



***Люмбалгии:
когда нужен невролог?***

мастер-класс

Руководитель кафедры неврологии

ЗКМУ им. М. Оспанова, к.м.н. Утепкалиева А.П.

Дорсопатии – группа заболеваний костно-мышечной системы и соединительной ткани, ведущим симптокомплексом которых является боль в туловище и конечностях **невисцеральной** этиологии.

Дорсалгия – это болевые синдромы в области шеи, туловища и конечностей без поражения межпозвонковых дисков, соответственно, дорсалгия **не сопровождается** симптомами выпадения функций спинномозговых корешков или спинного мозга.

Дорсопатия – 70-90% населения в развитых странах.

Ежегодно боль в спине отмечается у 20–25% людей.

1-е место в структуре причин длительной нетрудоспособности.

БНЧС – одна из основных 10 причин нетрудоспособности в 188 странах мира наряду с большим депрессивным расстройством (1990 по 2013гг.)

Парфенов ВА, Калимеева ЕЮ, Герасимова ОН. Ведение пациентов с острой болью в спине в настоящее время и 10 лет назад. Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. 2019;11(1):66–71.

А.П. Скороходов, О.В. Полянская. Лечение дорсопатий в практике врача-невролога // РМЖ. 2015. № 16. С. 942–945.



Повторные обострения - 24–80% случаев.

Пик заболеваемости – средний возраст.

Частота случаев остается высокой до 60–65 лет, затем постепенно снижается.

Поясничная боль – одна из наиболее частых причин инвалидизации населения (10% в структуре инвалидизации, вызванной различными заболеваниями).

ПДС - анатомический комплекс, состоящий из двух смежных позвонков с соответствующими суставами и мышечно-связочным аппаратом на этом уровне, и одного межпозвоночного диска между этими позвонками.

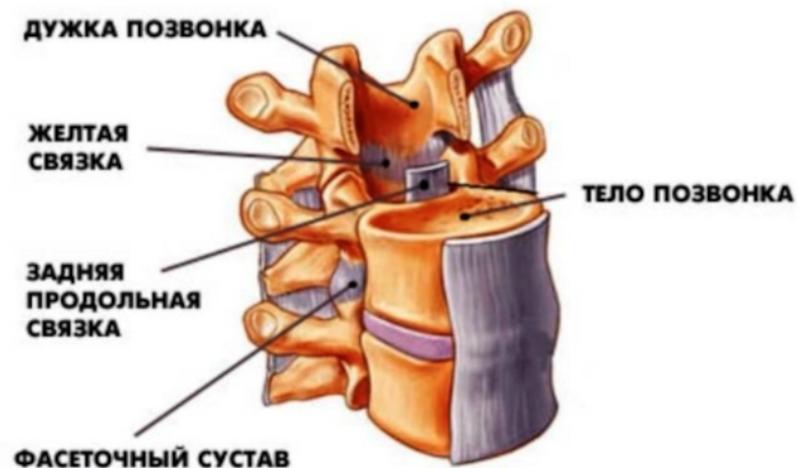


Таблица 1. Основные причины острой боли в нижней части спины

«Механические» причины болей в нижней части спины (97%)	Неспецифические боли (80—85%). Патология межпозвоночных суставов (5—10%). Грыжи дисков (3—5%). Остеопороз (2—4%). Поясничный стеноз (1—3%). Спондилолистез (1—2%)
«Немеханические» причины боли (1%)	Опухоли, спондилоартриты, инфекционные поражения позвоночника
Соматические причины поясничной боли («отраженная» боль) (2%)	Заболевания почек, органов малого таза, аневризма аорты, заболевания желудочно-кишечного тракта

Факторы и состояния, способствующие развитию дорсопатии:

- гиподинамия;
- нарушение осанки;
- частые простудные заболевания;
- ожирение;
- болезни ЖКТ;
- однообразное или скудное питание;
- злоупотребление алкоголем;
- курение;
- пристрастие к жареной, копченой пище, солениям, пряностям и продуктам, богатым пуриновыми основаниями;

Факторы и состояния, способствующие развитию дорсопатии:

- постоянная работа в неблагоприятных метеоусловиях (*сочетание низкой температуры с большой влажностью воздуха*);
- вибрация;
- незаметная неравномерная нагрузка на позвоночный столб;
- длительное пребывание тела в физиологически неудобных положениях;
- наследственная предрасположенность (*особенности соматогенной, психогенной, гормональной, иммунологической, биохимической конституции, в т.ч. соединительной (хрящевой) ткани*).

Патогенез

- 1. Раздражение ноцицепторов** (болевого рецепторов), расположенных в капсулах суставов, связок, мышцах позвоночника, фиброзном кольце межпозвоночного диска, сосудах паравертебральных мышц, с образованием очагов миоостеофиброза и триггерных зон. Раздражение триггерных точек (мышечный стресс, переутомление, неудобная поза, переохлаждение, стресс, подъем тяжестей и т. д.) вызывает локальную либо отраженную боль и локальное мышечное уплотнение.
- 2. Развитие неврогенного асептического воспаления** в зоне раздражения позвоночно-двигательного сегмента (синтез провоспалительных цитокинов в синапсах и в нервных окончаниях; новообразование коллагена на месте пораженных воспалением аксонов; хронизация воспаления).

Симптомы

- Болевой синдром
- Снижение объема движения в пораженном отделе позвоночника
- Местное напряжение мышц спины.



Рефлекторные синдромы (мышечно-тонические, нейрососудистые и нейродистрофические) - раздражение болевых рецепторов в мышцах спины в результате действия каких-либо патологических факторов (ущемление, воспаление либо раздражение) и сопровождаются рефлекторным мышечным спазмом с формированием порочного круга **«боль – мышечный спазм – боль»**.

Компрессионные синдромы - механическое воздействие грыжевого выпячивания, костных разрастаний или другой патологической структуры на корешки, спинной мозг или сосуды.

Корешковые (радикулопатии – ущемление корешка спинного нерва).

Спинальные (миелопатии – компрессия спинного мозга).

Нейрососудистые (компрессия позвоночной артерии).

В течение года радикулопатия возникает у 1–10% взрослого населения, а кумулятивная распространенность, отражающая вероятность заболевания в течение жизни, варьирует от 1,2 до 43%.

Признаки поражения поясничных и крестцового корешков

Признаки/корешки	LIII	LIV	LV	SI
Локализация боли	Передняя пов-ть бедра и колена	Внутренняя пов-ть колена и верхней части голени	Наружная пов-ть голени	Задняя пов-ть ноги до 5 пальца и пятки
Снижение чувствительности	Передняя пов-ть нижней части бедра и колена	Внутренняя пов-ть колена и верхней части голени	Наружная пов-ть голени и внутренняя пов-ть стопы	Наружная поверхность стопы, подошва
Выпавший рефлекс	Нет	Коленный	Нет	Ахиллов
Парез	Сгибание и приведение бедра, разгибание голени	Разгибание голени, отведение бедра	Тыльное сгибание большого пальца или стопы, внутренняя ротация стопы	Подошвенное сгибание большого пальца или стопы
Возможная локализация грыжи диска	LII-LIII	LIII-LIV	LIV-LV	LV-SI

Таблица 2. Основные симптомы опасности («красные флажки») при острых болях в нижней части спины

Возраст	моложе 18 лет и старше 50 лет
Анамнез	наличие недавней травмы спины или злокачественного новообразования и других заболеваний, проявляющихся болью в спине
Соматическое состояние	лихорадка, симптомы интоксикации, наличие заболевания, которое может проявляться болью в спине
Нетипичная боль	отсутствие связи болей с движениями позвоночника; необычная локализация болей: в промежность, прямую кишку, живот, влагалище; усиление болей в горизонтальном и ослабление в вертикальном положении; связь болей с дефекацией, мочеиспусканием, половым сношением
Неврологический статус	симптомы нарушения функции тазовых органов или поражения спинного мозга

Система «красных флажков» для скрининга серьезных причин боли в спине:

- отсутствие в анамнезе боли в спине;
- высокая интенсивность боли;
- усиление боли ночью;
- сохранение интенсивной боли спустя 4 нед. после начала обезболивающей терапии;
- прогрессирующий неврологический дефицит, выходящий за рамки корешковых очаговых симптомов;
- нарушение походки;
- длительная скованность по утрам;
- изменения данных лабораторных обследований (кровь, моча).

При выявлении «красных флажков» пациенту необходимо дополнительное обследование для уточнения этиологии дорсопатии.

Факторы риска развития хронической боли в спине, длительной нетрудоспособности, или «желтые флажки»

Общие факторы	Отдельные факторы
Неправильные представления о боли	«наличие боли крайне опасно для организма и вызывает необратимые изменения; возвращение к обычному образу жизни, работе будет способствовать утяжелению заболевания; движения и активный образ жизни провоцируют усиление боли»
Неправильное поведение при боли	избегание активного образа жизни, физической активности, негативное отношение к физической активности, катастрофизация боли
Проблемы на работе или рентное отношение к болезни	неудовлетворенность работой, желание получить выгоду, льготы (вплоть до инвалидности) в связи с болью
Эмоциональные расстройства	депрессия, повышенная тревожность, стрессовое состояние, избегание активного социального общения

Рекомендации по обследованию пациентов с хронической неспецифической болью в спине

Обследование	Содержание обследования
Цель обследования	Исключить специфическое заболевание, компрессию спинномозгового корешка или спинного мозга
Инструментальные методы обследования (рентгенография, КТ, МРТ и др.)	Не используются в типичных случаях неспецифической боли; при подозрении на компрессию спинномозгового корешка или спинного мозга рекомендуется МРТ, при подозрении на структурные изменения позвоночника – рентгенография позвоночника
Психосоциальные факторы развития боли	Необходима оценка во всех случаях
Определение прогноза и врачебной тактики	Целесообразен анализ проблем на работе, стрессовых воздействий, интенсивности боли и функциональных возможностей, предшествующих эпизодов острой боли в спине, сопутствующих заболеваний, мнения пациента об исходе заболевания

Алгоритм 1. Дифференциальная диагностика боли в нижней части спины



Алгоритм 2. Выбор терапии при боли в нижней части спины



Остеохондроз позвоночника



РЦРЗ (Республиканский центр развития здравоохранения МЗ РК)

Версия: Клинические протоколы МЗ РК - 2013

Категории МКБ: Остеохондроз позвоночника неуточненный (M42.9)

Разделы медицины: Неврология

Общая информация

[Версия для печати](#)

[Скачать или отправить файл](#)

Краткое описание

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

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).

Название протокола: Остеохондроз позвоночника.

Разделы

На главную

МПКБ - Остеохондроз позвоночника

Диагностика

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 остеопоретических переломов), а на 1 стандартное отклонение — об остеопении.

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

Диагностические критерии

Жалобы и анамнез:

☰ Разделы

🔍 На главную

емения и ломоты в конечностях;

усиление боли при резких движениях, физической нагрузке, поднятии тяжестей, кашле и чихании;

↑ Наверх

Лечение

Цели лечения:

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

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.

Немедикаментозное лечение:

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

Медикаментозное лечение:

В первую очередь проводят консервативное лечение:

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

Другие виды лечения:

☰ Разделы

🔍 На главную массаж. ЛФК. ИРТ

↑ Наверх

Другие виды лечения:

Физиотерапия, тракционные методы лечения, массаж, ЛФК, ИРТ

Хирургическое лечение: определяется нейрохирургом

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.

Дальнейшее ведение:

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

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.

Госпитализация

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).

Информация

Рекомендации по лечению острых неспецифических болей в нижней части спины

Информация для пациента	Доброкачественный характер заболевания, высокая вероятность быстрого выздоровления
Рекомендации пациенту	Избегание постельного режима, замедляющего выздоровление и отрицательно влияющего на процесс реабилитации, сохранение активного образа жизни и при возможности продолжение работы, социальной и бытовой деятельности
Лекарственная терапия	Для облегчения боли назначение НПВП и миорелаксантов (особенно при отсутствии эффекта от НПВП)
Нелекарственная терапия	Мануальная терапия, если нет эффекта от лекарственной терапии
Тактика при отсутствии эффекта в течение 4–8 нед.	Комплексное (мультидисциплинарное) лечение с использованием лечебной гимнастики, образовательной программы, когнитивно-поведенческой терапии, мануальной терапии, в части случаев с использованием рефлексотерапии, блокад фасеточных суставов, крестцово-подвздошного сочленения

Основные рекомендации по лечению пациентов с хронической неспецифической болью в спине

Рекомендации	Содержание
Комплексное (мультидисциплинарное) лечение	Лечебная гимнастика, образовательная программа, когнитивно-поведенческая терапия, включая терапию осознанности
Оптимизация лекарственной терапии	Применение НПВС или анальгетиков, при необходимости – антидепрессантов и миорелаксантов
Дополнительное лечение	Мануальная терапия, иглорефлексотерапия
Другие возможные методы лечения	Блокады с анестетиками и кортикостероидами в проекцию фасеточных суставов, крестцово-подвздошного сочленения; радиочастотная денервация; инъекции ботулинического токсина; массаж мышц спины

Парфенов В.А. Ведение пациентов с хронической неспецифической поясничной болью. *Медицинский совет*. 2019; 1:40-45. DOI: <https://doi.org/10.21518/2079-701X-2019-1-40-45>.

Когнитивно-поведенческая терапия

- изменение представлений пациента о заболевании, хронической боли, ее течении и прогнозе (когнитивная часть);
- модификацию поведения пациента, страдающего хронической болью.

Пациенту разъясняют, что постепенное увеличение физической активности очень полезно и не приведет к дополнительному повреждению, ему рекомендуют постепенное увеличение физической нагрузки под наблюдением врача, который постепенно повышает нагрузки.

Когнитивно-поведенческая терапия

- уменьшение боли
- улучшение функциональных возможностей
- улучшение качества жизни
- снижение дозы анальгетиков
- положительные длительные результаты
(2-5 лет наблюдения)

Лечебная гимнастика

Наиболее эффективное направление лечения хронической боли в спине (метод первого выбора):

- аэробная лечебная гимнастика
- регулярные упражнения в домашних условиях по рекомендации специалиста
- пешие прогулки на свежем воздухе (не менее 3-4 раз в неделю по 30 мин)

Е.А. Гурьянова, О.А. Тихоплав. Актуальные вопросы реабилитации при болях в нижней части спины // Российский журнал восстановительной медицины. - 2020. – №2. – С. 70-84.

Боль в спине : диагностика и лечение / К. В. Котенко [и др.]. - М. : ГЭОТАР- Медиа, 2016. - 528 с. : ил. - ISBN 978-5-9704-3861-9.

Лечебно-оздоровительное объединение при Совете Министров СССР ЦЕНТРАЛЬНАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА

ПАМЯТКА для самостоятельных занятий лечебной физкультурой при остеохондрозе поясничного отдела позвоночника



Примерный комплекс лечебной гимнастики, применяемый в остром периоде (начальный этап)



И.п. лежа. Сгибание и разгибание стоп и пальцев кистей в кулак.



И.п. лежа, левая нога согнута в колене. Сгибание и разгибание правой ноги, скользя пяткой по постели. После 8-10 повторений -- то же другой ногой.



И.п. лека. Поочередные поднимания рук вверх.



И.п. лежа, левая нога согнута в колене. Отведение правой ноги в сторону. После 8-10 повторений - то же другой ногой.



И.п. лежа, руки к плечам. Круги согнутыми руками вперед и назад.



И.п. лежа. Поочередные выпрямления ног в коленях, опираясь бедрами о валик.



И.п. лежа, ноги согнуты. Поочередное сгибание согнутых ног к животу.

8)



И.п. лежа. Сгибание рук к плечам в сочетании с дыханием.

9)



И.п. лежа, ноги согнуты. Поочередное отведение коленей в стороны.

10)



И.п. лежа, ноги согнуты. Руки вверх - вдох, прижать колено к животу - выдох. То же - другой ногой.

11)



И.п. лежа, ноги врозь. Ротация ног внутрь и наружу"

12)



И.п. лежа. Диафрагмальное дыхание.

СПЕЦИАЛЬНЫЕ УПРАЖНЕНИЯ рекомендуемые для включения в комплекс лечебной гимнастики применяемый в период ремиссии



Кифозирование поясничного отдела позвоночника с фиксацией этого положения 10-60 с.:
а) с опорой о стену; ноги на расстоянии 40 см от стены;
б) в и.п. стоя.



И.п. вис стоя на гимнастической стенке, руки согнуты. Сгибая ноги, перейти в смешанный вис в приседе.



И.п. упор на коленях, ноги врозь. Переступая руками влево, согнуть туловище влево. То же в другую сторону.



И.п. стойка на коленях. Сев на бедро справа, руки влево. То же в другую сторону.



И.п. лежа, ноги согнуты вперед. Наклоны коленей влево и вправо.

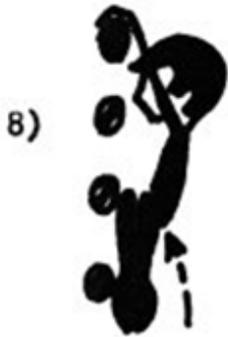


И.п. лежа, ноги согнуты, руки за голову. Сесть - лечь.

□



И.п. вис сзади на гимнастической стенке.
Одновременное сгибание ног вперед.



И.п. вис спереди на гимнастической стенке. С поворотом таза налево, согнуть ноги вперед. То же в другую сторону.



И.п. лежа на животе на гимнастической скамейке, руки за голову, ноги фиксированы. Разгибание туловища назад. Сильно не прогибаться!



И.п. лежа, ноги прижаты к животу. Перекаты не спине вперед и назад.

11)



И.п. вис стоя на гимнастической стенке, руки согнуты. Сгибая правую ногу и выпрямляя руки, перейти в смешанный вис присев на правой ноге. То же на другой ноге.

12)



И.п. лежа на животе, руки под голову. Сгибая туловище влево, одновременное отведение ног влево. То же в другую сторону.

13)



И.п. лежа на животе на краю кушетки, ноги вниз, хват руками снизу за кушетку. Разгибание ног назад. Не прогибаться!

14)



И.п. лежа. Сгибаясь вперед, перейти в положение сед, ноги скрестно. Выполнять с опорой руками сзади и без опоры.

15)



И.п. упор присев. Выпрямляя ноги, перейти в положение упор стоя согнувшись.

16)



И.п. упор лежа. Переступая руками назад, перейти в положение упор стоя согнувшись.

17)



И.п. столика ноги врозь, руки к плечам. Сгибая левую ногу вправо-вперед, коснуться правым локтем левого бедра. То же другой ногой.

17)



И.п. столика ноги врозь, руки к плечам. Сгибая левую ногу вправо-вперед, коснуться правым локтем левого бедра. То же другой ногой.

18)



И.п. лежа, руки вверх. Поднимая левую ногу вперед, коснуться правой рукой левой голени. То же другой ногой.

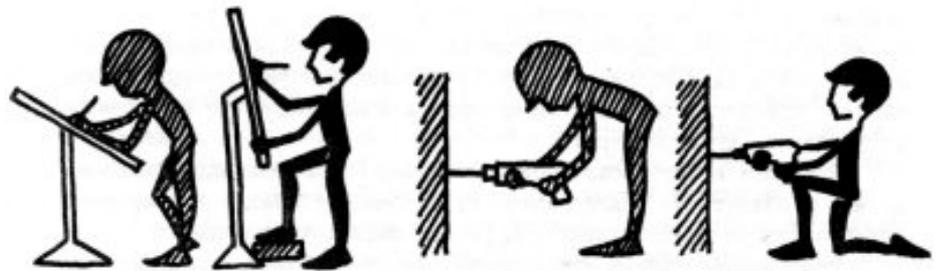
19)



И.п. лежа, ноги согнуты вперед, резиновый бинт фиксируется одним концом за голени, вторым - за гимнастическую стенку. Разгибание ног назад.

20)

ХОДЬБА: на носках, на пятках, на наружном крае стоп, выпады с поворотами туловища влево и вправо, ходьба с высоким подниманием бедер, ходьба со сгибанием ног назад и т.д.



Оздоровительные мероприятия, выполняемые пациентом в процессе лечения и по завершению терапии

В положении сидя:

- высота стула или кресла должна соответствовать длине голени, обеспечивая упор ноги в пол;
- максимальная глубина сиденья равняется $2/3$ длины бедра;
- сидеть необходимо прямо, не сгибая туловище.

В положении стоя:

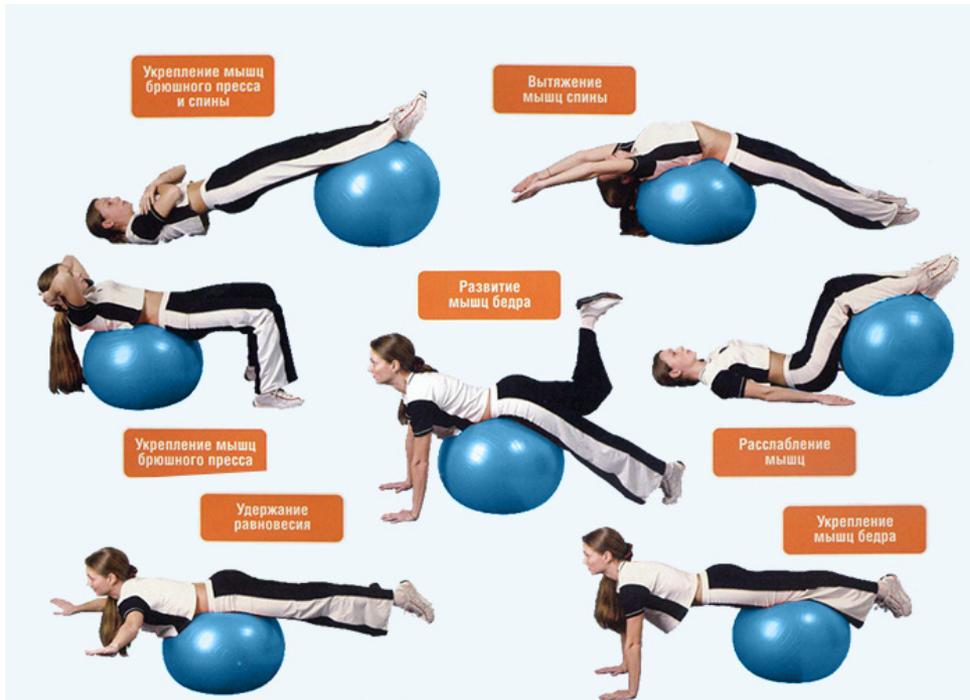
- менять позу через каждые 10-15 мин., перенося тяжесть с одной ноги на другую;
- периодически прогибаться назад, вытянув руки вверх и сделав глубокий вдох.

В положении лежа:

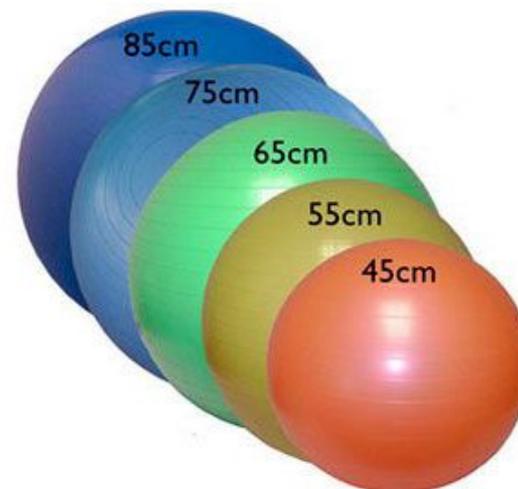
- спать желательно на полужестком ложе, позволяющем сохранять физиологические изгибы позвоночника;
- при отдаче боли в ногу под коленный сустав подложить валик из пледа;
- в позе лежа на животе подложить небольшую подушку, уменьшив, тем самым, прогиб поясницы.

Подъем и перенос тяжестей:

- поднимая предмет, необходимо наклониться, согнув колени и опираясь рукой о стул или стол;
- нежелательно поднимать и переносить груз массой более 15 кг;
- с целью уменьшения нагрузки на позвоночник целесообразно разделить груз на две равные части и нести в обеих руках.



150–170 см - 65 см
 170–190 см - 75 см
 Выше 190 см - 85 см



Утренняя гигиеническая гимнастика:

- самомассаж спины,
- упражнения для мышц рук, пояса верхних конечностей и туловища, маховые движения ногами.

Физкультурная пауза в процессе труда:

- не более 5 минут,
- последующий самомассаж спины в течение нескольких минут.

Примерный комплекс утренней гимнастики, рекомендуемый для выполнения и в течение дня:

И.п. — стоя руки на бедрах. Наклоны вперед, назад, вправо, влево — по 10 раз в каждую сторону.

И.п. — стоя, руки на бедрах. Движение тазом вперед, назад — по 10 раз в каждую сторону.

И.п. — стоя на коленях, упор прямыми руками в пол. Сложиться как «перочинный нож», затем вернуться в исходное положение — до 15 раз.

И.п. — лежа на животе, упор согнутыми руками в пол. Выпрямить руки и отжаться от пола, не отрывая ног — до 15 раз.

И.п. — стоя на коленях, упор прямыми руками в пол. Максимально прогнув спину вверх, вернуться в и.п. — до 15 раз.

И.п. — лежа на спине. Прижать согнутые в коленях ноги к груди – до 15 раз.

Регулярная программа физических упражнений **уменьшает боль, инвалидизацию** у пациентов с хронической болью в спине, особенно актуально у пожилых лиц.

Физическая активность:

- тайцзи,
- цигун,
- танец,
- йога,
- ходьба,
- езда на велосипеде,
- компьютеризированная тренировка баланса с использованием визуальной обратной связи, вибрационная платформа,
- комбинации вышеупомянутых упражнений.

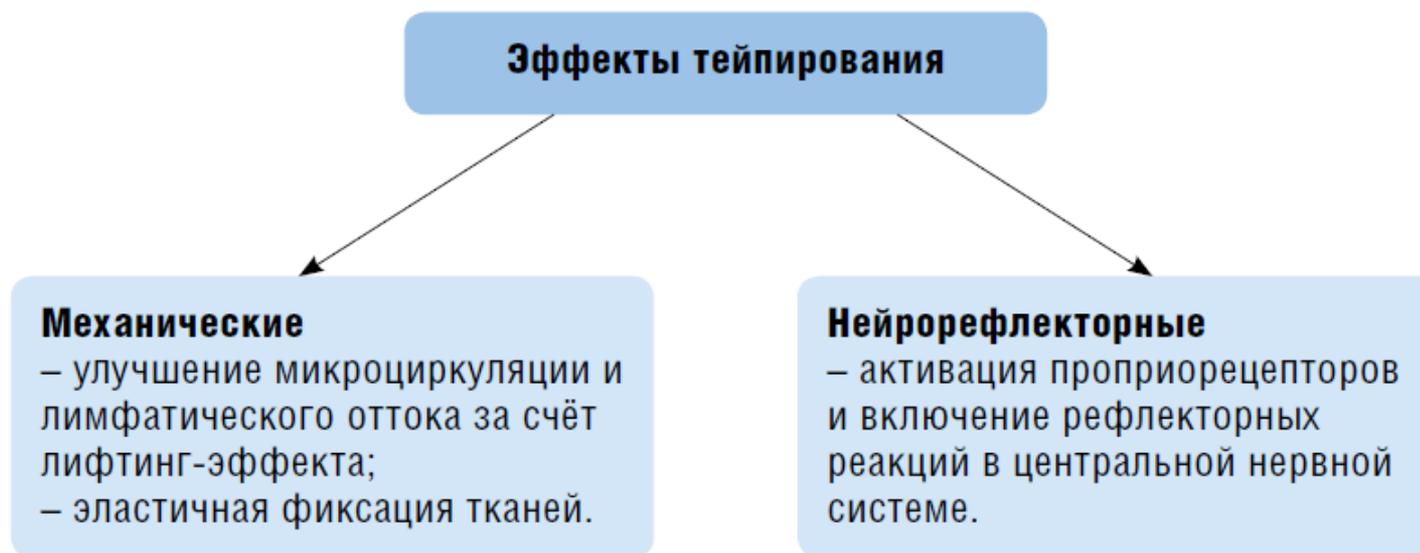
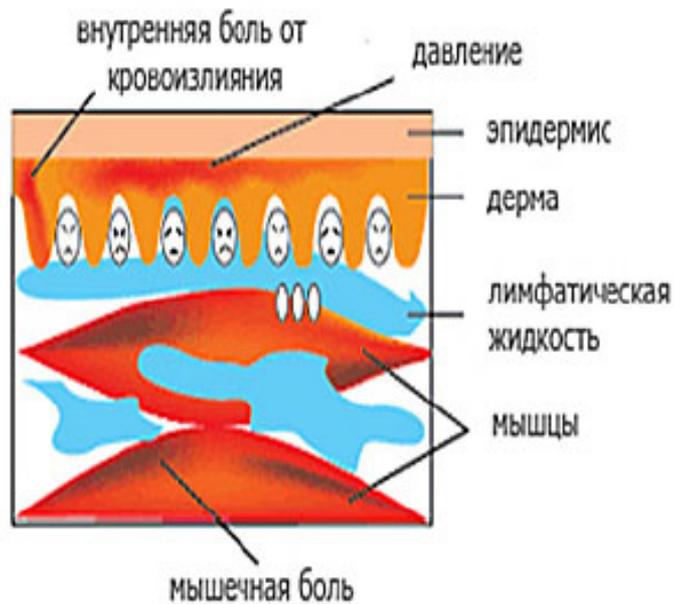


Рис. 6. Эффекты тейпирования.

До использования тейпов



После использования тейпов

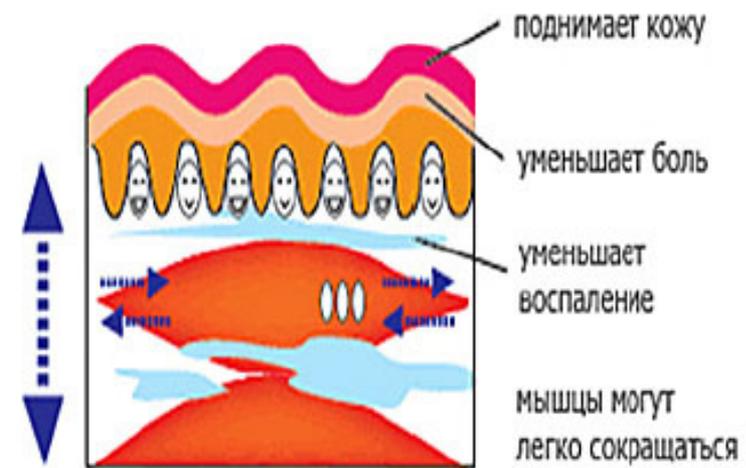


Рис. 7. Механизм лифтинг-эффекта тейпирования.

Варианты наклеивания тейпа при болях в поясничном отделе позвоночника





Ароматерапия

Использование ароматерапии на основе эфирных масел (**розмарин, ромашка, лаванда**) по методикам ванн и массажа.

Эфирное масло розмарина содержит цинеол, камфору, борнеол, лимонен, камфен, борнилацетат и другие вещества, которым присуще тонизирующие, обезболивающие, антиспастические и улучшающие процессы микроциркуляции свойства.

Эфирное масло ромашки содержит azulен, каприновую и изовалериановую кислоты, бисаболол и другие составляющие, которые обладают седативным, анальгезирующим, антиаллергическим и противовоспалительным, действием.

Эфирное масло лаванды содержит линалилацетат и его сложные эфиры, кумарины, гераниол и другие вещества, обладающие антистрессовым, седативным, анальгезирующим, противовоспалительным и регулирующим вегетативную нервную систему действиями.

Методика ароматерапевтических ванн

- По 2-3 капли натуральных эфирных масел лаванды, ромашки, розмарина (1:1:1).
- 1-2 столовых ложки (30 г) поваренной соли (используется как носитель и эмульгатор для растворения эфирных масел в воде), непосредственно перед процедурой.
- Ароматизированную соль насыпают в ванну под струю воды, перемешивая по мере наполнения ванны до нужного уровня.
- Температура воды в ванне 35-38 град. С.
- Продолжительность процедуры 12-15 минут.
- Курс - 10-12 процедур.

Методика ароматерапевтического массажа

- Методики классического массажа с использованием щадящих приемов поглаживания, разминания с индивидуально подобранной смесью эфирных масел розмарина, ромашки, лаванды в минимальной терапевтической дозировке на основе масла-носителя.
- Процедура массажа продолжается от 20 до 30 мин, эфирные масла втираются в область спины и ног.
- На курс – 7-10 процедур.

Перед началом курса массажа (как и ванн) проводится проба на раздражение (капля смеси наносится на кожу локтевого сгиба на 24-48 ч).

Показания для ароматерапевтических ванн и массажа

- дорсалгия (без поражения межпозвонковых дисков) с болевым синдромом на разных уровнях позвоночника – в области шеи, груди, пояснично-крестцового отдела), в острой, подострой стадиях и стадии неполной ремиссии;
- дорсопатии (с поражением межпозвонковых дисков) в различных отделах позвоночника с рефлекторными синдромами в подострой стадии и стадии неполной ремиссии;
- при наличии сопутствующих соматических заболеваний (мягкая форма артериальной гипертензии, ишемическая болезнь сердца I стадии, сахарный диабет в стадии компенсации, язвенная болезнь желудка и 12-ти перстной кишки, хронический пиелонефрит вне обострения, психовегетативный синдром.

Применение ароматерапевтического массажа также возможно при умеренной форме АГ, ИБС I-II ст., СД в стадии субкомпенсации.

НУТРИЦЕВТИВНАЯ ПОДДЕРЖКА ПРИ ДОРСОПАТИЯХ

На фоне основной терапии в остром периоде и в периоде ремиссии (1-1,5-2 мес.) следует принимать витаминно-минеральные комплексы (D, Ca, Mg, Zn, A, E, D, C, B1, B2, B3, B6, B12, омега-3, C, E и Se).

Включение БАД к пище в долговременные программы реабилитации при болевых синдромах в опорно-двигательном аппарате и необходимость корректировки диетических рационов питания **оказывают оптимизирующее действие на обменные процессы в позвоночнике и способствуют нивелированию негативных эффектов от обезболивающих и противовоспалительных средств, развивающиеся при длительном их применении.**

Хирургическое лечение

Показания:

- синдром компрессии корешков конского хвоста, вызванный обычно большой грыжей межпозвоночного диска;
- отсутствие эффекта от консервативной терапии;
- нарастание неврологических (двигательных) нарушений.

Сравнение пациентов с дискогенной радикулопатией, которые лечились консервативным или хирургическим путем, показывает, что в ранние сроки (до 3 мес.) небольшое преимущество (в отношении снижения боли и функционального состояния) имеет хирургическое лечение, однако в более отдаленные сроки (через 1–2 года) уже не отмечается существенных различий.

Полезные ссылки:

<https://www.youtube.com/watch?v=toDNwxQTSzI&t=46s>

<https://www.youtube.com/watch?v=HfEhqIBp7fY&t=525s>

<https://www.youtube.com/watch?v=gzKIUzci8wE&t=331s>

https://www.youtube.com/watch?v=Huq0_epNYTQ&t=1s

https://www.youtube.com/channel/UCPvOwNaM7-sHI0gZ_gVckRQ

