

Утвержден  
протоколом заседания Экспертной комиссии  
по вопросам развития здравоохранения МЗ РК  
№23 от «12» декабря 2013 года

## КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ ОСТЕОХОНДРОЗ ПОЗВОНОЧНИКА

### I. ВВОДНАЯ ЧАСТЬ

**1. Название протокола:** Остеохондроз позвоночника.

**2. Код протокола:**

**3. Код (-ы) МКБ-10:**

M42 – Остеохондроз позвоночника

**4. Сокращения:**

ГДЗ – гепатодуоденальная зона

ЖКТ – желудочно-кишечный тракт

КТ – компьютерная томография

ЛФК – лечебная физическая культура

МРТ – магниторезонансная томография

НПВС – нестероидные противовоспалительные средства

ОАК – общий анализ крови

ОАМ – общий анализ мочи

ЭКГ – электрокардиография

**5.Дата разработки протокола:** 2013 год.

**6.Категория пациентов:** взрослые пациенты, страдающие остеохондрозом позвоночника.

**7.Пользователи протокола:** врачи-неврологи, нейрохирурги, реабилитологи, резиденты, интерны, ВОП

### II. МЕТОДЫ, ПОДХОДЫ И ПРОЦЕДУРЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ:

**8. Определение:** Остеохондроз позвоночника представляет собой заболевание, в основе которого лежит дегенерация межпозвонкового диска с последующим вовлечением в процесс тел смежных позвонков, а также изменения в межпозвонковых суставах и связочном аппарате (Ю.Я.Попелянский, 2003).

## **9. Клиническая классификация:**

В зависимости от локализации выделяют шейный, грудной и поясничный остеохондроз.

Посиндромный принцип – в зависимости от того, на какие нервные образования оказывают патологические действия, пораженные структуры позвоночника различают рефлекторные, компрессионные.

*Рефлекторные* – рефлекторное напряжение иннервируемых мышц мышечно-тонические нарушения, сосудистые, вегетативные, дистрофические.

*Компрессионные* натяжение, сдавление и деформация корешка, нерва, спинного мозга или сосуда (соответственно радикулопатия, нейропатия, миелопатия, радикулоишемический синдром).

Заболевание может протекать остро до 3-х недель, подостро 3-12 недель, хронически более 12 недель.

## **10. Показания для госпитализации:**

*Показания для экстренной госпитализации:* острые дискогенные радикулопатии с выраженным болевым синдромом.

*Показания для плановой госпитализации:* выраженный болевой синдром, не купирующийся в течение 7-10 дней на амбулаторном этапе; обследование для уточнения причины длительного болевого синдрома (объемный процесс, воспаление, травма).

## **11. Перечень основных и дополнительных диагностических мероприятий:**

Основные обследования:

- ОАК
- ОАМ
- Сахар крови
- ЭКГ
- КТ и/или МРТ

Дополнительные обследования:

- ЭМГ
- ЭНМГ
- спондилография в двух проекциях
- уровень в крови кальция, фосфатов
- Костная денситометрия – для исключения остеопороза. Значение минеральной плотности костной ткани (МПКТ) (Т-индекс) на 2,5 стандартных отклонения ниже средней МПКТ у взрослых (пиковая костная масса) свидетельствует о наличии остеопороза (высокий риск остеопоротических переломов), а на 1 стандартное отклонение — об остеопении.

Необходимые обследования до плановой госпитализации: ОАК, ОАМ, ЭКГ, КТ и /или МРТ.

## **12. Диагностические критерии:**

### 12.1. Жалобы и анамнез:

- постоянные ноющие боли в спине, чувство онемения и ломоты в конечностях;
- усиление болей при резких движениях, физической нагрузке, поднятии тяжестей, кашле и чихании;
- уменьшение объема движений, спазмы мышц;
- при остеохондрозе шейного отдела позвоночника (цервикалгия, цервикокраниалгия, цервикобрахиалгия, плечелопаточный периартроз): боли в руках, плечах, головные боли; возможно развитие так называемого синдрома позвоночной артерии, который складывается из следующих жалоб: шум в голове, головокружение, мелькание «мушек», цветных пятен перед глазами в сочетании с жгучей пульсирующей головной болью. Причиной синдрома позвоночной артерии может быть ее спазм в ответ как на непосредственное раздражение ее симпатического сплетения за счет костных разрастаний, грыжи диска, артроза межпозвонкового сустава, так и рефлекторной реакции вследствие раздражения любых рецепторов позвоночника. Наличие синдрома позвоночной артерии может усугубить течение коронарной или сердечно-мышечной патологии при их наличии;
- при остеохондрозе грудного отдела позвоночника (торакалгия): боль в грудной клетке (как «кол» в груди), в области сердца и других внутренних органах;
- при остеохондрозе пояснично-крестцового отдела позвоночника (люмбалгия, люмбоишиалгия, с-м грушевидной мышцы): боль в пояснице, иррадиирующая в крестец, нижние конечности, иногда в органы малого таза;
- поражение нервных корешков (при грыжах межпозвонковых дисков, костных разрастаниях, спондилолистезе, спондилоартрозе): стреляющая боль и нарушение чувствительности, гипотрофия, гипотония, слабость в иннервируемых мышцах, снижение рефлексов.

### 12.2 Физикальное обследование:

*Рефлекторные болевые синдромы* характеризуются дефансом мышц, ограничением объема движений, положительными симптомами натяжения.

*Компрессионные синдромы* развиваются чаще на фоне протрузии или грыжи дисков.

1. Шейные компрессионные синдромы: наиболее часто наблюдается латеральная грыжа межпозвонкового диска с компрессией спинномозгового корешка (прежде всего С7). Клиническая картина характеризуется болью в затылке, плече и руке, фиксированным положением шейного отдела позвоночника, симптомом Спурлинга (усиление боли при давлении на голову в положении разгибания шеи и наклона головы в сторону больной руки), парестезиями и гипестезией, парезом и снижением рефлексов в соответствующей зоне иннервации. При медиальной грыже диска возникает угроза компрессии спинного мозга, в тяжелых случаях возможно развитие синдрома поперечного поражения шейного отдела спинного мозга.

2. Поясничные компрессионные синдромы: чаще наблюдаются латеральная грыжа дисков L5-S1 со сдавлением корешка S1, клиническая картина характеризуется выпадением ахиллова рефлекса и гипестезией в зоне корешка S1. Грыжа диска L4-L5 со сдавлением корешка L5 характеризуется парезом мышцы длинного разгибателя большого пальца стопы и гипестезией в зоне иннервации корешка L5.

12.3 Лабораторные исследования:

Изменения не специфичны

12.4 Инструментальные исследования:

*Спондилография.* Изменение конфигурации данного сегмента, Деформация замыкательных пластин. Уплотнение межпозвонкового диска.

*КТ* позволяет диагностировать грыжу диска и стеноз позвоночного канала.

*МРТ* позволяет диагностировать наличие протрузии или пролапса и особенно важна для диагностики сдавления спинного мозга и конского хвоста.

12.5 Показания для консультации специалистов:

- Консультация нейрохирурга – при стойком болевом синдроме, не купирующимся консервативными методами лечения, появлении признаков миелопатии, радикулоишемии.
- Консультация онколога – новообразования на МРТ.
- Консультация фтизиатра – признаки туберкулезного спондилита.
- Консультация ревматолога – при наличии признаков ревматоидного артрита, анкилозирующего спондилита.
- Консультация физиотерапевта и врача ЛФК – коррекция физических методов лечения.

12.6 Дифференциальный диагноз:

Остеохондроз позвоночника дифференцируют с:

- Травматическим повреждением позвоночника с вторичным вовлечением периферической нервной системы
- Опухолями позвоночника, первичными или метастазами
- Деформирующим спондилоартритом
- Остеопорозом
- Туберкулезным спондилитом
- Ревматоидным артритом
- Анкилозирующим спондилитом
- Отраженными болями при заболеваниях внутренних органов
- Миеломной болезнью
- Коксартрозом

### **13. Цели лечения:**

Уменьшение (или купирование) болевого синдрома, коррекция мышечного тонуса, повышение повседневной активности пациента, обучение больного справляться с болью.

### **14. Тактика лечения:**

Лечение остеохондроза и его осложнений проводят с помощью консервативных методов, направленных на устранение болевого синдрома, нарушений функции спинномозговых корешков и предупреждение прогресса дистрофических изменений в структурах позвоночника.

14.1. Немедикаментозное лечение:

- Режим
- Кратковременный отдых (2-5 дней)
- Больному рекомендуют избегать длительного постельного режима, избыточной нагрузки на позвоночник (длительное сидение, подъем тяжести, изменение физиологической кривизны) и по возможности скорее приступить к обычной работе.

14.2. Медикаментозное лечение:

В первую очередь проводят консервативное лечение:

- НПВС
- Противоотечная терапия
- Миорелаксанты
- Препараты улучшающие периферическую микроциркуляцию
- Хондропротекторы

14.3. Другие виды лечения:

Физиотерапия, тракционные методы лечения, массаж, ЛФК, ИРТ

14.4. Хирургическое лечение: определяется нейрохирургом

14.5. Профилактические мероприятия:

В качестве профилактики обострений остеохондроза рекомендуется избегать провоцирующих факторов (подъем больших грузов, ношение тяжелой сумки в одной руке, переохлаждение и др.), регулярно заниматься лечебной гимнастикой.

14.6. Дальнейшее ведение:

На амбулаторном этапе проводятся профилактические мероприятия (ЛФК, массаж, физиопроцедуры, бальнеопроцедуры, санаторно-курортное лечение).

**15. Индикаторы эффективности лечения и безопасности методов диагностики и лечения, описанных в протоколе:**

- отсутствие болевого синдрома,
- увеличение объема движений,
- отсутствие двигательных и чувствительных расстройств,
- восстановление трудоспособности.

**III. ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ ВНЕДРЕНИЯ ПРОТОКОЛА:**

**16. Список разработчиков:**

Абдрахманова М.Г. – заведующий кафедрой неврологии и восточной медицины Карагандинского Государственного медицинского университета, доктор медицинских наук., профессор, врач-невролог высшей категории.

**17. Указания на конфликт интересов:** отсутствует

## **18. Рецензенты:**

Мазурчак М.Д. – Главный внештатный невролог Министерства здравоохранения Республики Казахстан.

**19. Указание условий пересмотра протокола:** Пересмотр протокола производится не реже, чем 1 раз в 5 лет, либо при поступлении новых данных по диагностике и лечению соответствующего заболевания, состояния или синдрома.

## **20. Список использованной литературы:**

- 1) Алексеев В. В. Диагностика и лечение болей в пояснице//*Consilium medicum*. 2002. Т. 2. № 2. С. 96–102.
- 2) Батышева Т. Т., Минаева Н. Г., Шварц Г. Я., Бойко А. Н. Остеопороз у больных с дорсопатией: анализ опыта амбулаторного лечения 228 пациентов у неврологов г. Москвы//*Лечение нервных болезней*. 2004. № 3. С. 26–28.
- 3) Батышева Т. Т., Шварц Г. Я. Диагностика и лечение боли в спине у женщин в постменопаузальном периоде//*Лечащий Врач*. 2002. № 12.
- 4) Белова А. Н. Нейрореабилитация: руководство для врачей. 2-е изд., перераб. и доп. М: Антидор, 2002. 736 с.
- 5) Веселовский В. П., Попелянский А. Я., Саховский П. И., Хабриев Р. У. Реабилитация больных с вертеброгенными заболеваниями нервной системы: учеб. пособие для врачей-курсантов. Л.: Казан. ИУВЛ, 1982. 48 с.
- 6) Вознесенская Т. Г. Антидепрессанты в неврологической практике//*Лечение нервных болезней*. 2000. Т. 1. № 1. С. 8–14.
- 7) Гусева М. Е., Ситель А. Б., Смирнов В. М., Болотов Д. А. Остеопороз в практике мануального терапевта: метод. рекомендации. М.: РГМУ, 2001. 25 с.
- 8) Насонова В. А. Нестероидные противовоспалительные препараты при острых болях в нижней части спины//*Consilium medicum*. 2002. Т. 4. № 2. С. 102–106.
- 9) Парфенов В. А., Батышева Т. Т. Боли в спине: особенности патогенеза, диагностики и лечения//*Лечение нервных болезней*. 2003. № 4.
- 10) Подчуфарова Е. В. Хронические боли в спине: патогенез, диагностика, лечение//*Русский медицинский журнал*. 2003. Т. 11. № 25. С. 1395–1401.
- 11) Румянцева С. А. Современные концепции терапии Ксефокамом радикулярных болевых синдромов//*Русский медицинский журнал*. 2003. Т. 11. № 25. С. 1385–1389.
- 12) Конспект: Фармакотерапия: новые возможности терапии вертеброгенных болевых синдромов// *Терапевтический архив*. 2002. № 10. С. 26–30.
- 13) Федин А. А., Батышева Т. Т., Шварц Г. Я. Дорсопатии (классификация и диагностика)//*Атмосфера. Нервные болезни*. 2002. № 2. С. 2–8.
- 14) Шварц Г. Я. Фармакотерапия остеопороза. М.: МИА, 2002. 368 с.
- 15) Bischoff H. A., Stahelin H. B., Tyndall A., Theiler R. Relationship between muscle strength and vitamin D metabolites: are there therapeutic possibilities in the elderly?//*Z. Rheumatol*. 2000; 59 (1): 39–41.

16) Euler-Ziegler L., Velicitat P., Bluhmki E. et al. Meloxicam: a review of its pharmacokinetics, efficacy and tolerability following intramuscular administration//Inflamm. Res. 2001; 50; 1: 5–9.