Дегенеративные заболевания позвоночника

Клинические рекомендации Минздрава России · взрослые, дети · редакция 2024 г., статус «Применяется» на 04.11.2026 · МКБ-10: G58.0, M19.8, M41.5, M42.1, M42.9, M43.1, M43.8, M46.0 · Ассоциация нейрохирургов России, Ассоциация травматологов-ортопедов России, Общероссийская общественная организация "Союз реабилитологов России"

Дегенеративные заболевания позвоночника — хроническая рецидивирующая мультифакториальная патология межпозвонковых дисков, фасеточных суставов, позвоночного канала и крестцово-подвздошного сустава, проявляющаяся болью, радикулопатией, миелопатией, стенозом и деформациями. Рекомендация охватывает диагностику, консервативное, интервенционное и хирургическое лечение, реабилитацию и маршрутизацию пациентов.

Главное

- Диагноз ставят по жалобам, осмотру и МРТ позвоночника; при необходимости добавляют лабораторные тесты, рентгенографию, функциональные снимки, вертикальную рентгенографию во весь рост и КТ.
- МРТ позвоночника — основной метод нейровизуализации при боли в позвоночнике и конечностях, если НПВП не дали эффекта; стандарт — 1,5–3,0 Тл. УУР С, УДД 2.
- При отсутствии остро прогрессирующего неврологического дефицита стартуют с консервативного лечения. УУР С, УДД 5.
- Для острой неспецифической боли в нижней части спины применяют НПВП в эффективных дозах минимально необходимым курсом; парацетамол как монотерапия или вместе с НПВП не показан. УУР В, УДД 1–2.
- Габапентиноиды не применяют при острой корешковой боли, связанной с диско-радикулярным конфликтом: значимого преимущества перед плацебо по снижению боли и улучшению функции не показано. УУР А, УДД 1.
- Операции выполняют по принципам «минимальной достаточности» и клинико-морфологического соответствия: клиника должна соответствовать компримирующему субстрату.
- Экстренная госпитализация нужна при гипералгической форме корешкового синдрома, каудо-медуллярном синдроме, остро развивающейся миелопатии и парализующем ишиазе.

Диагностика

1. Соберите жалобы и анамнез с уточнением типа боли: местная боль, иррадиация, корешковая симптоматика, нейрогенная перемежающаяся хромота, признаки миелопатии или тазовых нарушений.
2. Осматривайте пациента стоя, сидя и лежа: оценивайте анталгическую позу, сколиоз, грудной кифоз, поясничный лордоз, болезненность паравертебральных мышц, объем и болезненность движений. УУР С, УДД 5.
3. При подозрении на радикулопатию проверяйте симптомы натяжения: Ласега положителен при боли по дерматому L5 или S1 до подъема ноги на 45°; Вассерман — боль в дерматомах L3–L4 при разгибании бедра лежа на животе.
4. КПС считают вероятным источником боли в нижней части спины при минимум 3 положительных провокационных тестах; если 6 провокационных тестов отрицательны, патологию КПС можно исключить. УУР С, УДД 5.
5. Выполняйте МРТ позвоночника при боли в позвоночнике и конечностях без эффекта от НПВП, чтобы сопоставить морфологию с клиникой и выбрать тактику. УУР С, УДД 2.
6. КТ позвоночника используйте по показаниям для детализации дегенеративно-дистрофических изменений и оценки костных структур, а также при невозможности МРТ. УУР С, УДД 5. Перед планируемой операцией КТ выполняют для оценки плотности костной ткани; HU <135 указывает на нарушение минеральной плотности и риск расшатывания винтов. УУР В, УДД 3.
7. Перед корригирующими и стабилизирующими операциями выполняйте комплексную визуализацию: МРТ, вертикальную рентгенографию позвоночника, при необходимости КТ, специальные проекции и функциональные снимки. УУР С, УДД 4.

Лечение

- Если нет остро прогрессирующего неврологического дефицита, лечите консервативно; неотложная помощь нужна при гипералгической или паралитической форме корешкового синдрома, каудомедуллярном синдроме и остро развивающейся компрессионной миелопатии. УУР С, УДД 5.
- Острая неспецифическая боль в нижней части спины: обучите пациента доброкачественному течению, назначьте НПВП; можно добавить толперизон у взрослых или тизанидин в комбинации с НПВП. УУР В, УДД 1–2.
- При острой неспецифической боли можно добавить витамины группы В к НПВП: тиамин 50–100 мг/сут, пиридоксин 50–150 мг/сут, цианокобаламин 200–500 мкг. УУР В, УДД 1.
- При острой корешковой боли применяют НПВП; при необходимости ГКС: преднизолон 60 мг per os 3 дня с уменьшением дозы на 20 мг каждые 3 дня или метилпреднизолон 500 мг в/в болюсно однократно либо 160 мг в/м однократно. УУР В, УДД 1–2.
- Хроническая неспецифическая боль: используйте местные или пероральные НПВП минимально необходимым курсом, миорелаксанты с НПВП; дулоксетин 30–60 мг/сут имеет УУР А, УДД 1, амитриптилин 25–50 мг/сут — УУР С, УДД 2.
- Хроническая корешковая боль: дулоксетин 60–120 мг/сут. УУР В, УДД 2; габапентин и прегабалин не назначают. УУР А, УДД 1.
- Пункционные вмешательства разделяют по зонам воздействия: дугоотростчатые суставы шейного, грудного и поясничного отделов; крестцово-подвздошный сустав; эпидуральное пространство и спинномозговые нервы в шейном, грудном, поясничном и крестцовом отделах; межпозвонковый диск.
- Удаление поясничной грыжи диска показано при резистентном корешковом болевом синдроме с неврологическим дефицитом или без него; оптимальные сроки при грыже — 6–12 месяцев, раньше 6 месяцев — при выраженной боли или нарастающем неврологическом дефиците. УУР А, УДД 1.

Когда направить и как наблюдать

- Экстренно госпитализируйте при гипералгической форме корешкового синдрома, каудо-медуллярном синдроме, остро развивающейся миелопатии, парализующем ишиазе.
- Плановая госпитализация показана при корешковом болевом синдроме и/или анталгическом сколиозе, резистентных к консервативной терапии 4–6 недель.
- Планово госпитализируйте при радикулопатии с нарастающим неврологическим дефицитом, если парез 4 балла и менее.
- Плановая госпитализация показана при нейрогенной перемежающейся хромоте.
- Дневной стационар показан при корешковом или местном болевом синдроме, если консервативное лечение ранее не проводилось либо амбулаторная терапия не дала эффекта в течение 6 недель.

Частые вопросы

Когда пациенту с болью в спине нужна МРТ?

МРТ выполняют при боли в позвоночнике и конечностях, если нет эффекта от НПВП, чтобы уточнить морфологические изменения и сопоставить их с симптомами. После операции контрольную МРТ проводят не ранее 3 месяцев.

Какие клинические признаки указывают на синдром конского хвоста/каудо-медуллярный синдром?

Описаны нижний вялый парапарез, тазовые нарушения по периферическому типу, сегментарные и корешковые расстройства чувствительности в аногенитальной области и ногах.

Нужно ли назначать габапентин или прегабалин при радикулопатии из-за грыжи диска?

Нет. При острой корешковой БНЧС, связанной с диско-радикулярным конфликтом, габапентиноиды не имеют значимого преимущества перед плацебо по снижению боли и улучшению функции. УУР А, УДД 1.

Когда фасеточная боль подтверждается перед радиочастотной абляцией?

Для поясничных фасеточных суставов выполняют диагностическую инфильтрацию местным анестетиком в области медиальных ветвей или интраартикулярно под рентген-контролем с контрастом; метод также помогает определить показания к РЧА. УУР В, УДД 1.

Когда при дегенеративном стенозе поясничного канала нужна фиксация?

Сам по себе дегенеративный стеноз не является показанием к винтовой и/или межтеловой фиксации. Стабилизацию добавляют при дооперационной нестабильности ПДС, вынужденной резекции одной и более опорных колонн или необходимости коррекции деформации.

Выжимка сделана по тексту рекомендации и не заменяет его. Полный официальный текст, калькуляторы и сокращённая версия: https://школасеченова.рф/cr/826-degenerativnye-zabolevaniya-pozvonochnika. Официальный источник: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/826_1