

Название медицинской организации Название департамента/ отделения/ лаборатории;	Городская поликлиника № Терапевтические отделения, Неврологический кабинет
Название документа:	Внутренний порядок (ВП) оказания медицинской помощи взрослым: «Дискогенная пояснично-крестцовая радикулопатия»

Разработчики:	Утверждено	
1. Заместитель главного врача по ККМП	Дата утверждения	01.04.2024
2. Заведующий поликлиническим отделением	Согласовано	
3. Заведующий ООВП	Дата согласования	01.04.2024
4. Заведующий терапевтическим отделением	Ответственный за исполнение	
	Введен в действие	01.05.2024
	Сотрудник, отвечающий за выполнение процедуры	

Нозология	Дискогенная пояснично-крестцовая радикулопатия	
Источник	Клинические рекомендации: «Дискогенная пояснично-крестцовая радикулопатия» Год утверждения (частота пересмотра):2023 (2025) Возрастная категория: Взрослые Пересмотр не позднее:2025 Разработчик клинической рекомендации: МОО «Общество по изучению боли» Одобрено Научно-практическим Советом Минздрава РФ	ID:777
МКБ-10	М51.1 - Поражения межпозвонковых дисков поясничного и других отделов с радикулопатией G55.1* - Сдавления нервных корешков и сплетений при нарушениях межпозвонковых дисков (* не применяется в качестве самостоятельного шифра)	
Классификация	Выделяют ДПКР: ➤ острую (до 4 недель), ➤ подострую (в период после 4 и до 12 недель) ➤ хроническую (после 12 недель).	ВОЗ, 1999
Проявления	Основные клинические проявления ДПКР: 1. боль в нижней части спины с иррадиацией в ногу; 2. чувствительные расстройства в соответствующих дерматомах; 3. слабость в соответствующих миотомах (индикаторных мышцах); 4. снижение или отсутствие коленного либо ахиллова рефлексов; 5. положительные симптомы натяжения корешков.	
Диагностика	Постановка диагноза ДПКР рекомендуется на основании триады: 1) По данным жалоб, анамнеза и обследования (таблицы 1,2) не выявлено признаков, настораживающих в отношении специфических причин боли в спине; 2) При клиническом обследовании с оценкой неврологического статуса	УУР/ УДД С5

выявлены признаки ДПКР, положительные тесты натяжения;
3) Результаты нейровизуализации (при их наличии) имеют прямую корреляцию с клинической картиной (локализация грыжи диска соотносится с зонами иррадиации боли и распределения чувствительных расстройств, слабостью в «индикаторных» мышцах, выпадением соответствующих рефлексов.

➤ При сборе жалоб и анамнеза у пациентов с подозрением на ДПКР рекомендуется использование краткого опросника на выявление признаков так называемых «специфических» причин заболевания с целью выбора дальнейшей тактики ведения больного:

Таблица 1. Симптомы опасности («красные флажки») при болях в спине.

Возраст	Моложе 18 лет и старше 50 лет
Анамнез	Наличие недавней травмы спины; Наличие злокачественного новообразования (даже в случае радикального удаления опухоли); Длительное использование глюкокортикоидов (ГК); Наркомания; ВИЧ-инфекция; Иммунодепрессивное состояние; Периодически возникающее плохое самочувствие; Необъяснимая потеря веса
Характер и локализация боли	Постоянно прогрессирующая боль, которая не облегчается в покое («немеханическая» боль); Боль в грудной клетке; Необычная локализация боли: в промежности, прямой кишке, животе, влагалище; Связь боли с дефекацией, мочеиспусканием, половым актом

Таблица 2. Некоторые симптомы опасности, их возможные причины и рекомендуемая врачебная тактика у пациентов с болью в спине

Симптомы опасности	Возможные причины боли	Врачебная тактика
Злокачественное новообразование в анамнезе; необъяснимая потеря массы тела; возраст старше 50 лет; появление или усиление боли в покое, в ночное время	Злокачественное новообразование	МРТ или КТ позвоночника (один отдел), в части случаев – сцинтиграфия костей всего тела, позитронная эмиссионная томография (ПЭТ) костей, совмещенная с КТ всего тела, консультация врача-онколога
Лихорадка, недавно перенесенное инфекционное заболевание, парентеральное употребление наркотиков	Инфекционное поражение позвонков или дисков	Рентгенография поясничного и крестцового отделов позвоночника, рентгенография позвоночника с функциональными пробами, МРТ или КТ позвоночника (один отдел), консультация врача-фтизиатра, врача-инфекциониста
Тазовые расстройства, парезы конечностей, анестезия промежности	Синдром поражения корешков	МРТ или КТ позвоночника (один отдел), срочная консультация врача-нейрохирурга

C5

C5

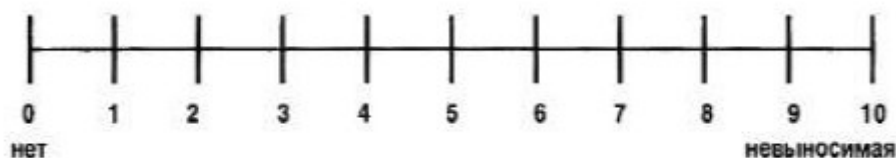
	конского хвоста	
Наличие признаков остеопороза, прием ГК, возраст старше 50 лет, недавняя травма спины	Компрессионный перелом позвоночника	Рентгенография поясничного и крестцового отдела позвоночника, рентгенография позвоночника с функциональными пробами, МРТ или КТ позвоночника (один отдел), ультразвуковая денситометрия, рентгеноденситометрия поясничного отдела позвоночника, консультация врача-ревматолога
Утренняя скованность, молодой возраст, пробуждение во второй половине ночи из-за боли, улучшение после физических упражнений на фоне приема НПВП	Анкилозирующий спондилит (болезнь Бехтерева)	Рентгенография поясничного и крестцового отделов позвоночника, рентгенография позвоночника с функциональными пробами, консультация врача-ревматолога
Наличие пульсирующего образования в брюшной полости	Аневризма брюшного отдела аорты	Ультразвуковое исследование органов брюшной полости (комплексное). КТ органов брюшной полости, консультация врача-хирурга
Выраженная или нарастающая слабость в ногах	Поясничный стеноз	МРТ или КТ позвоночника (один отдел), консультация врача-нейрохирурга

➤ Для оценки тяжести состояния и эффективности лечения пациентам с ДПКР рекомендуется оценка интенсивности боли, как на момент обращения, так и в динамике. Для этого могут быть использованы стандартизированные шкалы:

- визуально-аналоговая шкала (ВАШ или VAS),



- числовая рейтинговая шкала (ЧРШ или NRS),



- вербальная ранговая шкала (ВРШ или VRS)



➤ Для оценки выраженности нарушенных функций, динамики заболевания и эффективности проводимого лечения при ДПКР рекомендуется использование вопросников:

- Освестри;
- Роланда-Морриса;

ВЗ

ВЗ

	<u>Лабораторная:</u> При ДПКР не рекомендованы лабораторные исследования, если нет признаков специфической причины БНЧС (перелом позвоночника, инфекционное, системное воспалительное, онкологическое или другое заболевание).	C5
	<u>Инструментальная:</u> ➤ Пациентам с проявлениями ДПКР рекомендуется магнитно-резонансная томография позвоночника (один отдел) при наличии симптомов опасности («красных флажков»)	C5
	➤ Если МРТ противопоказана, рекомендуется компьютерная томография позвоночника (один отдел), КТ-миелография (компьютерная томография позвоночника с внутривенным контрастированием (один отдел)) с целью исключения специфического заболевания	C5
	➤ Экстренное проведение МРТ или КТ позвоночника (один отдел), КТ позвоночника с внутривенным контрастированием (один отдел) рекомендуется при обнаружении синдрома поражения конского хвоста (нарушения функции тазовых органов, утрата чувствительности в промежности, прогрессирующий парез обеих ног) с целью определения дальнейшей тактики лечения	C5
	➤ При отсутствии симптомов опасности («красных флажков») и типичной клинической картине, проведение МР или КТ томографии (один отдел) или рентгенографии поясничного и крестцового отдела позвоночника в течение первых 4-х недель не рекомендуется.	A2
	➤ Если в течение 4-6 недель не наблюдается улучшения состояния (регресса боли и других неврологических нарушений), то рекомендуется проведение МР или КТ томографии пояснично-крестцового отдела позвоночника (один отдел), для исключения специфической причины заболевания и для направления на консультацию к врачу-нейрохирургу, если обнаруживается клинически значимая грыжа диска.	C5
	➤ Выполнение МР или КТ томографии позвоночника (один отдел), рекомендуется в ранние сроки (в течение 4-х недель) если: - у пациента нарастают неврологические нарушения или сохраняется сильная боль на фоне терапии, с целью исключения специфического заболевания; - планируется эпидуральное введение ГК и местных анестетиков, с целью определения размера и локализации грыжи диска, уровня вмешательства.	C5
	<u>Дополнительные исследования</u> ➤ Другие инструментальные методы диагностики рекомендуемые только у пациентов с нечеткой клинической картиной ДПКР, для исключения поражения спинного мозга и других заболеваний периферической нервной системы: - электронейромиография (ЭНМГ) игольчатыми электродами (один нерв), электронейромиография стимуляционная одного нерва, электромиография (ЭМГ) игольчатая (одна мышца), электромиография накожная (одна анатомическая зона); - регистрация соматосенсорных вызванных потенциалов двигательных нервов (ССВП).	C5
	➤ При хронической ДПКР рекомендуется оценка психологических и социальных факторов боли, потому что при их наличии уточняется прогноз заболевания, могут быть использованы эффективные психологические методы терапии	C5

Лечение	Консервативное	УУР/ УДД
	<u>Нелекарственное</u> ➤ Рекомендуется информировать пациента о доброкачественном характере заболевания, вероятности постепенного улучшения в течение 4-6 недель, возможности самопроизвольного регресса грыжи диска, целесообразности сохранять переносимую физическую, социальную и профессиональную активность и избегать длительного постельного режима, потому что это улучшает естественное течение заболевания. • В тех случаях, когда пациенты вследствие интенсивной боли вынуждены соблюдать постельный режим, его продолжительность не должна превышать 3-5 дней. Более длительный постельный режим ухудшает течение заболевания. • Целесообразно разъяснить пациенту, что он может соблюдать непродолжительный постельный режим при интенсивной боли, но это – способ уменьшить боль, а не метод лечения. ➤ Лечебная физкультура при заболеваниях периферической нервной системы рекомендуется пациентам с ДПКР при ослаблении боли потому что она способна уменьшить боль и улучшить функциональное состояние пациентов. Не отмечено преимуществ определенного типа упражнений, при её проведении необходим контроль специалиста, нагрузка должна быть адекватной состоянию пациента. Сохранение физической активности достоверно способствует выздоровлению, положительно влияет на общее состояние пациентов. ➤ Мануальная терапия при заболеваниях периферической нервной системы рекомендуется пациентам с подострой и хронической ДПКР, так как её проведение может уменьшить боль и улучшить функциональное состояние пациентов. При острой ДПКР проведение мануальной терапии связано с риском увеличения размеров грыжи по данным МРТ. ➤ Психологические методы терапии, включающие когнитивно-поведенческую терапию и терапию осознанности («mindfulness») (клинико-психологическая адаптация, клинико-психологическое консультирование, клинико-психологическая коррекция, клинико-психологический тренинг), рекомендуются у пациентов с хронической ДПКР, потому что они уменьшают боль и улучшают функциональное состояние пациентов с хронической болью в спине. Психологические методы лечения необходимо комбинировать с лечебной физкультурой. ➤ Рефлексотерапия при заболеваниях периферической нервной системы рекомендуется при хронической ДПКР, потому что может уменьшить боль и улучшить функциональное состояние пациентов. ➤ Массаж мышц поясницы и нижних конечностей (массаж нижней конечности медицинский, массаж нижней конечности и поясницы, массаж пояснично-крестцового отдела позвоночника, массаж спины медицинский) рекомендуется у пациентов с хронической ДПКР. ➤ Различные методы физиотерапевтического лечения - отмечена эффективность воздействия импульсным низкочастотным электромагнитным полем при хронической ДПКР, этот метод рекомендуется в рамках комбинированной терапии с целью снижения интенсивности боли и улучшения нарушенных функций. ➤ Вытяжение (скелетное, подводное, тракционное вытяжение позвоночника) не рекомендуется при ДПКР, так как не получено доказательств его эффективности. ➤ Ношение корсетов, бандажей, поясов и других специальных ортопедических приспособлений, фиксирующих пояснично-крестцовый отдел позвоночника, не рекомендуется пациентам с ДПКР, так как эти методы не облегчают боль и не улучшают функциональную активность пациентов. Ношение корсетов, бандажей, поясов и других специальных приспособлений рекомендуется в случае наличия показаний к ортопедической коррекции, независимо от наличия ДПКР.	B2 A1 A1 B1 A1 A1 B2 A1 C5

	конского хвоста (нарушение функции тазовых органов, онемение в промежности, слабость в стопах), потому что оно снижает боль и предупреждает инвалидность. Результаты хирургического лечения хуже, если при ДПКР имеются проявления депрессии, психосоциального дистресса. Не доказано, что хирургическое лечение эффективнее, чем консервативная терапия, в отношении уменьшения боли и повышения функциональной активности в отдаленном периоде (1-4 года) со времени начала заболевания. Пациенты, которым предлагается хирургическое лечение, должны быть информированы о рисках осложнений, связанных с операцией, возможности полного выздоровления и без оперативного лечения.	
	Иное лечение ➤ Эпидуральное введение (ЭВ) глюкокортикоидов рекомендуется пациентам с острой и подострой ДПКР, потому что оно может привести к снижению боли и улучшению функциональной активности пациентов. • ЭВ ГК целесообразно при значительной интенсивности боли и в ранние сроки заболевания. • Выявленные нежелательные эффекты ГК при ЭВ минимальны или отсутствуют. • Возможны различные методы введения ГК (каудальный, трансфораминальный, интраламинарный). • ЭВ ГК целесообразно под рентгеновским или ультразвуковым контролем, который повышает точность процедуры. • ЭВ ГК дозы следует проводить не более чем на уровне двух нервных корешков во время одной процедуры и не чаще 4-х раз в год. ➤ Электростимуляция спинного мозга рекомендуется у пациентов с хронической ДПКР, у которых не получено положительного эффекта от всех других методов лечения, включая микродискэктомию. ➤ Введение различных лекарственных средств в межпозвонковый диск не рекомендуется при ДПКР, потому что не имеет убедительных доказательств эффективности и связано с риском осложнений.	УУР/ УДД A1 B2 C5
Реабилитация и санаторно-курортное лечение	➤ Медицинская реабилитация рекомендуется всем пациентам с ДПКР. Реабилитация может включать лечебную физкультуру при заболеваниях периферической нервной системы, мануальную терапию при заболеваниях периферической нервной системы, воздействие импульсным низкочастотным электромагнитным полем. ➤ Санаторно-курортное лечение рекомендуется пациентам с хронической ДПКР и может включать ванны минеральные лечебные и пелоидотерапию (грязелечение). Противопоказаны при сопутствующих онкологических заболеваниях, снижении свертываемости крови, сердечно-сосудистых заболеваниях с выраженными функциональными нарушениями, доброкачественных новообразованиях, склонных к росту.	УУР/ УДД B2 B1
Профилактика и диспансерное наблюдение	➤ Для предупреждения ДПКР рекомендуется избегать чрезмерных физических нагрузок (подъем тяжестей, ношение тяжелой сумки в одной руке и др.) и переохлаждения. ➤ Пациентам с ДПКР рекомендуется исключение длительных статических нагрузок (длительное сидение, пребывание в неудобном положении и др.) ➤ Для предупреждения повторений ДПКР рекомендуются регулярные занятия лечебной физкультурой, лечебное плавание в бассейне, терренное лечение (лечение ходьбой).	A1 A1 A1
Госпитализация	<u>Показания для плановой госпитализации:</u> ➤ Отсутствие эффекта от амбулаторной консервативной терапии; ➤ Наличие пареза нижней конечности; ➤ Выраженная инвалидизация из-за боли. <u>Показания для экстренной госпитализации:</u> ➤ Подозрение на синдром компрессии корешков конского хвоста; ➤ Подозрение на перелом позвоночника; ➤ Подозрение на опухоль позвоночника или спинного мозга;	

	➤ Подозрение на воспалительное заболевание позвоночника. <u>Показания к выписке пациента из стационара:</u> ➤ Снижение интенсивности боли по ВАШ, ВРШ или ЧРШ; ➤ Уменьшение степени нарушения функций по вопроснику Роланда-Морриса или Освестри; ➤ Отсутствие эффекта от лечения в неврологическом отделении, рекомендация хирургического лечения.	
Дополнительные факторы	➤ Ожирение, курение, депрессия, тревога, катастрофизация состояния, нарушения сна относятся к модифицируемым факторам риска возникновения хронической боли. Рекомендуется своевременное выявление этих факторов у пациентов с ДПКР и воздействие на них, что улучшает прогноз выздоровления и является профилактикой возникновения последующих обострений.	УУР/ УДД С4
Критерии оценки качества медицинской помощи	➤ При сборе жалоб и анамнеза у пациентов с подозрением на ДПКР рекомендуется использование краткого опросника на выявление признаков так называемых «специфических» причин заболевания с целью выбора дальнейшей тактики ведения больного ➤ Проведена оценка интенсивности боли по ВАШ, ВРШ или ЧРШ в момент обращения и в динамике ➤ Проведено соматическое обследование на предмет наличия «специфических» причин боли в спине ➤ Проведено клиническое обследование с оценкой неврологического статуса и тестов натяжения ➤ Проведена МРТ или КТ позвоночника (один отдел) или рентгенография поясничного и крестцового отдела позвоночника, рентгенография позвоночника с функциональными пробами при подозрении на наличие «специфических» причин боли в спине или при наличии других показаний ➤ Проведено информирование пациента о доброкачественной природе заболевания и высокой вероятности выздоровления ➤ Назначена качественная рациональная анальгезия (по показаниям: НПВП, миорелаксанты центрального действия, витамины группы В, противоспазматические препараты, опиоиды, антидепрессанты) ➤ Рекомендовано эпидуральное введение глюкокортикоидов пациентам с острой и подострой ДПКР ➤ Рекомендованы способы профилактики ➤ Рекомендованы методы реабилитации	Да/Нет