(PU-ONF 2013, с.124; Рівень С)

S.9.3 Рекомендовано оптимізувати догляд за кишківником, щоб зменшити час перебування у туалеті та переглянути догляд у випадку, коли час перебування в туалеті займає більше 1 години.

(PU-ONF 2013, с.124; Рівень С)

S.9.4 Доцільно розглянути варіанти стільця-туалета з нахилом, коли нестабільність постави призводить до зісковзування або нерівномірного розподілу тиску при сидінні.

(PU-ONF 2013, с.124; Рівень С)

S.9.5 Порадьте та дайте письмову інформацію особі з ТСМ щодо видів ДЗР та профілактичних стратегій, що можуть використовуватись під час подорожі.

(PU-ONF 2013, с.126; Рівень С)

S.10 Ризик та оцінювання ризику виникнення пролежнів

S.10.1 Рекомендовано проводити оцінювання факторів ризику виникнення пролежнів у осіб з ТСМ при поступленні та регулярно проводити повторні оцінювання, відповідно до вимог закладу охорони здоров'я, інституційних настанов та змін стану здоров'я пацієнтів, таких як:

- 1) демографічні;
 - 2) пов'язані з ТСМ, наприклад, нетримання сечі та калу;
 - 3) супутні захворювання;
 - 4) харчові;
 - 5) психологічні, когнітивні, контекстуальні та соціальні;
 - 6) підтримуюча поверхня для ліжка, крісла колісного та всіх твердих поверхонь ДЗР, як крісло для душу/туалету або інші ДЗР для ванної кімнати.
- Використовуйте для оцінки ризику як валідні інструменти, так і клінічні судження.

(PU-PVA 2014, с.11; Рівні А-С)

S.11 Оптимізація харчування для особи з пролежнем

S.11.1 За допомогою непрямой калориметрії можете визначати енергетичні потреби з відповідним коригуванням аби уникнути перегодовування.

(CAN-SCIP 2020; Рівень В)

S.11.2 Давайте особам із пролежнями їжі на день із розрахунком 30-35 ккал/кг.

(PU-ONF 2013, с.56; Рівень В)

S.11.3 Особам із ризиком виникнення пролежнів давайте від 1,0 до 2,0 г/кг білка на день.

(PU-ONF 2013, р.57; Рівень А)

S.11.4 Особам із пролежнями високих ступенів потрібно щоденно з їжею отримувати білок на вищій межі діапазону.

(PU-ONF 2013, р.57; Рівень А)

S.11.5 Рекомендовано звернутися до сертифікованого дієтолога або нутриціолога щодо додавання аргініну, вітаміну Е, цинку та, за потреби, інших вітамінів і мінералів для кращого загоєння пролежнів.

(Адаптація PU-ONF 2013, с.58; Рівень В)

S.12 Обстеження особи з пролежнем

S.12.1 Після виявлення пролежня, проведіть первинне комплексне обстеження особи з пролежнем, до якого входить:

- 1) повний анамнез та фізикальне обстеження;
- 2) повне обстеження шкірних покривів;
- 3) лабораторні аналізи (для оцінки наявності інфекції та нутрітивного статусу);
- 4) ментальне здоров'я, поведінка, когнітивний статус, соціальні та фінансові ресурси;
- 5) наявність та використання професійного догляду;
- 6) позиціонування, постава та використовувані ДЗР (наприклад, крісло колісне);
- 7) нутрітивний статус;

8) повсякденна діяльність, мобільність, навички переміщення, що можуть бути пов'язані із цілісністю шкірних покривів;

9) оцінювання домашніх умов або середовища проживання.

(Адаптація PU-PVA 2014, с.29; Рівень С)

S.12.2 Якщо виявлено новий пролежень, у особи, що знаходиться в громаді, необхідно негайно звернутися до надавача первинної медичної допомоги для створення плану лікування та отримати скерування до медичного фахівця, який надає послуги особам із ураження спинного мозку.

(CAN-SCIP 2020; Рівень С)

S.13 Обстеження пацієнта - Обстеження та повторне обстеження пролежня

S.13.1 Рекомендовано описати та детально задокументувати наявні пролежні та способи їх лікування. Потрібно врахувати і описати наступні параметри:

- 1) анатомічна локалізація та загальний вигляд;
- 2) розмір рани (довжина * ширина * глибина);
- 3) ступінь/стадія;
- 4) характеристики основи рани: життєздатна тканина (грануляція, епітелізація, м'язова тканина, кісткова тканина або підшкірна тканина), нежиттєздатна тканина (некроз, жовто-біла маса, струп);
- 5) інфекція (почервоніння дна рани, температура в ділянці рани, вологість та запах);
- 6) тип та кількість ексудату;
- 7) запах;
- 8) краї рани (наприклад колір, припіднятність, потовщення, з'єднання до дна пролежня, фістули, кишені під шкірою);
- 9) шкіра навколо рани (колір, температура, сухість, жирність, цілісність, тріщини, набряк);
- 10) біль у рані;
- 11) загальний стан здоров'я (температура тіла, зміни автономної дисрефлексії, зміна спастичності);
- 12) документування поточних стратегій лікування та результатів на поточний момент.

(Адаптація PU-PVA, с.30; Рівень С)

S.13.2 Рекомендовано відслідковувати, оцінювати, документувати та повідомляти про будь-які зміни стану рани, які можна побачити/помітити. При кожній зміні пов'язки, варто слідкувати за пролежнем, а якщо пов'язки немає, то його варто регулярно оглядати, в залежності від ситуації. Слід регулярно проводити комплексне оцінювання, як описано в S.13.1.

(Адаптація PU-PVA 2014, с.30; Рівень В)

S.14 Обстеження пацієнта - Обстеження із застосуванням 24-годинного підходу щодо корекції тиску

S.14.1 При використанні нових поверхонь або виявленні нового пролежня, особа з ТСМ та команда, що здійснює за нею догляд, якщо потрібно, повинні

провести комплексне оцінювання постави та позиціонування, щоб оцінити ризик виникнення пролежнів. Варто враховувати усі поверхні, що використовуються, особливо для повсякденної діяльності впродовж усієї доби, для перебування в лежачому чи сидячому положеннях.

(Адаптація PU-ONF 2013, с.70; Рівень С)

S.14.2 Рекомендовано оцінити прогрес загоєння за допомогою інструменту або кількісного вимірювання, який, як було доведено реагує на зміну стану рани, наприклад, відстежування ацетату, інструменту оцінювання ран за допомогою фотографій (Photographic Wound Assessment Tool, PWAT) або шкали загоєння пролежнів (Pressure Ulcer Scale for Healing, PUSH).

(PU-ONF 2013, с.158; Рівень А)

S.15 Повторне обстеження

S.15.1 Слід створити механізм для регулярного проведення повторних обстежень ефективності опорних поверхонь для сидіння, специфічних для профілактики та лікування пролежнів. Рекомендовано призначати повторні обстеження раз на 2 роки або частіше, якщо стається щось із наведеного нижче:

- 1) зміна стану здоров'я, зокрема зміна ваги або медичні зміни;
- 2) зміна функціонального стану;
- 3) зношування або поломка технічних засобів;
- 4) виникнення пролежнів;
- 5) зміни у життєвій ситуації.

(Адаптація PU-ONF 2013, стор.127; Рівень С)

S.15.2 Рекомендовано замінювати ДЗР для сидіння та підтримуючі поверхні, відповідно до рекомендацій виробника, або швидше, якщо на обладнанні з'являються ознаки погіршення, включаючи, але не обмежуючись зношеність, тріщини та просідання сидіння.

(Адаптація PU-ONF 2013, стор.127; Рівень С)

S.16 Принципи лікування пролежня

S.16.1 Рекомендовано розглянути варіанти замінити підтримуючих поверхонь для використання у лежачому положенні, на такі, що краще перерозподіляють тиск та краще спроможні розвантажувати, мінімізувати зсуви особи і пристосовані для контролю мікроклімату для осіб:

- 1) які не можуть прийняти таке положення, щоб не навантажувати пролежень;
- 2) які мають пролежні на принаймні двох поверхнях обертання;
- 3) у яких не загоюється або погіршується стан пролежня, незважаючи на належний комплексний догляд;
- 4) у яких є високий ризик виникнення додаткових пролежнів;
- 5) які просідають на поточній підтримуючій поверхні.

(PU-ONF 2013, с.166; Рівень С)

S.16.2 Слід оцінити, наскільки використовувані для сидіння поверхні підходять для лікування особи з пролежнем. Рекомендовано оцінити використовувані для сидіння поверхні або подушку, щоб визначити, чи є

альтернатива, яка може краще забезпечити потреби особи під час лікування пролежня.

(Адаптація PU-ONF 2013, с.167; Рівень С)

S.17 Створення фізіологічного середовища в рані

S.17.1 При кожній заміні пов'язки необхідно очищати пролежень без шкоди для здорової тканини в дні рани:

1) рекомендовано використовувати фізіологічний розчин, стерильну воду, засіб для очищення ран із збалансованим значенням рН, питну теплу воду з-під крана;

2) рекомендовано використовувати 25%-50% розчин гіпохлориду натрію для ран із важким біонавантаженням тільки протягом обмеженого проміжку часу, доки не буде клінічного підтвердження зменшення біонавантаження;

***Коментар робочої групи:** в Державному реєстрі ЛЗ України «гіпохлорид натрію» як ЛЗ не зареєстрований.*

3) рекомендовано використовувати механічні прийоми очищення ран, щоб прибрати з нього продукти клітинного розпаду, ексудат, поверхневі патогени, бактерії та залишки місцевих кремів та мазей;

4) рекомендовано використовувати зрошення під тиском 4–15 фунтів на квадратний дюйм (psi) із ангіокатетера, приєднаного до шприца, пульверизатора або системи пульсуючого промивання (Pulse lavage)

5) варто обережно протирати дно рани вологою марлею;

6) слід очищувати шкіру навколо рани фізіологічним розчином, стерильною водою або питною теплою водою з-під крана зі зміною пов'язок.

(PU-PVA 2014, с.34; Рівень А)

S.18 Некректомія (Debridement)

S.18.1 Варто видаляти нежиттєздатні/девіталізовані тканини, використовуючи один або декілька методів видалення, відповідно до стану пролежня. Видаліть струпи та девіталізовані тканини, за винятком стабільного струпа на п'ятах. Очистіть ділянки, в яких є нестабільний струп та девіталізовані тканини.

(PU-PVA 2014, с.35; Рівень В)

S.19 Перев'язка та лікування ран

S.19.1 Рекомендовано використовувати такі пов'язки, які забезпечують фізіологічне середовище в рані, підтримують належний рівень вологості в її дні, в тому числі, які:

- 1) контролюють ексудат;
- 2) усувають мертву ділянку;
- 3) контролюють запах;
- 4) усувають або мінімізують біль;
- 5) захищає рану та шкіру навколо неї;
- 6) видаляють нежиттєздатну тканину;

7) запобігають та лікують інфекції.

(PVA-NBD 2014, с.169; Рівень А)

S.19.2 Слід уникати щоденної зміни пов'язок, за можливості використовуйте абсорбуючі пов'язки, які поглинають ексудат і запах та залишаються на місці якомога довше.

(PU-ONF 2013, с.158; Рівень А)

S.19.3 Якщо наявні ознаки появи інфекції, розгляньте можливість застосування антибактеріальних пов'язок.

(PU-ONF 2013, с.170; Рівень С)

S.19.4 Розгляньте можливість додавання наступних додаткових методів лікування до стандартної програми лікування ран для прискорення загоєння пролежнів II, III або IV стадії, включаючи електромагнітну енергію ІВ, ультрафіолетові промені класу С, тощо. Розгляньте можливість використання гідротерапії методом пульсуючого лаважу для очищення ран III та IV стадії, вторинних по відношенню до TCM.

(Адаптація PU-ONF 2013, с.171; Рівень А)

S.20 Електростимуляція для лікування пролежнів

S.20.1 Використовуйте електростимуляцію в поєднанні із стандартними втручаннями догляду за раною, щоб сприяти закриттю пролежнів третьої або четвертої стадії/ступеня, за винятком таких протипоказань як нелікований супутній остеомієліт або інфекції.

(Адаптація PU-PVA 2014, с.43; Рівень А)

S.20.2 Варто внести зміни до плану лікування, якщо пролежень не виявляє ознак загоєння через 2-4 тижні від початку лікування. Слід проаналізувати чинники, що не дають пролежню загоїтися, наприклад, такі:

- 1) нетримання сечі та калу;
- 2) інфекція;
- 3) карцинома;
- 4) аномальне загоєння рани;
- 5) харчування;
- 6) лікарські засоби;
- 7) підтримуючі поверхні;
- 8) переміщення;
- 9) недотримання вимог.

(PU-PVA 2014, с.45; Рівень А)

S.21 Хірургічне лікування пролежнів

S.21.1 Для лікування пролежнів першої або другої стадії, доцільно розглянути використання оклюзійних гідроколоїдних пов'язок замість крему або звичайних пов'язок.

(CAN-SCIP 2020; Рівень А)

S.21.2 Розгляньте можливість місцевого застосування фенітоїну для загоєння пролежнів першої та другої стадії після TCM.

(CAN-SCIP 2020; Рівень А)

Коментар робочої групи: лікарський засіб «Фенітоїн» - в Україні - фармакотерапевтична група: N03AB02 - протиепілептичні засоби, похідні гідантоїну.

Показання для застосування: епілепсія, переважно великі судомні напади; епілептичний статус з тоніко-клонічними судомними; лікування і профілактика епілептичних нападів у нейрохірургії; для лікування порушень серцевого ритму, зумовлених органічними ураженнями ЦНС, передозуванням серцевих глікозидів; як ЛЗ другого ряду або в комбінації з карбамазепіном при невралгії трійчастого нерва. Показання застосування для загоєння пролежнів в інструкції з медичного застосування ЛЗ не визначено.

S.21.3 Розгляньте можливість використовувати гідроколоїдні пов'язки з антибактеріальним медом для покращення швидкості загоєння та формування залишкових м'яких, еластичних рубців при пролежнях третьої та четвертої стадії, що не проходять, у осіб з ТСМ.

(CAN-SCIP 2020; Рівень С)

S.21.4 Рекомендовано зібрати мультидисциплінарну команду для забезпечення оптимального лікування особи з пролежнями до, під час та після хірургічного втручання, а саме:

- 1) відбору відповідних кандидатів для операції;
- 2) проведення комплексного обстеження;
- 3) проведення належного доопераційного лікування;
- 4) вибору найкращого варіанту операції та її кваліфікованого проведення;
- 5) планування та проведення післяопераційного догляду.

(Адаптація PU-ONF 2013, с.175; Рівень С)

S.21.5 Скеруйте на хірургічне обстеження осіб із складними глибокими пролежнями третьої стадії, до яких також відносяться пролежні з хронічними виразками або з норицевими ходами, а також пролежні четвертої стадії.

(Адаптація PU-ONF 2013, с.175; Рівень В)

S.21.6 Варто задіяти лікаря-дієтолога для оцінювання нутритивного статусу та виправлення перед операцією дисбалансу харчування, який, як очікується, суттєво вплине на успішне хірургічне відновлення.

(PU-ONF 2013, с.117; Рівень В)

S.21.7 Рекомендовано знати та проводити необхідний післяопераційний догляд після всіх хірургічних операцій щодо пролежня, а саме:

- 1) оцінювати рівень болю та контролювати його;
- 2) оцінювати підтримуючі поверхні;
- 3) варто розмістити особу так, щоб не було тиску на область оперативного втручання;

4) розгляньте варіант використання активної поверхні ліжка (що регулярно перерозподіляє тиск під тілом), якщо не можна уникнути тиску на хірургічний клапоть;

5) розгляньте можливість використання аеротерапевтичного ліжка Clinitron® (ліжка для терапії, що використовує повітряно-флюїдну терапію для зменшення ризику виникнення пролежнів та сприяння загоєнню ран) після операції;

***Коментар робочої групи:** в Україні не є поширеним використання ліжка Clinitron®, з огляду на їх високу вартість, а використовуються динамічні протипролежневі матраси з чергуванням тиску.*

6) своєчасно проводьте оцінювання особи при сидінні та поставу під час післяопераційного періоду мобілізації;

7) потроху та поступово переводьте особу в сидяче положення протягом принаймні 4-8 тижнів для попередження повторного виникнення пролежня або повторного ушкодження області оперативного втручання;

8) проводьте навчання щодо корекції тиску та перевірки стану шкіри.

(Адаптація PU-ONF 2013, с.184; Рівень С)

S.22 Оптимізація гематологічних та біохімічних параметрів для загоєння пролежнів

S.22.1 Щоб забезпечити належне лікування, візьміть аналізи для виявлення поширених станів, таких як анемія, запалення, діабет та гіпотиреоз, через які, як відомо, уповільнюється загоєння. Потрібно взяти такі аналізи:

1) загальний аналіз крові, включаючи визначення: гемоглобін, гематокрит, лейкоцити, абсолютну кількість лімфоцитів, альбуміни сироватки крові та опис морфології еритроцитів;

2) профіль заліза, включаючи феритин, сироваткове залізо, відсоток насичення та загальну залізовв'язуючу здатність;

3) маркери запалення: С-реактивний білок, преальбумін та швидкість осідання еритроцитів;

4) ендокринні фактори, зокрема глюкоза в крові натще або випадковий рівень глюкози, гемоглобін A1C та дослідження функцій щитоподібної залози.

(Адаптація PU-ONF 2013, с.61; Рівень В)

S.22.2 Якщо біохімічні, антропометричні показники або чинники стилю життя вказують на ризик виникнення пролежнів у особи із ураженням спинного мозку, то дипломований дієтолог повинен вжити активних заходів харчової підтримки. Спектр варіантів починається із медичних харчових добавок і закінчується ентеральним та парентеральним харчуванням. За результатами досліджень краще харчування, вага тіла та біохімічні параметри можуть знизити ризик виникнення пролежнів.

(NUTR 2009, с.36; Рівень А)

S.23 Навчання та освіта фахівців сфери охорони здоров'я

S.23.1 Рекомендовано періодично проводити навчання з профілактики пролежнів для фахівців сфери охорони здоров'я, зокрема на такі теми:

- 1) у кого з найбільшою ймовірністю з'являються пролежні;
- 2) як визначити шкоду, заподіяну пролежнем;
- 3) кроки для профілактики виникнення нових або погіршення стану існуючих пролежнів;
- 4) до кого слід звертатися за подальшою інформацією або вказівками щодо подальших дій при появі пролежнів.

(NICE PU 2014, с. 385; Рівень В)

S.23.2 Проводьте додаткові навчання для фахівців охорони здоров'я, що перебувають у контакті з тими, у кого за оцінками є велика ймовірність виникнення пролежнів. Навчання повинно обов'язково охоплювати такі теми:

- 1) як проводити обстеження стану шкіри та визначати ризик виникнення пролежнів;
- 2) як змінювати положення тіла особи;
- 3) інформацію про протипролежневі вироби та інше обладнання;
- 4) обговорення способів попередження виникнення пролежнів із пацієнтами та їхніми доглядальниками;
- 5) детальні рекомендації та інформаційні джерела для підтримки.

(NICE PU 2014, с. 385; Рівень В)

Т. ПРОФІЛАКТИКА ВЕНОЗНОЇ ТРОМБОЕМБОЛІЇ (ВТЕ). ІНСТРУМЕНТИ ТА РЕСУРСИ

T.1 Профілактика тромбозу глибоких вен

T.1.1 Низькомолекулярний гепарин може бути використаний для профілактики ВТЕ в гострому періоді після ТСМ, якщо немає ознак активної кровотечі.

(Адаптація CSCM 2016, с.220; Рівень С)

T.1.2 Пацієнтам, яким не дають низькомолекулярний гепарин через побоювання щодо кровотечі, слід щоденно проводити оцінювання ймовірності кровотечі. Низькомолекулярний гепарин можна починати давати, коли знижується ймовірність кровотечі.

(Адаптація CSCM 2016, с.220; Рівень С)

T.1.3 Комбіновані механічні методи профілактики ВТЕ (засоби переміжної пневмокомпресії з або без панчів із градуйованою компресією) та антикоагулянтні методи профілактики ВТЕ, слід застосовувати особливо в гострому періоді, якомога швидше після отримання травми, якщо жоден з варіантів не є протипоказаним.

(CSCM 2016, с. 223; Рівень С)

T.1.4 Пероральні антагоністи вітаміну К (такі як варфарин) не потрібно використовувати для профілактики тромбозу в ранньому гострому періоді після отримання ТСМ.

(Адаптація CSCM 2016, с.223; Рівень С)

Т.1.5 Рекомендується використання кава-фільтрів (фільтрів порожнистих вен) для окремих осіб, яким не підходять звичайні антикоагулянти та/або механічні пристрої.

(Адаптація CNS-DVT 2013, с.244; Рівень С)

Т.1.6 Не рекомендується використовувати для профілактики ВТЕ при ТСМ нефракціонований гепарин низької дози або підбирати дозу індивідуально (крім випадку, коли немає низькомолекулярного гепарину або є протипоказання до нього).

(CSCM 2016, с.222; Рівень В)

Т.2 Антикоагулянтні методи профілактики тромбозу - Виявлення в пацієнтів безсимптомного тромбозу глибоких вен

Т.2.1 Під час госпіталізації в гострому періоді осіб з ТСМ не потрібно регулярно перевіряти за допомогою ультразвукової доплерографії на наявність ВТЕ глибоких вен без клінічних проявів.

(Адаптація CSCM 2016, с.227; Рівень В)

Т.3 Діагностика

Т.3.1 В якості потенційних інструментів діагностування ВТЕ глибоких вен у осіб з ТСМ рекомендується використовувати дуплексне доплерівське ультразвукове дослідження, імпеданс-плетизмографію, венозну оклюзійну плетизмографію, венографію та клінічне обстеження.

(Адаптація CNS-DVT 2013, с.244; Рівень С)

Т.4 Антикоагулянтні методи профілактики тромбозу - На етапі реабілітації

Т.4.1 Антикоагулянтна профілактика ВТЕ повинна тривати принаймні вісім тижнів після отримання травми особами з обмеженою мобільністю.

(Адаптація CSCM 2016, с.224; Рівень С)

Т.4.2 Пероральні антикоагулянти прямої дії можуть розглядатися як засіб профілактики ВТЕ на етапі реабілітації.

(Адаптація CSCM 2016, с.223; Рівень С)

Т.4.3 Один із варіантів, зазначених нижче, можна використовувати для профілактики ВТЕ під час етапу реабілітації в післягострому періоді: низькомолекулярний гепарин, пероральні антагоністи вітаміну К (INR 2.0-3.0), або пероральний антикоагулянт прямої дії.

(CSCM 2016, с.224; Рівень С)

Т.5 Профілактика ВТЕ в пацієнтів із хронічною ТСМ при повторній госпіталізації

Т.5.1 Особи із хронічною ТСМ, які повторно госпіталізовані через хворобу або проведення хірургічних процедур, повинні отримати профілактику ВТЕ в період підвищеного ризику.

(CSCM 2016, с.231; Рівень С)

U. МОБІЛЬНІСТЬ У КРІСЛІ КОЛІСНОМУ

Рекомендації

U.1.1 Оцінювання мобільності на кріслі колісному повинен проводити клініцист, який може призначати крісла колісні та має досвід роботи з особами з ТСМ, фізичний терапевт та/або ерготерапевт.

(Адаптація ОТА 2013, с.13; Рівень С)

U.1.2 Клініцист має оцінити функціонування потенційного користувача крісла колісного, врахувати цілі та середовище особи, залучити особу з ТСМ та інших значущих осіб, застосувати клінічне мислення, використовувати результати досліджень для прийняття рішень, зберігати відповідні записи про втручання та, за потреби, консультуватися з іншими спеціалістами.

(Адаптація ОТА 2013, с.13; Рівень С)

U.1.3 Оцінювання для призначення крісла колісного або асистивного засобу з електроприводом, або скутера повинно включати випробування протягом достатнього періоду часу при виконанні діяльності в середовищі, яке є звичним і важливим для особи з ТСМ та її доглядача (включаючи домашні або подібні до них умови, або оточення, а також інші очікувані транспортні засоби).

(Адаптація ОТА 2013, с.23; Рівень С)

U.1.4 При оцінюванні для призначення крісла колісного або скутера слід враховувати систему сидіння та її сумісність з кріслом колісним. Для осіб із складними потребами, пов'язаними із сидінням та контролем, слід розглянути варіант скерувати їх до фахівця з сидіння.

(Адаптація ОТА 2013, с.24; Рівень В)

U.1.5 Фахівець з досвідом роботи з ТСМ повинен повторно оцінити рівень задоволеності та безпеки через 3 місяці після придбання крісла колісного, та за потреби під час кожного наступного візиту.

(Адаптація ОТА 2013, с.24; Рівень С)

U.1.6 Перед та під час випробувань крісла колісного або скутера клініцист з досвідом роботи з ТСМ повинен взяти до уваги поведінку, психологічний стан, когнітивний стан та навички сприйняття особи, розглядаючи ймовірність заподіяння шкоди собі або іншим, та скерувати її, за потреби, до відповідного фахівця охорони здоров'я.

(Адаптація ОТА 2013, с.28; Рівень С)

U.1.7 У випадках, коли особа з ТСМ не спроможна когнітивно та перцептивно самостійно керувати кріслом колісним із електроприводом у різних середовищах або протягом тривалого часу, слід розглянути варіант встановлення системи управління для доглядальника та пацієнта.

(Адаптація ОТА 2013, с.29; Рівень С)

U.1.8 При виявленні порушень зору або слуху, скеровуйте осіб з ТСМ до інших спеціалізованих фахівців (наприклад, оптометриста, офтальмолога, аудіолога, тренерів з мобільності).

(Адаптація ОТА 2013, с.31; Рівень С)

U.1.9 Особу з TCM потрібно навчити технікам компенсації, якщо вона має порушення зору, а також потрібно проаналізувати безпеку застосування засобу в тому середовищі, де він буде застосовуватися, включаючи дорогу.

(Адаптація ОТА 2013, с.31; Рівень С)

U.1.10 Фахівець із досвідом роботи з TCM повинен розповісти особі, яка користується кріслом колісним, та її доглядачу про ризики болю та травми верхніх кінцівок, засоби попередження та терапії для мінімізації ризику, а також про потребу підтримувати фізичну форму.

(Адаптація ОТА 2013, с.38; Рівень С)

U.1.11 Особу з TCM та доглядача потрібно проінформувати, що алкоголь, канабіс, рецептурні лікарські засоби (якщо актуально) та незаконні наркотики можуть вплинути на їхню здатність безпечно керувати кріслом колісним або скутером.

(Адаптація ОТА 2013, с.40; Рівень С)

U.1.12 Фахівець з досвідом роботи з особами з TCM, повинні призначити системи сидіння з урахуванням індивідуальних особливостей та результатів обстеження.

(Адаптація ОТА 2013, с.46; Рівень С)

U.1.13 Фахівець з досвідом роботи з особами з TCM, повинні врахувати особистісні фактори, заняття та характеристики крісла колісного під час розгляду та оцінювання крісла колісного для комфортного сидіння та переміщення особи: особистісні фактори, заняття та характеристики крісла колісного.

(Адаптація ОТА 2013, с.47; Рівень В)

U.1.14 До факторів, які потрібно врахувати, належить опора стоп, що впливає на стабільність тазу та постави, та можливості відновлювати кращу поставу. Опора стоп може досягатися за рахунок порушення симетрії постави, що може мати довготермінові наслідки для опорно-рухового апарату.

(ОТА 2013, с.54; Рівень С)

U.1.15 Для користувачів крісла колісного зі зниженою функцією верхніх кінцівок слід розглянути можливість використання крісла колісного з електроприводом, оскільки вони можуть покращити функціональну мобільність та продуктивність осіб.

(ОТА 2013, с.54; Рівень В)

U.1.16 Фахівці з TCM повинні оцінити патерн гребкових рухів руки, положення, яке використовується, витрати енергії та ефективність, а також визначити оптимальне крісло колісне та патерн приведення його в рух, щоб мінімізувати ризик травмування верхніх кінцівок усіх осіб із TCM, які користуються кріслом колісним з ручним керуванням.

(CAN-SCIP 2020; Рівень С)

U.1.17 До реабілітаційної виписки фахівець з TCM повинен сприяти наданню індивідуального навчання для клієнта/доглядача щодо крісел колісних або скутерів для вдосконалення навичок та продуктивності.

(Адаптація ОТА 2013, с.60; Рівень А)

U.1.18 Рекомендуємо включити в програму навчання щодо користування кріслами колісними для осіб з ТСМ наступне: елементи навчання, практичні заняття та заняття в громаді/потенційному середовищі, які проводить досвідчений фахівець з досвідом роботи з особами з ТСМ.

(Адаптація ОТА 2013, с.60; Рівень А)

U.1.19 Як мінімум, новачок, який користується кріслом колісним або скутером, повинен пройти навчання у фахівця, який має досвід роботи з ТСМ, щодо користування кріслом колісним, що триває в середньому 3-4 години протягом декількох тижнів, приблизно 30-хвилинними сесіями. Практичні заняття проводяться на додаток до індивідуальних тренувань.

(Адаптація ОТА 2013, с.61; Рівень А)

U.1.20 Заняття з навичок користування кріслом колісним повинні проводитись переважно індивідуально, хоча практичні заняття можуть бути в парі або в форматі «рівний – рівному».

(Адаптація ОТА 2013, с.62; Рівень В)

U.1.21 Фахівець з реабілітації повинен забезпечити надання особі з ТСМ інформації про варіанти технічного обслуговування та ремонту, а також про те, до кого можна звернутися.

(ОТА 2013, с.72; Рівень С)

U.1.22 Фахівець з реабілітації має повідомити особі з ТСМ та доглядачу, що крісло колісне або скутер повинні принаймні один раз пройти технічне обслуговування до моменту закінчення строку гарантії виробника.

(Адаптація ОТА 2013, с.72; Рівень С)

V. ТЕРАПІЯ, ЗАСНОВАНА НА АКТИВНОСТЯХ

V.1.1 Для всіх осіб з ТСМ слід розглянути можливість індивідуального обстеження щодо можливих переваг стояння як фізіологічно стабільного стану, що є практично можливим після ТСМ.

(Адаптація CGFS 2013, с.11; Рівень А)

V.1.2 Рекомендовано встановити конкретні цілі для особи з ТСМ, виходячи з початкового обстеження та поточної оцінки. Слід застосовувати доречні критерії оцінки результатів.

(CGFS 2013, с.12; Рівень С)

V.1.3 Особам із гострою або підгострою травмою шийного відділу спинного мозку слід запропонувати ФЕС для поліпшення функції рук та зап'ястків.

(Адаптація TIME 2017, с.235S; Рівень С)

V.1.4 Запропонуйте заняття на біговій доріжці з частковим розвантаженням тулуба як варіант тренування ходіння, на додачу до звичайного ходіння по землі, в залежності від наявності ресурсів, контексту, та локальної наявності кваліфікованих фахівців.

(TIME 2017, с.234S; Рівень С)

W. МОБІЛЬНІСТЬ ТА ХОДА

Рекомендації

W.1.1 Особам з неповною тетраплегією та частково збереженою вольовою моторною функцією нижніх кінцівок, можуть отримати користь від тренування ходьби по землі за допомогою ваги тіла або тренування ходьби на біговій доріжці з підтримкою ваги тіла в рамках програми реабілітації.

(CAN-SCIP 2020; Рівень А)

W.1.2 Клініцисти повинні розглянути можливість поступового ускладнення амбулаторної програми тренування ходьби в громаді, з метою поліпшення функціональних амбулаторних результатів.

(CAN-SCIP 2020; Рівень С)

W.1.3 Для сприяння ранній активній реабілітації можна застосовувати часткове розвантаження тулуба (наприклад, на біговій доріжці, на землі, під час гідротерапії) до тих, у кого є відновлення моторної функції, але вони поки не можуть підтримувати власну вагу, або їх обмежує м'язова втома.

(CAN-SCIP 2020; Рівень В)

W.1.4 Тренування ходи рекомендується для осіб із неповним моторним ураженням спинного мозку. Режим тренувань повинен бути активним, а вибір способу не має великого значення.

(CAN-SCIP 2020; Рівень В)

W.1.5 ФЕС, якщо вона доступна та немає протипоказань, може стати позитивним доповненням до цього для осіб із неповним ураженням спинного мозку, у яких є патерн верхнього мотонейрону в нижніх кінцівках.

(CAN-SCIP 2020; Рівень В)

W.1.6 Ортези на гомілковостопний суглоб можуть використовуватися для покращення ходьби осіб зі слабкістю нижніх кінцівок.

(CAN-SCIP 2020; Рівень В)

X. ВЕРХНЯ КІНЦІВКА

Рекомендації

X.1.1 Осіб з ТСМ рекомендується скерувати до спортивних програм в громаді з періодичним повторним оцінюванням у фахівця з ТСМ для підтримання їхньої фізичної форми та гарного самопочуття, а також для оптимізації та моніторингу їхніх функцій.

(PRAXIS 2020; Рівень В)

X.1.2 Рекомендуємо пропонувати нейром'язово-асистовану велоергометрію верхніх кінцівок з метою підвищення м'язової сили у осіб з тетраплегією.

(PRAXIS 2020; Рівень В)

X.1.3 Розгляньте можливість запропонувати особам із хронічною неповною тетраплегією (якщо після травми пройшло вже більше року) масову практику (повторювану активність) навичок, орієнтованих на завдання (task-oriented skills).

Соматосенсорна стимуляція є важливим доповненням до масової практики для покращення функції рук.

(PRAXIS 2020; Рівень А)

Х.1.4 Наразі досліджується транскраніальна магнітна стимуляція мозку для покращення функції при ТСМ; потрібно більше наукових доказів.

(PRAXIS 2020; Рівень С)

Х.1.5 Наразі досліджуються аурикулярна та електрична акупунктура для покращення функції при ТСМ; потрібно більше наукових доказів.

(PRAXIS 2020; Рівень В)

Х.1.6 Розгляньте варіант запропонувати пацієнтам із тетраплегією активний тенодез великого пальця із застосуванням протидіючої шини (ортезу) для покращення захвату та функцію рук.

(PRAXIS 2020; Рівень В)

Х.1.7 Для осіб із контрактурами міжкісткового простору великого пальця, скоріш за все, розтягування не буде ефективним засобом зменшення контрактури, тому воно не рекомендується як окремий метод терапії.

(PRAXIS 2020; Рівень А)

Х.1.8 Протокол вправ для плеча та розтягування, що включає розтягування протракторів (обертальних м'язів) і зміцнення ретракторів (відвідних м'язів) плечового суглоба може використовуватися для зменшення інтенсивності болю в плечовому суглобі.

(PRAXIS 2020; Рівень А)

Х.1.9 Розгляньте можливість скерувати пацієнтів із тетраплегією до багатопрофільної клініки відповідного рівня, що спеціалізується на верхніх кінцівках, для обстеження щодо пересадки периферичних нервів або сухожилля для відновлення функції верхніх кінцівок. Рекомендується скерувувати з конкретними функціональними цілями.

(PRAXIS 2020; Рівень А)

Х.1.10 Для оцінювання природного перебігу ТСМ ми рекомендуємо ISNCSCI, Graded Redefined Assessment of Strength, Sensibility and Prehension (GRASSP) <https://grassptest.com/> та показник самообслуговування (self-care subscore) зі SCIM IV. Для втручань, якщо це реконструктивна хірургія, слід використовувати тест ISHT <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC3584747/#sec1> та тест захоплення та відпускання (<https://www.sralab.org/rehabilitation-measures/grasp-and-release-test>) на початку та при виписці. Якщо для відновлення функції рук використовуються стимуляційні види терапії, то використовуйте TRI\HFT (<https://www.sralab.org/rehabilitation-measures/toronto-rehabilitation-institute-hand-function-test>).

(PRAXIS 2020; Рівень С)

Х.1.11 ФЕС потрібно призначати особам із повним ураженням AIS А та неповним ураженням щонайменше 3 рази на тиждень, загальною тривалістю 40 годин.

(PRAXIS 2020; Рівень С)

Коментар робочої групи: на момент розробки КН вказані в п. Х.І.10. інструменти реабілітаційного оцінювання GRASSP, ISHT, TRI\HFT, а також тест захоплення та відпускання відсутні в «Переліку рекомендованих інструментів оцінювання функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я особи» затвердженому наказом Міністерства охорони здоров'я України від 20 листопада 2024 року № 1946.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

CAN-SCIP «Canadian Spinal Cord Injury Practice Guidelines»
<https://scireproject.com/videos-and-toolkits/clinical-practice-guidelines>.

Список літературних джерел, використаних робочою групою при адаптації КН

1. Patsakos, E. M., Craven, B. C., Kua, A., Cheng, C. I., Eng, J., ... Ho, C. (2021). Evaluation of the quality of published SCI clinical practice guidelines using the AGREE II instrument: Results from Can-SCIP expert panel. *The Journal of Spinal Cord Medicine*, 44(sup1), S69–S78. <https://doi.org/10.1080/10790268.2021.1961053>.
2. Academy of Nutrition and Dietetics. *Spinal Cord Injury Evidence-Based Nutrition Practice Guideline* [Internet]. 2009. Available from: <https://www.andean.org/topic.cfm?cat=3485>.
3. Bombardier CH, Azuero CB, Fann JR, Kautz DD, Richards JS, Sabharwal S. Management of mental health disorders, substance use disorders, and suicide in adults with spinal cord injury: Clinical practice guideline for healthcare providers. *Top Spinal Cord Inj Rehabil* 2021;27(2):152–224.
4. Brouwers M, Consortium ANS. Appraisal of guidelines for research & evaluation II. *Agree Next Steps Consort* 2009: 1–56.
5. Brouwers MC, Kho ME, Browman GP, Burgers JS, Cluzeau F, Feder G, et al. Development of the AGREE II, part 2: assessment of validity of items and tools to support application. *Cmaj* 2010; 182(10): E472–E478.
6. BrouwersMC, KhoME, BrowmanGP, Burgers JS, Cluzeau F, Feder G, et al. Development of the AGREE II, part 1: performance, usefulness and areas for improvement. *Cmaj* 2010;182(10):1045–1052.
7. CADTH Grey Matters Tool [Internet]. Available from <https://www.cadth.ca/resources/finding-evidence/grey-matters>.
8. Ciliska DK, Pinelli J, DiCenso A, Cullum N. Resources to enhance evidence-based nursing practice. *AACN Adv Crit Care* 2001;12(4):520–528.
9. Clinical Key [Internet]. Available from <https://www.elsevier.com/solutions/clinicalkey>.
10. Consortium ANS. Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation II - User Manual [Internet]. Available from: https://www.agreetrust.org/wp-content/uploads/2013/06/AGREE_II_Users_Manual_and_23-item_Instrument_ENGLISH.pdf.
11. Consortium for Spinal Cord Medicine. *Pressure Ulcer Prevention and Treatment Following SCI*, 2nd edition [Internet]. 2014. Available from: https://www.mascip.co.uk/wp-content/uploads/2015/05/CPG_Pressure-Ulcer.pdf.
12. Consortium for Spinal Cord Medicine. Sexuality and reproductive health in adults with spinal cord injury: a clinical practice guideline for health-care professionals. *J Spinal Cord Med* [Internet] 2010;33(3):281–336. Available from <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20737805>.

13. Cranney A, Guyatt G, Griffith L, Wells G, Tugwell P, Rosen C, et al. IX: Summary of meta-analyses of therapies for postmenopausal osteoporosis. *Endocr Rev* 2002;23(4):570–578.
14. Craven BC, Balioussis C, Verrier M. The tipping point: perspectives on SCI rehabilitation service gaps in Canada. *Int J Phys Med Rehabil* 2013;1(8):1–4.
15. Critical Care Services Ontario. Provincial Guidelines for Spinal Cord Assessment [Internet]. 2016. Available from: <https://criticalcareontario.ca/wp-content/uploads/2020/11/Guidelinesfor-Adult-Spinal-Cord-Assessment-May-2016.pdf>.
16. Davies BL. Sources and models for moving research evidence into clinical practice. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2002;31(5): 558–562.
17. Development of Clinical Guidelines for the Prescription of a Seated Wheelchair or Mobility Scooter for People with TBI or SCI [Internet]. 2013. Available from https://www.aci.health.nsw.gov.au/__data/assets/pdf_file/0003/167286/Guidelines-onWheelchair-Prescription.pdf.
18. Dhall SS, Hadley MN, Aarabi B, Gelb DE, Hurlbert RJ, Rozzelle CJ, et al. Deep venous thrombosis and thromboembolism in patients with cervical spinal cord injuries. *Neurosurgery* 2013;72 (suppl_3):244–254.
19. DynaMed Plus [Internet]. Available from <http://www.dynamed.com/home/>.
20. Evidence-Based Guideline Update: Intraoperative Spinal Monitoring with Somatosensory and Transcranial Electrical Motor Evoked Potentials. 2011.
21. Fehlings M, Tetreault L, Aarabi B, Anderson P, Arnold PM, Brodke D, et al. CPG for the Management of patients with acute SCI: Recommendations on the type and timing of rehabilitation. *Glob Spine J* [Internet] 2017;7(3 suppl):231S–238S. Available from 10.1177/2192568217701910.
22. Fehlings MG, Martin AR, Tetreault LA, Aarabi B, Anderson P, Arnold PM, et al. CPG for the Management of patients with acute SCI: Recommendations on the role of baseline magnetic resonance imaging in clinical decision making and outcome prediction. *Glob Spine J* [Internet] 2017;7(3_suppl):221S–230S. Available from: <https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/2192568217703089>.
23. Fehlings MG, Tetreault LA, Aarabi B, Anderson P, Arnold PM, Brodke DS, et al. A clinical practice guideline for the management of patients with acute spinal cord injury: recommendations on the type and timing of anticoagulant thromboprophylaxis. *Glob Spine J* 2017;7(3_suppl):212S–220S.
24. Fehlings MG, Tetreault LA, Wilson JR, Aarabi B, Anderson P, Arnold PM, et al. A clinical practice guideline for the management of patients with acute spinal cord injury and central cord syndrome: recommendations on the timing (≤ 24 h versus > 24 h) of decompressive surgery. *Glob Spine J* 2017;7(3_suppl): 195S–202S.
25. Fehlings MG, Tetreault LA, Wilson JR, Kwon BK, Burns AS, Martin AR, et al. A clinical practice guideline for the management of acute spinal cord injury: introduction, rationale, and scope. Los Angeles, CA: SAGE Publications Sage CA; 2017.
26. Fehlings MG, Wilson JR, Tetreault LA, Aarabi B, Anderson P, Arnold PM, et al. A clinical practice guideline for the management of patients with acute spinal cord

injury: recommendations on the use of methylprednisolone sodium succinate. *Glob Spine J* 2017;7(3_suppl):203S–211S.

27. Field MJ, Lohr KN. Clinical practice guidelines. *Dir a new Program Washingt Natl Acad Pr* 1990:1–168.

28. Furlan JC, Sakakibara BM, Miller WC, Krassioukov AV. Global incidence and prevalence of traumatic spinal cord injury. *Can J Neurol Sci* 2013;40(4):456–464.

29. Gelb DE, Hadley MN, Aarabi B, Dhall SS, Hurlbert J, Rozzelle C, et al. Initial closed reduction of cervical spinal fracture-dislocation injuries. *Neurosurgery* 2013;72(suppl_3):73–83.

30. Gerber LH, Bush H, Cai X“, Morse L, Worobey L, Garfinkel S. Scoping review of peer reviewed publications addressing rehabilitation for people sustaining traumatic spinal cord injury. *J Spinal Cord Med* 2020;43(4):421–427.

31. Ginis KAM, Van Der Scheer JW, Latimer-Cheung AE, Barrow A, Bourne C, Carruthers P, et al. Evidence-based scientific exercise guidelines for adults with spinal cord injury: an update and a new guideline. *Spinal Cord* 2018;56(4):308–321.

32. Graham ID, Beardall S, Carter AO, Glennie J, Hébert PC, Tetroe JM, et al. What is the quality of drug therapy clinical practice guidelines in Canada? *Cmaj* 2001;165(2):157–163.

33. Graham ID, Brouwers M, Davies C, Tetroe J. Ontario doctors' attitudes toward and use of clinical practice guidelines in oncology. *J Eval Clin Pract* 2007;13(4):607–615.

34. Graham ID, Calder LA, Hébert PC, Carter AO, Tetroe JM. A comparison of clinical practice guideline appraisal instruments. *Int J Technol Assess Health Care* 2000;16(04): 1024–1038.

35. Grol R, Grimshaw J. From best evidence to best practice: effective implementation of change in patients' care. *Lancet*. 2003;362(9391):1225–30.

36. Grol R. Successes and failures in the implementation of evidencebased guidelines for clinical practice. *Med Care* 2001;39(8, Supplement II):II46–II54.

37. Guidelines for the Management of Acute Cervical Spine and Spinal Cord Injuries: 2013 Update. 2013.

38. Guidelines International Network [Internet]. Available from <https://www.g-i-n.net/home>.

39. Guy SD, Mehta S, Casalino A, Côté I, Kras-Dupuis A, Moulin DE, et al. The CanPain SCI clinical practice guidelines for rehabilitation management of neuropathic pain after spinal cord: Recommendations for treatment. *Spinal Cord* [Internet] 2016;54(1):S14–S23. Available from: <https://doi.org/10.1038/sc.2016.90>.

40. Guy SD, Mehta S, Harvey D, Lau B, Middleton JW, O'Connell C, et al. The CanPain SCI clinical practice guideline for rehabilitation management of neuropathic pain after spinal cord: recommendations for model systems of care. *Spinal Cord* [Internet] 2016;54(1):24–27. Available from: <https://doi.org/10.1038/sc.2016.91>.

41. Hurdowar A, Graham ID, Bayley M, Harrison M, WoodDauphinee S, Bhogal S. Quality of stroke rehabilitation clinical practice guidelines. *J Eval Clin Pract* 2007;13(4):657–664.
42. Johns J, Krogh K, Rodriguez GM, Eng J, Haller E, Heinen M, et al. Management of neurogenic bowel dysfunction in adults after spinal cord injury: Clinical practice guideline for health care providers. *J Spinal Cord Med* 2021;44(3):442–510.
43. Kavanagh A, Baverstock R, Campeau L, Carlson K, Cox A, Hickling D, et al. Canadian urological association guideline: diagnosis, management, and surveillance of neurogenic lower urinary tract dysfunction—full text. *Can Urol Assoc J* 2019;13(6):E157.
44. Ketelaar M, Russell DJ, Gorter JW. The challenge of moving evidence-based measures into clinical practice: lessons in knowledge translation. *Phys Occup Ther Pediatr*. 2008;28(2):191–206.
45. Kornhall DK, Jørgensen JJ, Brommeland T, Hyldmo PK, Asbjørnsen H, Dolven T, et al. Norwegian guidelines for the prehospital management of adult trauma patients with potential spinal injury. *Scand J Trauma Resusc Emerg Med* 2017;25(1): 1–11.
46. Krassioukov A, Linsenmeyer TA, Beck LA, Elliott S, Gorman P, Kirshblum S, et al. Evaluation and management of autonomic dysreflexia and other autonomic dysfunctions: Preventing the highs and lows: Management of blood pressure, sweating, and temperature dysfunction. *Top Spinal Cord Inj Rehabil* 2021;27 (2):225–290.
47. McKim DA, Avendano M, Abdool S, Côté F, Duguid N, Fraser J, et al. Home mechanical ventilation: a Canadian Thoracic Society clinical practice guideline. *Can Respir J* 2011;18(4):197–215.
48. Mehta S, Guy SD, Bryce TN, Craven BC, Finnerup NB, Hitzig SL, et al. The CanPain SCI clinical practice guidelines for rehabilitation management of neuropathic pain after spinal cord: screening and diagnosis recommendations. *Spinal Cord* [Internet] 2016;54(1): S7–S13. Available from: <https://doi.org/10.1038/sc.2016.89>.
49. Morse LR, Biering-Soerensen F, Carbone LD, Cervinka T, Cirnigliaro CM, Johnston TE, et al. Bone mineral density testing in spinal cord injury: 2019 ISCD official position. *J Clin Densitom* 2019;22(4):554–566.
50. Multidisciplinary Association of Spinal Cord Injury Professionals. Clinical Guideline for Standing in Adults Following Spinal Cord Injury [Internet]. 2013. Available from: [https://www.mascip.co.uk/wp-content/uploads/2015/05/ Clinical-Guidelines-for-Standing-Adults-Following-Spinal-CordInjury.pdf](https://www.mascip.co.uk/wp-content/uploads/2015/05/Clinical-Guidelines-for-Standing-Adults-Following-Spinal-CordInjury.pdf).
51. Nash MS, Groah SL, Gater Jr DR, Dyson-Hudson TA, Lieberman JA, Myers J, et al. Identification and management of cardiometabolic risk after spinal cord injury: Clinical practice guideline for health care providers. *Top Spinal Cord Inj Rehabil* [Internet] 2018;24(4):379–423. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30459501>.
52. NCCIH Clearinghouse [Internet]. Available from <https://nccih.nih.gov/health/clearinghouse>.

53. NCGC UK. The Prevention and Management of Pressure Ulcers in Primary and Secondary Care [Internet]. 2014. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25340232/>.
54. NICE. Neuropathic Pain in Adults: Pharmacological Management in Non-Specialist Settings (CG173) [Internet]. 2018. Available from <https://www.nice.org.uk/guidance/cg173>.
55. NICE. Spinal injury: assessment and initial management. Retrieved from World Wide web [Internet] 2017;17(01). Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK344254/>.
56. Noonan VK, Fingas M, Farry A, Baxter D, Singh A, Fehlings MG, et al. Incidence and prevalence of spinal cord injury in Canada: a national perspective. *Neuroepidemiology* 2012;38(4): 219–226.
57. Occupational Therapists and Physiotherapists In the Community Setting (Northern Ireland). Guidelines for the Rehabilitation of Patients with Metastatic Spinal Cord Compression [Internet]. 2017. p. 1–96. Available from <https://www.rqia.org.uk/RQIA/files/cb/cba33182-deab-46ae-acd1-d27279d9847c.pdf>.
58. Ontario Neurotrauma Foundation. Canadian Best Practice Guidelines for the Prevention and Management of Pressure Ulcers in People with Spinal Cord Injury. Available from: https://onf.org/wp-content/uploads/2019/04/Pressure_Ulcers_Best_Practice_Guideline_Final_web4.pdf.
59. Patsakos E. M., Craven B. C., Kua A., Cheng C.I., Eng J., Ho C. Evaluation of the quality of published SCI clinical practice guidelines using the AGREE II instrument: Results from Can-SCIP expert panel. *Nhe Journal of Spinal Cord Medicine* 2021;44(sup1):S69-S78. doi: 10.1080/10790268.2021.1961053.
60. Physiotherapy Evidence Database Ratings (PEDro) [Internet]. Available from <https://www.pedro.org.au/>.
61. Professionals MA of SCI. Guidelines for management of neurogenic bowel dysfunction in individuals with central neurological conditions. Aylesbury: MASCIP Middlesex; 2012.
62. Rehabilitation in Health Systems [Internet]. 2017. Available from https://www.who.int/disabilities/rehabilitation_health_systems/en/.
63. Ryken T, Hadley M, Aarabi B, Sanjay S, Gelb D RJH, et al. Management of acute combination fractures of the atlas and axis in adults. *Neurosurgery* 2013;72(suppl_3):151–158.
64. Schurch B, Iacovelli V, Averbek MA, Carda S, Altaweel W, Finazzi Agrò E. Urodynamics in patients with spinal cord injury: A clinical review and best practice paper by a working group of The International Continence Society Urodynamics Committee. *Neurourol Urodyn* 2018;37(2):581–591.
65. Scottish Intercollegiate Guidelines Network [Internet]. Available from <https://www.sign.ac.uk/>.

66. Statements PCI. Prevention of venous thromboembolism in individuals with spinal cord injury: clinical practice guidelines for health care providers. *Top Spinal Cord Inj Rehabil* 2016;22(3): 209–240.
67. Thomas R, Barnes M. Life expectancy for people with disabilities. *NeuroRehabilitation* 2010;27(2):201–209.
68. Trip Medical Database [Internet]. Available from <https://www.tripdatabase.com>.
69. UK National Clinical Guideline Centre. Urinary Incontinence in Neurological Disease: Management of Lower Urinary Tract Dysfunction in Neurological Disease. 2012; Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23638496/>.
70. Walters BC, Hadley MN, Hurlbert RJ, Aarabi B, Dhall SS, Gelb DE, et al. Guidelines for the management of acute cervical spine and spinal cord injuries: 2013 update. *Neurosurgery* 2013;60 (CN_suppl_1):82–91.
71. WHO. International Perspectives on SCI [Internet]. 2013. Available from https://www.who.int/disabilities/policies/spinal_cord_injury/en/.
72. Wounds Canada. Wounds Canada Best Practice Recommendations [Internet]. 2017. Available from: <https://www.woundscanada.ca/health-care-professional/resourceshealth-care-pros/12-healthcare-professional/110-supplements>.
73. Yue JK, Chan AK, Winkler EA, Upadhyayula PS, Readdy WJ, Dhall SS. A review and update on the guidelines for the acute management of cervical spinal cord injury-part II. *J Neurosurg Sci* 2015;60(3):367–384.