

Краткий алгоритм наблюдения	Дискогенная пояснично-крестцовая радикулопатия	Амбулаторный этап, взрослые					
МКБ-10	M51.1 - 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					
Жалобы, анамнез и объективный статус	➤ Оценка «Симптомов опасности» Таблица 1. Симптомы опасности («красные флажки») при болях в спине. <table><tr><td>Возраст</td><td>Моложе 18 лет и старше 50 лет</td></tr><tr><td>Анамнез</td><td>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</td></tr><tr><td>Характер и локализация боли</td><td>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</td></tr></table> ➤ Оценка болевой чувствительности и силы мышц ➤ Оценка объемов движения позвоночника ➤ Симптомы натяжения нервных стволов (Лассега, Мацкевича, Вассермана, Нери и др.) ➤ 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), нет боли невыносимая боль ➤ Исключить причины боли, не связанные с ДПКР Отмечать динамику	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
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						
Обследования (диагностика)	Лабораторная: При ДПКР не рекомендованы лабораторные исследования, если нет признаков специфической причины БНЧС (перелом позвоночника, инфекционное, системное воспалительное, онкологическое или другое заболевание). Инструментальная: ➤ Пациентам с проявлениями ДПКР рекомендуется магнитно-резонансная томография	Но в стандарте КАК и ОАМ требуется 2 раза в 100% 100% (10%)					

	позвоночника (один отдел)) при наличии симптомов опасности («красных флажков») и при обнаружении синдрома поражения конского хвоста (нарушения функции тазовых органов, утрата чувствительности в промежности, прогрессирующий парез обеих ног) ➤ Если МРТ противопоказана, рекомендуется компьютерная томография позвоночника (один отдел), с целью исключения специфического заболевания ➤ 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. ➤ 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 показаний для оперативного лечения. ➤ Выполнение МР или КТ томографии позвоночника (один отдел), рекомендуется в ранние сроки (в течение 4-х недель) если: • Отсутствует эффект от лечения или сохраняется сильная боль; • планируется оперативное лечение. ➤ <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). ➤ 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	10% Но в стандарте Рентген п/кр. отдела позв. требуется 1 раз в 100% 10% В стандарте рекомендован рентген, дополнительные методики и сцинтиграфия 1 раз в 5-10% В стандарте – 1 раз в 100%
Консультации (диагностика)	• Нейрохирург	По результатам МРТ (КТ)
Особенности диагноза (примеры)	• M54.1 Острая дискогенная радикулопатия L5 справа. Выраженный болевой синдром. ФН2 • M51.1 Хроническая вертеброгенная радикулопатия (радикулоишемия) L5-S1 слева. Умеренный болевой синдром. Парез левой стопы. ФН2 • M50.1 Дорсопатия. Цервикоторакалгия C5-C6-Th1 справа. Легкий болевой синдром. ФН0-1 • M54.1 ДДЗП. Распространенный остеохондроз позвоночника с грыжеобразованием на уровне L4-5. Спондиллолистез L5. Вертеброгенная пояснично-крестцовая радикулопатия L5-S1	Указывать степень нарушений функций (ФН)

	справа с умеренно выраженными компрессионно-ишемическим синдромом, рефлекторным мышечно-тоническим синдромом и вегетативно-сосудистыми нарушениями.	
Лечение	Консервативное <u>Нелекарственное</u> ➤ Назначение режима (ограничить длительного постельного режима < 3-5 дней (это – способ уменьшить боль, а не метод лечения!)) ➤ Лечебная физкультура (любой комплекс!) при заболеваниях периферической нервной системы. ➤ Мануальная терапия рекомендуется пациентам с подострой и хронической ДПКР. ➤ Психологические методы терапии, рекомендуются у пациентов с хронической ДПКР, потому что они уменьшают боль и улучшают функциональное состояние пациентов с хронической болью в спине. ➤ Рефлексотерапия рекомендуется при хронической ДПКР. ➤ Массаж мышц поясницы и нижних конечностей рекомендуется у пациентов с хронической ДПКР. ➤ Различные методы физиотерапевтического лечения: воздействие импульсным низкочастотным электромагнитным полем при хронической ДПКР, этот метод рекомендуется в рамках комбинированной терапии. ➤ 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. ➤ НПВП рекомендуются у пациентов с острой, подострой или обострением ДПКР. Принципы: • Назначение эффективных доз любых НПВП на минимальный срок. • предпочтительное использование пероральных форм НПВП. • при острой высокоинтенсивной боли возможно кратковременное использование комбинированных препаратов. ➤ Противосудорожные препараты (габапентин, прегабалин) рекомендуются для уменьшения острой и хронической боли при ДПКР. ➤ Антидепрессанты (неселективные ингибиторы обратного захвата моноаминов: амитриптилин; дулоксетин) рекомендуются у пациентов с хронической Д ➤ Витамины группы В (Витамин В1 в комбинации с витаминами В6 и/или В12) рекомендуется при острой ДПКР в комбинации с НПВП для уменьшения боли. ➤ Миорелаксанты центрального действия (толперизон, тизанидин, циклобензаприн) рекомендуются при ДПКР, если имеются дополнительные скелетно-мышечные причины боли. Миорелаксанты не комбинируют друг с другом,	В 100% 75% 100% 50% 100% - 10 проц. 40% Пероральные формы в 100% Парентеральные – в 50%

	учитывают возможный седативный эффект. ➤ Глюкокортикоиды (глюкокортикоиды внутрь, внутримышечно или внутривенно; парацетамол и другие анальгетики и антипиретики не рекомендуются при ДПКР. ➤ Опиоиды (трамадол, тапентадол) рекомендуются для купирования непереносимой высокоинтенсивной боли при невозможности это сделать другим способом. Хирургическое лечение ➤ Дискэктомия, если в течение 6-12 недель нет эффекта от консервативной терапии. ➤ Экстренное хирургическое лечение рекомендуется в ранние сроки (первые дни заболевания) при наличии синдрома поражения корешков конского хвоста (нарушение функции тазовых органов, онемение в промежности, слабость в стопах). ➤ Введение различных лекарственных средств в межпозвонковый диск не рекомендуется при ДПКР Пациенты, которым предлагается хирургическое лечение, должны быть информированы о рисках осложнений, связанных с операцией, возможности полного выздоровления и без оперативного лечения!	
Реабилитация и санаторно-курортное лечение	➤ Медицинская реабилитация рекомендуется всем пациентам с ДПКР (ЛФК, мануальная терапия, массаж, воздействие импульсным низкочастотным электромагнитным полем). ➤ Санаторно-курортное лечение рекомендуется пациентам с хронической ДПКР (ванны минеральные лечебные и пелоидотерапию (грязелечение), но они противопоказаны при сопутствующих онкологических заболеваниях, снижении свертываемости крови, сердечно-сосудистых заболеваниях с выраженными функциональными нарушениями, доброкачественных новообразованиях, склонных к росту).	По итогам окончания курса лечения
Профилактика и диспансерное наблюдение	➤ рекомендуется избегать чрезмерных физических нагрузок (подъем тяжестей, ношение тяжелой сумки в одной руке и др.) и переохлаждения. ➤ исключение длительных статических нагрузок (длительное сидение, пребывание в неудобном положении и др.) ➤ регулярные занятия лечебной физкультурой, лечебное плавание в бассейне, терренное лечение (лечение ходьбой).	Указывать в рекомендациях по итогам окончания курса лечения!
Госпитализация В т.ч. в дневной стационар	<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.	Учитывать и обосновывать в медицинской документации при направлении в стационар и ДС!

	<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.	Рекомендовать при профилактических осмотрах
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, противоэпилептические препараты, опиоиды, антидепрессанты) ➤ Рекомендовано эпидуральное введение глюкокортикоидов пациентам с острой и подострой ДПКР ➤ Рекомендованы способы профилактики ➤ Рекомендованы методы реабилитации	Учитываются при наличии показаний и требуют упоминания в медицинской документации, в т.ч. выписных эпикризах.