Дискогенная пояснично-крестцовая радикулопатия

Клинические рекомендации Минздрава России · взрослые · редакция 2023 г., статус «Применяется» на 04.11.2026 · МКБ-10: G55.1, M51.1 · Межрегиональная общественная организация «Общество по изучению боли»

Дискогенная пояснично-крестцовая радикулопатия — компрессия поясничного или первого крестцового корешка компонентами межпозвонкового диска с болью, чувствительными нарушениями, слабостью и изменением рефлексов. Рекомендация описывает клиническую диагностику, показания к нейровизуализации, консервативное лечение и критерии хирургической тактики.

Главное

- Типичная картина — острая стреляющая боль из поясницы в ногу, часто после нагрузки; боль усиливается при кашле, чихании и наклоне вперед, уменьшается лежа. Основные признаки радикулопатии: чувствительные расстройства, слабость в соответствующем миотоме, снижение или выпадение коленного либо ахиллова рефлекса и положительные симптомы натяжения.
- Течение обычно благоприятное: примерно у половины пациентов состояние улучшается за 4–12 недель, а у 55–70% симптомы исчезают в течение года.
- Диагноз ставят клинически: исключают специфические причины боли, подтверждают признаки поражения корешка и сопоставляют их с данными нейровизуализации. Одна только находка грыжи на МРТ или КТ не доказывает, что именно она вызывает боль.
- При типичной картине без «красных флажков» МРТ, КТ и рентгенография в первые 4 недели не рекомендуются (УДД–2, УУР–А). МРТ или КТ проводят раньше при прогрессировании неврологического дефицита, сохраняющейся сильной боли на фоне лечения или перед эпидуральным введением глюкокортикоидов.
- Пациента следует ориентировать на доброкачественный прогноз, сохранять переносимую физическую, социальную и профессиональную активность и не назначать длительный постельный режим. При вынужденном постельном режиме из-за сильной боли его продолжительность не должна превышать 3–5 дней.
- Экстренная операция нужна при синдроме поражения корешков конского хвоста. В остальных случаях вопрос о дискэктомии решают после 6–12 недель безуспешного консервативного лечения; операция быстрее уменьшает боль и улучшает функцию, но отдаленные результаты не доказанно лучше консервативной терапии.

Диагностика

1. Собрать жалобы и анамнез: уточнить иррадиацию боли, онемение, покалывание, слабость, связь с нагрузкой и наличие «красных флажков» — травмы, опухоли в анамнезе, лихорадки, потери веса, иммунодефицита, немеханической боли, тазовых нарушений и других настораживающих признаков (УДД–5, УУР–С).
2. Оценить интенсивность боли при обращении и в динамике по ВАШ, ЧРШ или ВРШ (УДД–3, УУР–В).
3. Провести соматическое обследование для исключения опухоли, инфекции, перелома и других причин: оценить температуру, похудание и кожу, выполнить аускультацию легких, пальпацию живота и лимфатических узлов (УДД–5, УУР–С).
4. Выполнить неврологическое обследование: определить зоны боли и гипестезии, мышечную силу и атрофии, коленный и ахиллов рефлексы, симптомы натяжения, включая тест Ласега и перекрестный симптом Ласега (УДД–5, УУР–С).
5. Установить ДПКР при сочетании трех условий: нет признаков специфической причины, выявлены клинические признаки радикулопатии и положительные тесты натяжения, а данные нейровизуализации при наличии соответствуют уровню и стороне поражения (УДД–5, УУР–С).
6. Лабораторные анализы при типичной ДПКР без признаков специфической причины не назначают (УДД–5, УУР–С).
7. ЭНМГ, ЭМГ и исследование соматосенсорных вызванных потенциалов оставляют для неясных случаев и дифференциальной диагностики (УДД–5, УУР–С).

Лечение

- Основой лечения в большинстве случаев служит консервативная тактика. Пациента информируют о вероятном улучшении за 4–6 недель, сохраняют переносимую активность и избегают постельного режима; при сильной боли постельный режим допустим не более 3–5 дней (УДД–2, УУР–B).
- НПВП назначают при острой, подострой ДПКР или обострении в эффективной дозе на минимальный срок (УДД–1, УУР–A). Предпочтительны пероральные формы; препараты между собой не комбинируют, лечение желательно ограничивать 10–14 днями.
- Габапентин или прегабалин могут применяться для уменьшения боли при ДПКР (УДД–2, УУР–B). При хронической ДПКР используют амитриптилин или дулоксетин, особенно при сопутствующем депрессивном расстройстве (УДД–2, УУР–A).
- Миорелаксанты центрального действия применяют, если есть дополнительные скелетно-мышечные источники боли; между собой их не комбинируют и учитывают седативный эффект (УДД–1, УУР–B). Витамины группы B допустимы в сочетании с НПВП при острой ДПКР для усиления обезболивания (УДД–2, УУР–B).
- ЛФК начинают при ослаблении боли; конкретного преимущественного типа упражнений не установлено, нагрузка должна соответствовать состоянию пациента и проходить под контролем специалиста (УДД–1, УУР–A). Мануальная терапия возможна при подострой и хронической ДПКР, но при острой форме связана с риском увеличения грыжи (УДД–1, УУР–A).
- Эпидуральное введение глюкокортикоидов применяют при острой и подострой ДПКР, особенно при сильной боли и в ранние сроки (УДД–1, УУР–A). За одну процедуру воздействуют не более чем на два нервных корешка, всего процедуру проводят не чаще 4 раз в год; предпочтителен рентгеновский или ультразвуковой контроль.
- Системные глюкокортикоиды внутрь, внутримышечно или внутривенно, парацетамол как единственное средство и обычное применение опиоидов не рекомендуются. Трамадол или тапентадол допустимы только при непереносимой высокоинтенсивной боли, если иначе ее купировать не удается (УДД–1, УУР–B).
- Микрохирургическую открытую или эндоскопическую дискэктомию выполняют при отсутствии эффекта от консервативного лечения в течение 6–12 недель (УДД–2, УУР–A); при синдроме поражения корешков конского хвоста операция показана экстренно, в первые дни (УДД–2, УУР–B).

Когда направить и как наблюдать

- Экстренная госпитализация показана при нарушении функции тазовых органов, анестезии промежности и прогрессирующем парезе ног — признаках синдрома поражения корешков конского хвоста.
- Экстренная госпитализация показана также при подозрении на перелом позвоночника, опухоль позвоночника или спинного мозга либо воспалительное заболевание позвоночника.
- Плановая госпитализация нужна при отсутствии эффекта от амбулаторной консервативной терапии, наличии пареза нижней конечности или выраженной инвалидизации из-за боли.
- Если за 4–6 недель нет регресса боли и неврологических нарушений, выполняют МРТ или КТ пояснично-крестцового отдела; при клинически значимой грыже направляют к нейрохирургу.

Частые вопросы

Можно ли поставить диагноз ДПКР только по результату МРТ?

Нет. Грыжи дисков часто встречаются у людей без симптомов, поэтому снимок оценивают только вместе с жалобами, неврологическим статусом и соответствием уровня грыжи зоне боли, чувствительных нарушений, слабости и выпадения рефлексов.

Когда нужна МРТ при типичной радикулопатии?

При отсутствии «красных флажков» и типичной картине МРТ или КТ в первые 4 недели не проводят. Исследование нужно раньше при прогрессировании неврологических нарушений, сохраняющейся сильной боли на фоне лечения или перед эпидуральным введением глюкокортикоидов; при отсутствии улучшения через 4–6 недель его также выполняют.

Нужно ли назначать постельный режим?

Длительный постельный режим ухудшает течение заболевания. При интенсивной боли допустим краткий режим покоя, но его продолжительность не должна превышать 3–5 дней; в остальном следует сохранять переносимую активность.

Когда обсуждать операцию?

При синдроме поражения корешков конского хвоста операция нужна экстренно. В остальных случаях дискэктомию обсуждают, если за 6–12 недель консервативного лечения нет эффекта; она быстрее уменьшает боль, но отдаленные преимущества перед консервативной тактикой не доказаны.

Какие препараты рекомендуются для обезболивания?

При острой, подострой ДПКР или обострении используют НПВП в эффективной дозе коротким курсом, предпочтительно внутрь; НПВП между собой не комбинируют. При нейропатической боли могут применяться габапентин или прегабалин, а при хронической ДПКР — амитриптилин или дулоксетин.

Выжимка сделана по тексту рекомендации и не заменяет его. Полный официальный текст, калькуляторы и сокращённая версия: https://школасеченова.рф/cr/777-diskogennaya-poyasnichno-krestcovaya-radikulopatiya. Официальный источник: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/777_1