

Рекомендовано  
Экспертным советом  
РГП на ПХВ «Республиканский центр  
развития здравоохранения»  
Министерства здравоохранения  
и социального развития  
Республики Казахстан  
от «30» ноября 2015 года  
Протокол № 18

## **КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ**

### **ГРЫЖИ ДИСКА ПОЯСНИЧНОГО И ДРУГИХ ОТДЕЛОВ ПОЗВОНОЧНИКА С СОХРАНЕНИЕМ СТАБИЛЬНОСТИ ПОЗВОНОЧНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО СЕГМЕНТА (ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ)**

#### **I. ВВОДНАЯ ЧАСТЬ**

**1. Название протокола:** Грыжи диска поясничного и других отделов позвоночника с сохранением стабильности позвоночно-двигательного сегмента (оперативное лечение).

**Код КЗГ:**

**2. Код протокола:**

**3. Код(-ы) МКБ-10:**

M51.0 – Поражения межпозвоночных дисков других отделов (в т.ч. поясничного) смиелопатией

M51.1 – Поражения межпозвоночных дисков других отделов (в т.ч. поясничного) с радикулопатией

**4. Сокращения, используемые в протоколе:**

ЛФК – лечебная физическая культура

МРТ – магнито-резонансная томография

СОЭ – скорость оседания эритроцитов

ЭКГ – электрокардиография

ЭНМГ-электронейромиография

**5. Дата разработки протокола:** апрель 2013 года (пересмотрен 2015 г.).

**6. Категория пациентов:** Пациенты нейрохирургического отделения с диагнозом грыжи позвоночного диска.

**7. Пользователи протокола:**нейрохирурги.

**8. Указание на отсутствие конфликта интересов:**отсутствует.

**9. Определение:**

Выпячивание или выпадение фрагментов межпозвонкового диска в позвоночный канал, возникающее в результате дегенеративно-дистрофического поражения позвоночника (спондилёза) или травмы и приводящее к сдавлению нервных структур.

**II. МЕТОДЫ, ПОДХОДЫ И ПРОЦЕДУРЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ**

**10. Клиническая классификация:**

**По степени миграции в позвоночный канал:**

1. Протрузия диска – смещение в сторону позвоночного канала и выбухание в позвоночный канал элементов фиброзного кольца межпозвонкового диска без нарушения целостности последнего.
2. Экструзия – выбухание в позвоночный канал элементов фиброзного кольца(с незначительным разрывом) и дегенерированного пульпозного ядра, но сохранением целостности задней продольной связки.
3. Проллапс – выпадение в позвоночный канал через дефекты фиброзного кольца фрагментов дегенерированного пульпозного ядра сохраняющих связь с диском.
4. Секвестрация – смещение по позвоночному каналу выпавших фрагментов дегенерированного пульпозного ядра.

**По расположению во фронтальной плоскости:**

1. Срединная (медианная)
2. Заднебоковая (латеральная)
3. Парамедианная
4. Фораминальная

**11. Показания для госпитализации:**

1. **Плановая госпитализация.**Наличие клинических проявлений (корешковый синдром, миелопатический синдром) при отсутствии эффекта от консервативной терапии и подтвержденное на МРТ-сканах наличие грыжи межпозвонкового диска на уровне поясничного отдела позвоночника. Отсутствие явлений нестабильности позвоночно-двигательного сегмента: люмбагический синдром не выражен или не проявляется; сохранена высота межпозвонкового диска или его снижение до 50%; отсутствие краевой (вокруг межпозвонкового диска) жировой дегенерации; нет дегенеративно-деструктивные изменений гиалиновых пластин межпозвонковых дисков.
2. **Экстренная госпитализация.**Кауда синдром

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

### **Основные диагностические мероприятия:**

1. Общий анализ крови (6 параметров) эритроциты, гемоглобин, лейкоциты, гематокрит, тромбоциты, СОЭ, свертываемость
2. Биохимический анализ крови (определение мочевины, общего белка, билирубина, глюкозы, АлТ, АсТ)
3. Анализ крови на ВИЧ.
4. Анализ крови на гепатиты В, С
5. Общий анализ мочи
6. Определение группы крови и резус-фактора
7. ЭКГ
8. Консультация терапевта
9. Магнитно-резонансная томография поясничного отдела позвоночника.
10. Флюорография
11. Кал на яйца-глист
12. Кровь на микрореакцию

### **Дополнительные диагностические мероприятия:**

1. ЭНМГ (электронейромиография) по показаниям
2. Компьютерная томография
3. Рентгенография с функциональными пробами
4. Консультации специалистов по показаниям

## **13. Диагностические критерии:**

### **13.1 Жалобы и анамнез:**

Жалобы на боли и нарушение чувствительности (гипестезия, гиперпатия) по ходу компремированного корешка. Возможен парез или плегия определенной группы мышц, нарушение функции тазовых органов. Консервативная терапия до 2 месяцев – без эффекта или носит кратковременный характер.

### **13.2 Физикальное обследование:**

Корешковый болевой синдром (в зоне иннервации компремированного корешка); в ряде случаев – двигательные и чувствительные нарушения различной степени выраженности.

### **13.3 Лабораторные исследования:**

Достоверных отклонений в клинических, биохимических анализах при отсутствии сопутствующей патологии не наблюдается.

### **13.4 Инструментальные исследования:**

МРТ позвоночника – наличие грыжи диска с компрессией спинного мозга и (-или) корешков спинного мозга.

### 13.5 Показания для консультации специалистов:

При наличии сопутствующей патологии консультации соответствующих специалистов: при изменениях на ЭКГ – консультация *кардиолога, терапевта*, при эндокринной патологии – *эндокринолога* и другие.

### 13.6 Дифференциальный диагноз:

Признак	Грыжа межпозвоночных дисков	Объемное образование спинного мозга.	Последствие травмы спинного мозга
Неврологическая симптоматика	Корешковый болевой синдром, чаще с одной стороны.	Преобладает миелопатический синдром. Корешковый синдром в виде гипестезии, гиперпатии, снижения силы мышц в зоне иннервации дерматома.	Преобладает миелопатический синдром, снижение силы мышц, их гипотрофия.
МРТ признаки	Наличие грыжи межпозвоночного диска с компрессией спинного мозга или (-и) корешков.	Наличие объемного образования спинного мозга	Рубцово-атрофические изменения спинного мозга.
Начало	Постепенное	Постепенное	Острое. Факт травмы в анамнезе.

**14. Цели лечения:** Микрохирургическое удаление грыжи диска (использование операционного микроскопа, микрохирургического инструментария) с декомпрессией спинного мозга и (или) его корешков.

### 15. Тактика лечения:

#### 15.1 Немедикаментозное лечение:

Режим в течение суток постельный. Активизация пациента на 2 сутки после операции.

#### 15.2 Медикаментозное лечение: Основное медикаментозное лечение

1. Антибиотикопрофилактика.

2. Обезболивающая терапия в послеоперационном периоде с первых суток (кетопрофен 100мг в/м, лорноксикам 8мг в/м) при боли в течение 5-10 суток.

#### **Дополнительное медикаментозное лечение**

1. Коррекция нарушений микроциркуляции (пентоксифилин 100 мг в/в, алпростадил 20мкг в/в) 5-10 суток по показаниям при неврологическом дефиците.
2. Стимуляция синаптической передачи нервных импульсов (галантамин) по показаниям.
3. Купирование мышечно-тонического и спастического синдрома при центральных парезах и параличах баклофен 25мг. таб внутрь, С целью купирования нейропатической боли -карбамазепин 200мг внутрь.
4. Смесь Бойко внутривенно капельно в течение 3-5 днейпо показаниям с противоотечной и противовоспалительной целью, состав: натрия хлорид 0,9% 200 мл, дексаметазон 4-8 мг, аминофиллин 120мг, кетопрофен 100мг, дифенгидрамин 10мг.
5. По показаниям при наличии отраженного рефлекторного болевого синдрома - блокады паравертебральные, грушевидной мышцы и другие. Состав: лидокаин 2%-10 мл + бетаметазон 7,5мг.
6. С целью купирования нейропатической боли карбамазепин 200мг.

#### **15.3 Другие виды лечения:**

Со 2 суток занятия ЛФК под руководством инструктора. Со 2-3 суток после операции начинают физиотерапию по назначению врача физиотерапевта. Она включает (по показаниям) электростимуляцию, магнитотерапию, электрофорез, фонофорез (ультразвук), УВЧ терапию, лазеротерапию, иглорефлексотерапию, массаж и другие.

**15.4. Хирургическое вмешательство:** интерламинарный доступ с применением микрохирургического инструментария и операционного микроскопа, с удалением компримирующего агента без кюретажа межпозвонкового промежутка

#### **15.5. Профилактические мероприятия:**

1. Ограничение физической нагрузки, работы в наклон в течении 2 месяцев.
2. ЛФК постоянно, укрепление паравертебральных мышц.

#### **15.6. Дальнейшее ведение:**

1. Наблюдение невропатолога по месту жительства

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

1. Регресс неврологической симптоматики (корешкового и (или) миелопатического) синдромов.
2. Заживление раны первичным натяжением.

### **III. ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ ВНЕДРЕНИЯ ПРОТОКОЛА:**

#### **17. Список разработчиков протокола:**

- 1) Кисаев – Е.А. врач нейрохирург АО «Республиканский научный центр нейрохирургии».
- 2) Урунбаев Е.А – врач нейрохирург АО «Республиканский научный центр нейрохирургии».
- 3) Алейников В.Г – врач нейрохирург АО «Республиканский научный центр нейрохирургии».
- 4) Керимбаев Т.Т. – заведующий отделением АО «Республиканский научный центр нейрохирургии».

#### **18. Рецензенты:**

Махамбаев Г. – главный внештатный нейрохирург УЗ Карагандинской области, заведующий отделением нейрохирургии КГП «Областной медицинский центр» г.Караганда

**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) Handbook of Spine Surgery. Ali A Baaj, Praveen V. Mummaneni, Juan S. Uribe, Alexander R. Vaccaro, Mark S. Greenberg. – Thieme, New York - Stuttgart. – 2011. - 455 P.
- 2) European Manual of Medicine. Neurosurgery. W. Arnold, U. Ganzer, Christianto B. Lumenta, Concezio Di Rocco, Jens Haase, Jan Jakob A. Mooij. 2009.
- 3) Kompendium Neurochirurgie, Hölper, Soldner, Behr. 2.Auflage 2007 Prolinn-Verlag.
- 4) Вертебрология. Ульрих Э.В., Мушкин А.Ю. ЭЛБИ-СПб; 2006, с.74  
Дифференциальная диагностика в неврологии и нейрохирургии. Цементис С.А. 2007г.