

ГРЫЖИ ДИСКОВ

и как от них избавиться

Советы невролога



Доктор Гагарин Ю.И.

Юрий Гагарин

Грыжи дисков и как от них избавиться. Советы невролога

<https://litres.ru/74222429>

SelfPub; 2026

Аннотация

Книга практикующего невролога с 40-летним стажем — для всех, кто столкнулся с диагнозом «грыжа межпозвоночного диска». Главное открытие: в 60–70% случаев грыжи рассасываются сами, без операций. Автор понятно объясняет анатомию, виды грыж, механизмы боли и предлагает чёткий алгоритм действий: от острого периода до профилактики рецидивов. Разобраны возможности мануальной терапии, остеопатии, акупунктуры, корейской фармакопунктуры, японской кондиолазы, а также йоги, цигун и тайцзи. Отдельные главы посвящены добавкам, китайским травам и гомеопатии — с честной оценкой их эффективности. Практичные комплексы безопасных упражнений, дневник самоконтроля и советы по эргономике помогут вам взять здоровье в свои руки. Эта книга — ваш надёжный проводник к жизни без боли и без страха перед грыжей.

Издательство Литрес не несет ответственности за информацию в данной книге. Имеются противопоказания. Рекомендована консультация специалиста.

Содержание

Предисловие	5
Введение	7
Глава 1. Позвоночник – стержень нашей жизни	10
Глава 2. Что такое грыжа диска на самом деле	15
Глава 3. Классификация грыж: какую именно грыжу вы нашли на МРТ	21
Глава 4. Почему грыжа болит: механизмы боли	27
Глава 5. Регрессия грыжи – факты, которых вы не знали	33
Конец ознакомительного фрагмента.	38

Юрий Гагарин

Грыжи дисков и как от них избавиться. Советы невролога

Предисловие

Когда я, молодой невролог, впервые увидел на МРТ пациентки грыжу размером 11 мм на уровне L5–S1, я честно сказал ей: «Нужна операция». Она заплакала. Через год она пришла ко мне на приём с новой томографией — грыжи не было. Всё это время она делала специальную гимнастику, плавала, принимала противовоспалительное и... ждала. Никакой операции.

Я пересмотрел десятки исследований. Оказалось, что в 60–70% случаев крупные грыжи исчезают сами — без ножей, без «вправлений», без магических таблеток. Организм умеет рассасывать выпавший диск, если ему не мешать. Но врачи часто забывают сказать об этом пациенту. И тогда человек живёт в страхе, боится двинуться, идёт на рискован-

ные манипуляции или, наоборот, впадает в пассивность и ждёт чуда.

Эта книга — не призыв отказываться от медицины. Это призыв **понимать**, что происходит с вашим телом, и действовать осознанно. Я невролог с 35-летним стажем, и я видел тысячи пациентов с грыжами. Одним помогла мануальная терапия, другим — остеопатия, третьим — акупунктура, четвёртым — просто время и покой. А кому-то — действительно хирургия, и это тоже правильно.

Здесь вы не найдёте обещаний «вылечить за три сеанса». Но вы найдёте честный разбор всех методов, которые существуют, — от доказательной медицины до восточных практик. С цифрами, сроками и чёткими алгоритмами.

Моя цель — чтобы вы перестали бояться своей грыжи. И начали ею управлять.

Введение

Для кого эта книга?

Для вас, если:

- у вас на руках заключение МРТ со страшным словом «грыжа»;
- вы уже перепробовали обезболивающие, но боль возвращается;
- вам предложили операцию, но вы сомневаетесь;
- вы хотите понять, какой из альтернативных методов (йога, цигун, остеопатия, иглы, травы) действительно может помочь, а какой — только пустая трата денег;
- вы просто хотите укрепить спину и никогда не знать, что такое грыжа.

Что внутри

Книга разделена на семь частей и 17 глав. Мы начнём с азов — анатомии и физиологии диска, чтобы вы чётко понимали, где находится ваша проблема. Затем разберём все виды грыж и научимся читать заключение МРТ. Дальше — самое важное: глава о регрессии (самостоятельном исчезновении) грыж. Это изменит ваш взгляд на лечение.

После этого мы пройдем по всем методам: от мануальной терапии и остеопатии до китайской, корейской и японской медицины. Отдельно поговорим о движении — йоге, цигун, тайцзи, — потому что без движения восстановление невозможно. И закончим пищевыми добавками, травами и гомеопатией, разложив по полочкам, что работает, а что — нет.

В конце вас ждёт готовый алгоритм действий — от первого дня боли до полного выздоровления, а также программа профилактики рецидивов.

Как читать эту книгу

Вы можете читать её последовательно — так вы получите целостную картину. А можете сразу перейти к той главе, которая касается вашего текущего вопроса. Например, если вам уже назначили операцию — прочитайте главу 5 о регрессии и главу 16 об алгоритме принятия решений. Если вы увлеклись йогой — сразу к главе 11. Если вам интересны восточные методы — главы 8–10.

В конце каждой главы есть практический вывод — короткая выжимка, которую можно применить немедленно. Это и есть главный принцип книги: теория ради практики.

И помните: ни одна книга не заменит очного приёма врача. Если у вас есть нарастающие нарушения чувствительности, слабость в ногах или проблемы с тазовыми органами — не читайте, звоните в скорую. Это бывает редко, но может быть опасно.

А теперь — вперёд, к здоровому позвоночнику без страха.

Глава 1. Позвоночник – стержень нашей жизни

Чтобы понять, что такое грыжа диска, нужно сначала разобраться, как устроен наш позвоночник. Это не просто колонна из костей, это сложнейшая инженерная конструкция, созданная эволюцией для двух главных задач: быть прочным и одновременно подвижным. С одной стороны, позвоночник держит весь корпус, голову и руки. С другой – он должен гнуться, поворачиваться, амортизировать удары при ходьбе и беге. И эту двойную работу он выполняет благодаря удивительному сочетанию жёстких позвонков и эластичных дисков.

Позвоночный столб взрослого человека состоит из 33–34 позвонков. Они делятся на отделы, и каждый отдел имеет свою форму и функцию. Шейный отдел – это семь самых маленьких позвонков, которые обеспечивают подвижность головы. Грудной отдел – двенадцать позвонков, к которым крепятся рёбра, они образуют жёсткий каркас грудной клетки. Поясничной отдел – пять крупных и мощных позвонков, которые принимают на себя основную тяжесть тела. Крестец – это пять сросшихся позвонков, которые образуют основа-

ние таза. И наконец, копчик – три-четыре рудиментарных позвонка.

Между телами соседних позвонков, за исключением крестца и копчика, находятся межпозвоночные диски. Именно они и есть главные герои нашей книги. Диск устроен как желе: плотная наружная оболочка и мягкое студенистое содержимое внутри. Наружная оболочка называется фиброзным кольцом. Оно состоит из нескольких слоёв прочных коллагеновых волокон, перекрещивающихся под разными углами – это придаёт кольцу невероятную прочность. Внутренняя часть диска – это пульпозное ядро. Оно на 70–80% состоит из воды и содержит молекулы протеогликанов, которые удерживают воду, как губка. Благодаря этому ядро работает как гидравлический амортизатор: при нагрузке оно расплющивается, вода выдавливается, но не полностью, а при разгрузке – вода возвращается, и диск восстанавливает свою высоту.

Этот механизм – ключевой для понимания грыжи. Здоровый диск способен выдерживать огромные нагрузки, потому что вода в нём перераспределяется мгновенно. Но с возрастом, из-за травм или неправильной нагрузки, диск начинает терять воду, становится более плоским и менее эластичным. Фиброзное кольцо истончается, в нём появляются микротрещины. И в какой-то момент часть пульпозного ядра продав-

ливается через эти трещины наружу – это и есть грыжа.

Но диск – это не просто пассивная прокладка. Он живая ткань, которая питается и обновляется. Позвоночник, как и все другие ткани, не имеет собственных кровеносных сосудов в зрелом возрасте. Питание диска происходит диффузно – через замыкательные пластинки позвонков, которые прилегают к диску сверху и снизу. Когда мы двигаемся, позвонки сдавливают диск, вода с питательными веществами выходит, а когда разжимают – входит обратно. Это как насос. Если движения мало, питания становится меньше, диск начинает дегенерировать быстрее. Поэтому первый враг диска – неподвижность. И первый друг – умеренное движение.

Ещё одна важная структура – позвоночный канал, который образуют дуги позвонков. Внутри этого канала проходит спинной мозг, а от него через межпозвоночные отверстия выходят нервные корешки. Грыжа чаще всего возникает именно в сторону этого канала или отверстий, потому что сзади фиброзное кольцо тоньше, чем спереди. Поэтому грыжа может сдавить либо сам спинной мозг (редко, особенно на поясничном уровне, где спинной мозг заканчивается на уровне первого-второго поясничных позвонков), либо, что гораздо чаще, один из нервных корешков. Корешок – это пучок нервных волокон, который идёт к определённой мышце или участку кожи. Сдавление корешка вызывает боль, оне-

мение, покалывание, слабость в той зоне, которую он иннервирует. Именно так возникает та самая простреливающая боль в ногу, которую в народе называют ишиасом, а медики – радикулопатией.

Важно понимать, что диск не является единым целым с позвонками – он соединяется с ними через хрящевые замыкательные пластинки. И эти пластинки тоже могут повреждаться – тогда часть диска может вдавиться в тело позвонка. Это называется узлом или грыжей Шморля. Такое состояние обычно не вызывает боли и не требует лечения – это просто маркер того, что позвоночник испытывает нагрузку.

Таким образом, мы подходим к главному: боль при грыже возникает не столько от механического сдавления, сколько от воспаления вокруг сдавленного нерва. Маленькая грыжа может вызвать сильнейшую боль, если она вызывает выраженный отёк и воспаление. А большая грыжа может вообще не болеть, если она не затрагивает нерв и не вызывает воспалительной реакции. Это парадокс, который вы должны запомнить раз и навсегда.

Практический вывод из этой главы.

Во-первых, ваш позвоночник любит движение. Регулярная ходьба, плавание, лёгкая гимнастика улучшают питание

дисков. Если вы ведёте сидячий образ жизни, диски будут дегенерировать быстрее.

Во-вторых, диск восстанавливается во время отдыха, особенно ночью, когда нагрузка снимается. Поэтому полноценный сон на жёстком матрасе с правильной подушкой – это не прихоть, а лечебная мера.

В-третьих, не пугайтесь слова «грыжа» на МРТ. Главное – есть ли боль, слабость или нарушение чувствительности. Если симптомов нет, а грыжу нашли случайно – чаще всего ничего делать не нужно, просто укрепляйте мышцы спины.

В-четвёртых, запомните: фиброзное кольцо может зажить, а пульпозное ядро может рассосаться – об этом мы поговорим в отдельной главе. Пока же просто примите как факт: диск – это не камень, он живёт и меняется. И наша задача – создать ему условия для восстановления.

Теперь, когда мы знаем анатомию, мы готовы перейти к самому главному – что такое грыжа на самом деле, какие они бывают и как их различают. Этому посвящена следующая глава.

Глава 2. Что такое грыжа диска на самом деле

Теперь, когда мы представляем себе устройство позвоночника, давайте разберёмся с терминологией. Когда пациент приходит с заключением МРТ, где написано «грыжа межпозвонкового диска», он часто думает, что это что-то вроде грыжи живота – когда внутренности вылезают наружу через дефект стенки. С позвоночной грыжей всё иначе. Здесь нет «выпадения» в привычном смысле. Есть смещение пульпозного ядра за пределы тел соседних позвонков, но при этом фиброзное кольцо может быть либо разорвано, либо просто растянуто. Медицина определяет грыжу как локальное выпячивание диска, которое занимает не более 25 процентов его окружности. Если выпячивание больше – это уже пролапс или секвестрация, о которых мы скажем отдельно.

Грыжи никогда не возникают на пустом месте. Всегда есть предшествующая дегенерация диска. С возрастом диск теряет воду, его высота уменьшается, фиброзное кольцо становится менее эластичным и более хрупким. Это естественный процесс, который начинается уже после 20 лет. К 40 годам у большинства людей есть те или иные изменения дисков, но

далеко не все они вызывают боль. Грыжа – это своего рода «авария» на фоне уже изношенного диска, когда внезапная нагрузка или даже просто неловкое движение заставляет ядро продавиться через ослабленное кольцо.

Разберём стадии этого процесса, потому что они определяют и прогноз, и тактику лечения.

Первая стадия – протрузия. Это когда фиброзное кольцо ещё цело, но пульпозное ядро начинает смещаться внутри диска, выпячивая его наружу. Высота диска ещё сохранена, а выпячивание не выходит за пределы тел позвонков более чем на 3-4 миллиметра. Протрузия может не давать симптомов вообще. Многие живут с ней годами, даже не подозревая. Если протрузия не растёт, она не опасна.

Вторая стадия – экструзия. Это уже настоящая грыжа. Фиброзное кольцо разрывается, и пульпозное ядро выходит наружу, но оно ещё сохраняет связь с центральной частью диска – как перетянутая резинка. Размер грыжи может быть от 5 до 10-12 миллиметров. Именно экструзии чаще всего вызывают боль, потому что они могут сдавливать нервный корешок или вызывать выраженную воспалительную реакцию. Но парадокс в том, что именно экструзии чаще всего рассасываются сами. Почему? Потому что выпавшее ядро соприкасается с кровотоком – иммунная система распознаёт

его как чужеродное и начинает процесс фагоцитоза, то есть поедания. Чем больше грыжа, тем активнее воспаление, тем быстрее она может уменьшиться. Это не шутка, это доказанный медицинский факт.

Третья стадия – секвестрация. Это когда фрагмент пульпозного ядра полностью отрывается от диска и свободно лежит в позвоночном канале или в межпозвонковом отверстии. Секвестр может мигрировать вверх или вниз, далеко от своего исходного места. Именно секвестры чаще всего дают самые сильные боли и неврологические нарушения. Но именно они же имеют самый высокий процент спонтанной регрессии – до 90 процентов в некоторых исследованиях. Организм воспринимает секвестр как инородное тело и активно его атакует. Через полгода-год на МРТ его часто уже не найти.

Отдельно нужно сказать о так называемых узлах Шморля. Это не грыжа в привычном понимании. Это когда пульпозное ядро вдавливается не назад или вбок, а вертикально – в тело позвонка через повреждённую замыкательную пластинку. Узлы Шморля почти никогда не вызывают боли и не требуют лечения, кроме случаев, когда они очень большие и ослабляют позвонок. Их часто находят случайно и они пугают пациента, хотя пугаться тут не нужно.

Важный практический момент: как отличить протрузию от грыжи на МРТ. Обычно в заключении указывают размер выпячивания. Если до 3-4 миллиметров и нет разрыва кольца – это протрузия. Если больше и есть дефект кольца – это грыжа. Но не верьте только размеру. Есть понятие «грыжа, имеющая клиническое значение» – то есть та, которая вызывает симптомы. Если грыжа большая, но не касается нерва и не вызывает воспаления – она клинически не значима. И наоборот – маленькая, но расположенная точно в месте выхода корешка, в фораминальном отверстии, может сделать человека инвалидом от боли.

Что касается локализации – подавляющее большинство грыж возникает в поясничном отделе, особенно на уровнях L4-L5 и L5-S1. Это самые нагруженные сегменты позвоночника, они принимают на себя тяжесть всего верхнего отдела тела и обеспечивают наклоны и повороты. На втором месте – шейный отдел, особенно уровни C5-C6 и C6-C7, где подвижность очень высокая, а позвонки тонкие. Грудные грыжи встречаются редко, потому что грудной отдел укреплён рёбрами и малоподвижен. Но если грудная грыжа всё же возникает, она может давать боли в груди, которые легко спутать с сердечными.

Теперь несколько важных разъяснений для тех, кто уже получил МРТ-заключение. Первое – не смотрите на размер

грыжи как на приговор. Сравнивайте размер с симптомами. Если боль сильная, но размер маленький – это воспаление, которое лечится противовоспалительными, а не операцией. Если размер большой, но боли нет – значит, грыжа не сдавливает нерв, и её можно просто наблюдать. Второе – обратите внимание на слово «секвестр» или «свободно лежащий фрагмент». Это не значит, что вас срочно должны оперировать. Это значит, что нужно строго следить за неврологическим статусом и дать организму шанс справиться самому. Третье – слово «стеноз» (сужение позвоночного канала) – это серьёзнее, но и оно не всегда требует хирургии.

И наконец, самый частый вопрос: может ли грыжа исчезнуть полностью? Да. И это не чудо. Это работа иммунной системы и процесса резорбции. Мы подробно разберём это в отдельной главе, но уже сейчас запомните: диск не восстанавливается до своего первоначального идеального состояния – он заживает рубцом, но выпячивание исчезает. В большинстве случаев через год-два на контрольной МРТ вы не увидите грыжи, а только дегенеративно изменённый диск, который уже не выходит за границы позвонков.

Практический вывод из этой главы.

Во-первых, не все грыжи одинаковы. Протрузия – это предстадия, экструзия – полноценная грыжа, секвестрация –

оторвавшийся фрагмент. Чем дальше стадия, тем выше шанс на самостоятельное рассасывание.

Во-вторых, главный критерий – не сантиметры на МРТ, а ваши симптомы. Если нога работает, чувствительность сохранена, а мочеиспускание в порядке – можно смело выбрать консервативную тактику.

В-третьих, не верьте страшным словам в заключении. Узел Шморля – не грыжа. Дегенеративные изменения дисков – это норма для любого человека старше 30 лет.

В-четвёртых, если вам сказали «грыжа, нужна операция» – не паникуйте. Проконсультируйтесь с нейрохирургом, который не торопится резать, а предлагает подождать 2-3 месяца на фоне лечения. В этот период большинство грыж уменьшаются сами. Исключение – нарастающая слабость в ноге, потеря контроля над мочевым пузырём или кишечником, синдром конского хвоста – тогда операция действительно необходима и откладывать нельзя.

В следующей главе мы разберём классификацию грыж по направлениям и расположению, чтобы вы могли точно понять, какая именно грыжа у вас, и как это влияет на выбор лечения.

Глава 3. Классификация грыж: какую именно грыжу вы нашли на МРТ

Теперь мы подошли к самому практическому моменту: что на самом деле написано в вашем МРТ-заключении. Большинство пациентов видят только слово «грыжа» и размер в миллиметрах, а всё остальное пропускают. А зря. Потому что от того, куда направлена грыжа, как она расположена относительно нервных структур и на какой стадии она находится, зависит буквально всё: будет ли болеть, как быстро пройдёт и какие методы лечения подойдут.

Первое, на что нужно обратить внимание – это направление выпячивания. Здесь различают три основных варианта, и они кардинально отличаются по клиническому значению.

Дорзальные грыжи – это выпячивание назад, в сторону позвоночного канала. Именно они встречаются чаще всего, потому что сзади фиброзное кольцо тоньше и слабее, чем спереди и с боков. Дорзальная грыжа – это та самая грыжа, которая может сдавливать спинной мозг или нервные корешки. Среди дорзальных грыж есть подтипы: медианные (стро-

го по центру), парамедианные (чуть левее или правее центра) и фораминальные (в области выхода нерва). Если у вас дорзальная грыжа, скорее всего, будут боли, онемение или слабость в ноге или руке – в зависимости от отдела. Но не всегда, особенно если грыжа небольшая и не касается нерва.

Вентральные грыжи – это выпячивание вперёд, в сторону брюшной полости или шеи. Они почти никогда не вызывают неврологических симптомов, потому что там нет нервных структур. Вентральные грыжи часто находят случайно, и они не требуют никакого лечения. Если в вашем заключении написано «вентральная грыжа» – можете выдохнуть, это не ваша проблема.

Латеральные грыжи – это выпячивание вбок, в сторону межпозвонковых отверстий, где проходят нервные корешки. Они встречаются реже, но могут давать очень выраженный корешковый синдром, потому что буквально зажимают нерв в узком отверстии. Латеральные грыжи хуже поддаются консервативному лечению, но и они могут рассасываться, хотя процент регрессии у них ниже, чем у дорзальных экструзий.

Теперь разберём расположение относительно центральной оси позвоночного канала. Это второй важный параметр.

Медианные грыжи – расположены строго по центру. Они

могут давить на дуральный мешок (оболочку спинного мозга) или даже на сам спинной мозг, особенно в шейном отделе. Это может вызывать не только боль, но и слабость в обеих ногах, шаткость походки, нарушение чувствительности ниже уровня грыжи. Однако медианные грыжи редко дают типичную простреливающую боль в одну ногу – скорее, это будет двусторонняя или общая симптоматика.

Парамедианные грыжи – расположены чуть правее или левее центра. Это самый частый вариант. Они сдавливают корешок на той стороне, куда смещена грыжа. Если у вас болит левая нога, а грыжа парамедианная слева – всё сходится. Парамедианные грыжи хорошо лечатся консервативно и имеют хороший прогноз на регрессию.

Фораминальные грыжи – расположены непосредственно в межпозвонковом отверстии, где нерв выходит из позвоночного канала. Это самый неблагоприятный вариант, потому что отверстие очень узкое, и даже небольшая грыжа может зажать нерв. Фораминальные грыжи часто дают очень сильную локальную боль и хуже отвечают на консервативное лечение, но и они могут уменьшаться – просто процесс идёт медленнее.

Теперь стадии, о которых мы говорили в предыдущей главе, но здесь важно связать их с клиникой. Протрузия – это

выпячивание без разрыва кольца. Она редко даёт сильную боль, потому что нет выраженного воспаления. Экструзия – разрыв кольца, ядро вышло наружу, но сохраняет связь с диском. Это самая распространённая стадия, и именно при экструзии возникает типичная острая боль с иррадиацией. Секвестрация – отрыв фрагмента. Здесь боль может быть даже сильнее, но при этом шанс на полную резорбцию максимален.

Как же понять, что именно у вас? Возьмите своё заключение МРТ и найдите следующие слова: «протрузия», «экструзия», «секвестр». Если написано «протрузия» – это ранняя стадия. Если «экструзия» или «грыжа» – это полноценная грыжа. Если «секвестр» или «свободный фрагмент» – это оторвавшаяся часть. Также посмотрите на направление: «дорзальная», «парамедианная» или «фораминальная». Комбинация даст вам полную картину.

Например, «парамедианная экструзия на уровне L5-S1 размером 8 мм» означает, что грыжа вышла назад и чуть в сторону, с разрывом кольца, и давит на корешок на этой стороне. Это классическая картина, и прогноз для неё благоприятный при консервативном лечении.

А «фораминальная протрузия на уровне L4-L5 размером 4 мм» – это маленькая, но неудачно расположенная грыжа,

которая может давать сильную боль, несмотря на размер, и рассасываться она будет дольше.

Также обратите внимание на такие слова, как «высота диска снижена» – это говорит о дегенерации, но не о грыже. «Узел Шморля» – не грыжа. «Лигаментоз» – утолщение связок, тоже не грыжа. Не путайте эти состояния с грыжей, они не требуют лечения.

Отдельный момент – это сочетание грыжи со стенозом позвоночного канала. Стеноз – это врождённое или приобретённое сужение канала. Если у вас стеноз и на его фоне образовалась грыжа, то симптомы будут выраженнее, потому что нерву уже тесно. Но и в этом случае консервативная терапия может быть эффективной, если нет грубых неврологических выпадений.

Практический вывод из этой главы.

Во-первых, научитесь читать своё заключение МРТ. Найдите три параметра: направление (дорзальная, вентральная, латеральная), локализацию (медианная, парамедианная, фораминальная) и стадию (протрузия, экструзия, секвестрация). Запишите их на листок.

Во-вторых, если у вас фораминальная грыжа или секвестр

– не пугайтесь, это не означает, что операция неизбежна. Просто готовьтесь к более длительному лечению и более строгому режиму.

В-третьих, если у вас вентральная грыжа или узел Шморля – считайте, что вам повезло. Это не те грыжи, которые вызывают боль.

В-четвёртых, помните: размер грыжи – это лишь один из факторов. Грыжа 4 мм в фораминальном отверстии может быть гораздо более симптомной, чем грыжа 10 мм парамедианная. Не сравнивайте себя с другими пациентами по цифрам.

В-пятых, если в заключении есть указание на стеноз – обсудите с врачом, влияет ли это на тактику. Часто стеноз не меняет консервативного подхода, если нет нарастающего дефицита.

Теперь вы знаете свою грыжу по имени. В следующей главе мы разберём самое важное – почему она болит. Потому что боль – это не всегда следствие сдавления, часто это следствие воспаления. И понимание этого механизма откроет вам глаза на то, почему одни лекарства помогают, а другие – нет.

Глава 4. Почему грыжа болит: механизмы боли

Теперь мы подходим к самому важному вопросу, который мучает каждого пациента: если у меня маленькая грыжа, то почему она болит так сильно? Или наоборот: почему у соседа грыжа больше, а он не чувствует ничего? Ответ кроется в механизмах боли, которые гораздо сложнее, чем просто «грыжа давит на нерв». Если бы всё сводилось только к давлению, то размер грыжи чётко коррелировал бы с болью. Но в реальности этой корреляции нет. И это не ошибка диагностики, а фундаментальная особенность нашей нервной системы.

Давайте разберём три основных механизма боли при грыже диска.

Первый механизм — компрессия, то есть прямое механическое сдавление нервного корешка или спинного мозга. Это самый очевидный фактор. Когда грыжа выпячивается в позвоночный канал или в межпозвонковое отверстие, она физически сдавливает нервные структуры. Нервное волокно состоит из множества тонких отростков, по которым бегут

электрические импульсы. При сдавлении нарушается проводимость, и мозг получает сигнал о повреждении – возникает боль. Но компрессия сама по себе редко является единственной причиной. Если бы она была главной, то чем больше грыжа, тем сильнее была бы боль. Однако мы знаем множество случаев, когда огромная грыжа не болит, а микроскопическая – вызывает адские страдания. Значит, есть что-то ещё.

Второй механизм – воспаление. Это ключевой фактор, который объясняет парадоксы боли. Когда пульпозное ядро выходит за пределы фиброзного кольца, оно попадает в зону, где иммунная система никогда с ним не сталкивалась. Организм воспринимает его как чужеродное тело и запускает воспалительную реакцию. Выделяются провоспалительные цитокины – вещества, которые привлекают клетки иммунной системы. Эти же вещества раздражают нервные окончания, вызывая боль. Воспаление приводит к отёку окружающих тканей, а отёк дополнительно сдавливает нерв. Таким образом, боль возникает не только от самой грыжи, но и от воспалительного «коктейля», который её окружает. Чем активнее воспаление, тем сильнее боль, даже если грыжа маленькая. Именно поэтому противовоспалительные препараты (нестероидные противовоспалительные средства) часто дают быстрое облегчение – они снимают воспаление и отёк, а не механическое давление.

Третий механизм – мышечно-тонический синдром. Это рефлекторное напряжение мышц вокруг больного сегмента позвоночника. Когда нерв раздражён, мышцы, которые иннервируются этим нервом или находятся рядом, непроизвольно сокращаются, пытаюсь защитить повреждённую зону. Это защитный спазм. Но спазм приводит к ухудшению кровоснабжения мышц, накоплению молочной кислоты и возникновению вторичной боли. Возникает порочный круг: грыжа вызывает боль, боль вызывает спазм, спазм усиливает боль и ограничивает движение, а ограничение движения ухудшает питание диска и замедляет восстановление. Разорвать этот круг – одна из главных задач лечения. Для этого используются миорелаксанты, массаж, тепловые процедуры и, конечно, специальные упражнения на расслабление.

Теперь важный факт, который должен изменить ваше отношение к грыже. Исследования показывают, что размер грыжи вообще не коррелирует с интенсивностью боли. То есть вы не можете сказать «у меня грыжа 10 мм, поэтому я так страдаю», а у другого «грыжа 4 мм, поэтому он не страдает». Всё зависит от того, насколько выражено воспаление и где именно расположена грыжа. Грыжа 4 мм в узком фораминальном отверстии может вызвать сильнейшую боль, потому что даже небольшое выпячивание перекрывает выход нерва и вызывает локальное воспаление. А грыжа 12 мм в

широком позвоночном канале может не касаться нервных структур и не вызывать воспаления – и тогда она будет абсолютно безболезненной.

Есть ещё один аспект – это центральная сенситизация. При длительной хронической боли нервная система сама меняется. Болевые рецепторы становятся более чувствительными, а тормозные механизмы ослабевают. Боль становится самостоятельной проблемой, даже если сама грыжа уже уменьшилась. Вот почему у некоторых пациентов боль сохраняется даже после того, как на МРТ грыжа исчезла. Это не «придуманная» боль – это реальный нейропатический компонент, который требует отдельного лечения, часто с использованием препаратов, действующих на нервную систему (габапентиноиды, антидепрессанты).

Что ещё важно знать о боли. Боль при грыже может быть разной. Острая простреливающая боль, иррадиирующая в ногу или руку, – это типичный корешковый синдром. Она возникает при раздражении нервного корешка. А тупая ноющая боль в спине, усиливающаяся при длительном сидении, – это чаще всего боль от мышечного спазма и дегенеративных изменений самих дисков и фасеточных суставов. Иногда грыжа даёт смешанный тип боли. Различать их важно, потому что тактика лечения будет разной.

И ещё один важный момент. Многие пациенты боятся двигаться, когда у них грыжа, опасаясь, что движение сделает грыжу больше. Это большая ошибка. Полная неподвижность ухудшает кровоснабжение диска, усиливает мышечный спазм и замедляет рассасывание грыжи. Движение, наоборот, стимулирует микроциркуляцию и снижает воспаление, но только правильное, без осевой нагрузки и без рывков. Поэтому большинству пациентов с грыжей рекомендуется как можно раньше начинать лёгкую ходьбу, плавание, упражнения на растяжку – но только после стихания острой фазы.

Практический вывод из этой главы.

Во-первых, запомните раз и навсегда: размер грыжи не определяет силу боли. Не пугайтесь больших цифр и не успокаивайтесь на маленьких. Оценивайте свои симптомы, а не миллиметры на снимке.

Во-вторых, боль при грыже – это в основном воспаление. Поэтому противовоспалительные препараты (ибупрофен, диклофенак, мелоксикам) – это ваше первое оружие. Но используйте их коротким курсом и под контролем врача, чтобы не навредить желудку и почкам.

В-третьих, если боль не проходит через 2-3 недели обыч-

ных обезболивающих, возможно, у вас развился нейропатический компонент – тогда нужны препараты, действующие на нервную систему (прегабалин, габапентин). Обсудите это с неврологом.

В-четвёртых, не бойтесь двигаться. В остром периоде – осторожно, в щадящем режиме. Но лежать неподвижно неделями – худшее, что вы можете сделать. Найдите безопасные положения и движения, которые не усиливают боль.

В-пятых, если боль иррадирует в ногу или руку, слабеет или немеет конечность – это сигнал, что вовлечён нерв. Следите за динамикой. Если слабость нарастает – это повод срочно обратиться к врачу.

Теперь, когда мы понимаем, почему грыжа болит, мы переходим к самой обнадеживающей части – фактам о том, что грыжи могут исчезать сами. Эта глава перевернёт ваше мировоззрение и даст надежду, подкреплённую наукой.

Глава 5. Регрессия грыжи – факты, которых вы не знали

Эта глава – самая важная в книге. Если вы запомните только одну вещь из всего, что здесь написано, пусть это будет следующее: грыжа межпозвоночного диска может исчезнуть сама, без операции, без магических таблеток и без «вправлений». Это не редкость и не чудо. Это задокументированный научный факт, который подтверждён сотнями исследований и тысячами клинических случаев.

Начнём с цифр, потому что они говорят громче любых слов. Симптомные грыжи – то есть те, которые вызывают боль и неврологические симптомы – рассасываются самостоятельно в 60–70 процентах случаев. Это означает, что из десяти человек с грыжей, вызывающей боль, у шести-семи она уменьшится или исчезнет полностью без хирургического вмешательства. При этом бессимптомные грыжи, которые находят случайно, регрессируют гораздо реже – максимум в 18 процентах случаев. То есть если грыжа не болит, она, скорее всего, так и останется на месте, но она и не требует лечения. Если же она болит – это парадоксально хороший знак: воспаление, которое вызывает боль, одновременно за-

пускает механизм её рассасывания.

Однако эти усреднённые цифры скрывают очень важную деталь. Вероятность регрессии напрямую зависит от типа грыжи. Согласно масштабному мета-анализу, опубликованному в *Journal of Neurosurgery Spine* в 2023 году, который обобщил данные 16 исследований с 360 случаями, вероятность спонтанной регрессии для разных типов грыж выглядит так:

Протрузия – 13,3 процента.

Экструзия – 70,4 процента.

Секвестрация – 93,0 процента.

Другие исследования дают схожие цифры: для секвестрированных грыж – до 96 процентов, для экструзий – около 70 процентов, для протрузий – около 41 процента, а для выбуханий – всего 13 процентов. Ещё один крупный мета-анализ, охвативший 31 исследование и 1043 случая, показал общую частоту спонтанной резорбции в 70,39 процента: секвестрированные грыжи регрессировали в 87,77 процента случаев, экструзионные – в 66,91 процента, протрузионные – в 37,53 процента. У 40,19 процентов пациентов грыжа уменьшилась на 25–50 процентов, у 43,62 процентов – более чем на 50 процентов, а у 36,89 процентов – исчезла полностью.

Обратите внимание на ключевую закономерность: чем более выражена грыжа, чем дальше она зашла – тем выше шанс, что она рассосётся сама. Секвестр, который выглядит на МРТ как самый страшный вариант, имеет наилучший прогноз для спонтанной регрессии. Это не ошибка природы, это её механизм. Когда пульпозное ядро выходит за пределы диска и тем более отрывается от него, оно попадает в зону, где активно работает иммунная система. Организм распознаёт этот фрагмент как чужеродный и начинает его уничтожать.

Теперь разберём, как именно это происходит. Основной механизм регрессии – это воспалительно-индуцированная резорбция. Когда грыжевой материал выходит в эпидуральное пространство (пространство вокруг твёрдой мозговой оболочки) через разрыв задней продольной связки, он контактирует с кровеносными сосудами, которых в здоровом диске нет. Иммунная система активируется. Макрофаги – клетки-пожиратели – проникают в зону грыжи и начинают фагоцитировать, то есть поглощать и переваривать хрящевую ткань. Одновременно запускается каскад воспалительных реакций, включающий ангиогенез (образование новых сосудов) и ремоделирование внеклеточного матрикса. Ферментативное разрушение и фагоцитоз хрящевой ткани работают вместе. Предиктором спонтанной резорбции считается усиление сигнала вокруг грыжевого фрагмента на МРТ –

это как раз и есть зона неоваскуляризации с инфильтрацией макрофагов.

Важно понимать, что регрессия грыжи и исчезновение боли – это не одно и то же, и они происходят в разное время. Неврологическая корешковая симптоматика – боль, онемение, прострелы – обычно уходит через три-шесть недель. А уменьшение самой грыжи на МРТ начинается примерно через два месяца. То есть вы можете почувствовать себя лучше задолго до того, как томография покажет изменения. И наоборот – грыжа может уменьшиться, а боль остаться, если сформировался хронический болевой синдром.

Что касается сроков полной регрессии, то они варьируют. В одних исследованиях грыжи исчезали в течение года в 67 процентах случаев. В других средний срок резорбции составил 5,5 месяца. В целом за период до одного года грыжи регрессировали у 59 процентов пациентов. При этом уменьшение грыжи продолжается не только в первый год, но и после. Есть данные, что в течение шести месяцев консервативного лечения спонтанная резорбция происходит у 66–70 процентов пациентов. Контрольное МРТ через 9 месяцев часто показывает значительный регресс. В некоторых случаях полное исчезновение грыжи занимает до двух лет.

Интересный факт: пациенты с прогрессирующей дегене-

рацией диска показывают более выраженную регрессию грыжи, чем те, у кого дегенерация не прогрессирует. Это звучит парадоксально, но объяснимо: дегенерация сопровождается воспалительными процессами, которые стимулируют резорбцию.

Есть и факторы, которые снижают вероятность регрессии. Например, наличие изменений Modic (изменений в костном мозге позвонков, видимых на МРТ) связано с меньшей склонностью к резорбции, потому что в таких грыжах содержатся фрагменты гиалинового хряща, которые хуже подвергаются фагоцитозу.

Теперь самый важный практический вопрос: если грыжа может рассосаться сама, зачем вообще нужны врачи и лечение? Ответ: лечение нужно, чтобы создать для этого процесса оптимальные условия и облегчить страдания, пока организм работает. Противовоспалительные препараты снимают отёк и воспаление, уменьшая боль. Миорелаксанты убирают защитный мышечный спазм. Движение и физиотерапия улучшают кровоснабжение и питание тканей. Всё это не «лечит» грыжу напрямую, но помогает организму справиться с ней быстрее и с меньшими страданиями.

Конец ознакомительного фрагмента.

Текст предоставлен ООО «Литрес».

Прочитайте эту книгу целиком, [купив полную легальную версию](#) на Литрес.

Безопасно оплатить книгу можно банковской картой Visa, MasterCard, Maestro, со счета мобильного телефона, с платежного терминала, в салоне МТС или Связной, через PayPal, WebMoney, Яндекс.Деньги, QIWI Кошелек, бонусными картами или другим удобным Вам способом.